Université de Montréal

La construction du raisonnement médical : La pratique face à l'incertitude chez des médecins de famille en quête de sens

Par

Yves Delair

Département de psychopédagogie et d'andragogie

Faculté des sciences de l'éducation

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.)

en sciences de l'éducation, option andragogie

Février 2023

© Yves Delair, 2023

Université de Montréal

Département de psychopédagogie et d'andragogie, Faculté des sciences de l'éducation

---

Cette thèse intitulée

La construction du raisonnement médical : la pratique face à l'incertitude chez des médecins de famille en quête de sens

Présenté par

Yves Delair

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

François Bowen
Président-rapporteur

Nicolas Fernandez
Directeur de recherche

Caroline Raymond
Membre du jury

Jean Jouquan
Examinateur externe

Cécilia Borges
Représentante de la doyenne

RÉSUMÉ

La présente thèse vise à mieux comprendre des aspects de la pratique professionnelle des médecins en lien avec la construction d'un type de connaissances qui leur permettent de faire de l'expérience un puissant levier pour construire leur raisonnement médical en vue de donner à leur pratique un supplément de sens.

Cette thèse vise à mieux comprendre comment l'action de faire face à l'incertitude, du fait même de son influence sur le raisonnement du médecin et sur les émotions, peut exercer une influence sur la qualité de la pratique des soins de santé. Dans un contexte où les technologies médicales les plus avancées croisent le besoin de plus en plus pressant d'une pratique de la médecine qui prenne davantage en compte le facteur humain, notre recherche met en lumière la mise en place d'une clinique narrative avec et pour des médecins de famille. Ceci a amené des médecins à se placer dans une posture particulière leur permettant de revenir sur des aspects importants de leur expérience. L'approche narrative a permis de soutenir la verbalisation de l'action et du sens donnée à leur geste professionnel à des moments clés de leur pratique professionnelle en recourant aux méthodes de l'explicitation de l'action (Vermersch, 1994/2019) et du décryptage du sens (Faingold, 2020).

Cette thèse vise également à mieux saisir comment des pratiques plus humanistes – fondées, par exemple sur la décision médicale partagée –permettent à chacun, médecin comme patient, de mieux reconnaitre que si l'incertitude n'est pas une valeur clé de la médecine elle n'en reste pas moins indissociable. La reconnaitre peut alors permettre, si elle est acceptée par les parties, de construire une coopération patient/médecin qui peut s'avérer particulièrement efficace dans des situations difficiles pour les patients, où lorsque le médecin fait face au chaos, à la souffrance et à l'étrangeté.

Mots-clés : pédagogie médicale, expérience, pratique, explicitation de l'action, décryptage du sens (maximum 10 mots-clés).

ABSTRACT

This thesis aims to gain better understanding of aspects of medical practice requiring the continuous construction of a type of knowledge that allows physicians to use their experience as a powerful lever to build their medical reasoning. This process rekindles personal interest and commitment for the physicians and provides greater meaning to their practice.

Our research highlights how the implementation of a narrative clinic with and for family physicians has led them to adopt a particular posture. The latter enabled them to return to important aspects of their experience. A narrative approach made it possible to support the clarification of the action and the deciphering of meaning that these doctors ascribe to their professional gestures at key moments of their professional practice. This was done in order to better understand how the action of dealing with uncertainty, because of its influence on the physician's reasoning and emotions, can influence the quality of health care practice in a context where the most advanced medical technologies meet the increasingly pressing need for medicine that takes greater account of the human factor.

This thesis also aims to shed light on how humanistic practices - based, for example, on shared medical decision making - allows everyone, doctor and patient alike, to better recognize that uncertainty is inseparable from medical practice. Recognizing uncertainty by both patients and practitioners, can be invested in the construction of greater cooperation that can be particularly effective in difficult situations for patients, or when the doctor faces chaos, suffering and strangeness.

Keywords: medical pedagogy, experience, practice, explicitation interview, deciphering meaning (maximum 10 keywords).

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ 3

ABSTRACT 4

TABLE DES MATIÈRES 5

LISTE DES TABLEAUX 12

LISTE DES FIGURES 13

REMERCIEMENTS 15

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA RECHERCHE 17

1.1 Le contexte de la recherche 18

1.1.1 L'évolution de la rationalité technique dans le contexte des soins de santé 20

1.1.2 Ces médecins qui défient les procédures 23

1.2 Apprendre de sa pratique professionnelle 26

1.2.1 Le geste professionnel 28

1.2.2 L'inscription du geste professionnel dans l'action 29

1.3 Pertinence de la recherche 29

1.4 Objectif général 31

CHAPITRE 2 – ASSISES CONCEPTUELLES 32

2.1 Pratique et posture réflexive 33

2.1.1 De la réflexivité à la réflexion 33

2.2 Vers une posture réflexive 35

2.2.1 Posture réflexive et apprentissage 37

2.2.2 La posture réflexive comme rapport à l'apprentissage 38

2.3 Le geste professionnel 40

2.3.1 Définition du geste professionnel dans notre étude 41

2.3.2 La praxis comme modèle de l'action 42

2.4 Le schème comme concept opérationnel pour penser l'inscription du geste dans l'action 44

2.4.1 Arrimage du schème d'action au niveau expérientiel de l'apprentissage 45

2.4.2 Opérationnalisation du schème d'action à partir du modèle T.O.T.E 47

2.5 Objectifs spécifiques de notre recherche 49

CHAPITRE 3 – ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET ÉPISTÉMOLOGIQUES 51

3.1 Présentation de la psychophénoménologie 52

3.1.1 Fondements de la psychophénoménologie 52

3.1.2 La relation expérience éducation 53

3.1.3 L'expérience d'une posture réflexive 56

3.2 Vers une clinique narrative 58

3.2.1 Présentation de la clinique narrative 59

3.2.2 Mise en place de la clinique narrative 60

3.2.3 Terrain de recherche de notre étude 61

3.3 Méthode production des données 61

3.3.1 Le journal du chercheur 62

3.3.2 L'entretien biographique 64

3.3.3 L'entretien d'explicitation 65

3.3.4 L'entretien de décryptage du sens 68

3.3.5 Démarches entreprises par le chercheur pour réaliser la clinique narrative 68

3.4 L'organisation de la clinique narrative 69

3.4.1 Phase 1 : l'exploration biographique 71

3.4.2 Phase 2 : L'exploration de l'action 73

3.4.3 Phase 3 : l'exploration du sens 75

3.4.4 Précaution prises pour respecter des principes d'éthique 77

3.5 Processus d'analyse des données 78

3.5.1 Le recours à la méthode de l'analyse en mode écriture pour les données biographiques 79

3.5.2 Le recours à la méthode d'analyse par questionnement analytique des données d'explicitation et de décryptage du sens 82

3.6 Limites des choix méthodologiques 87

CHAPITRE 4 – ANALYSE DES RÉCITS BIOGRAPHIQUES 90

4.1 Premier niveau d'analyse : les moments clés des médecins de famille 90

4.1.1 Les moments de Mai 92

4.1.1.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine : hésitation et groupe d'intérêt 92

4.1.1.2 Moment 2 : L'externat : le rapport au savoir 93

4.1.1.3 Moment 3 : Le prix à payer de la médecine 95

4.1.1.4 Moment 4 : Défier les « Guidelines » 97

4.1.1.5 Moment 5 : La croisée des chemins 98

4.1.1.6 Moment 6 : Déconstruire le savoir pour mieux le reconstruire 100

4.1.1.7 Moment 7 : Au-delà des normes vers une quête identitaire 101

4.1.1.8 Moment 8 : Mais où est passée la vraie médecine ? 102

4.1.2 Les moments de Fre 103

4.1.2.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine comme une entrée dans la vie 103

4.1.2.2. Moment 2 : Les humanités 104

4.1.2.3 Moment 3 : La dure réalité du généraliste 105

4.1.2.4 Moment 4 : Les deux têtes du médecin 106

4.1.2.5 Moment 5 : Défier les guides 108

4.1.2.6 Moment 6 : Kuujjuaq : dans les cas difficiles le médecin fera ce qu'il pourra 110

4.1.2.7 Moment 7 : Retrouver une souveraineté 111

4.1.3 Les moments de Jun 114

4.1.3.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine 114

4.1.3.2 Moment 2 : De la souffrance au sentiment d'impuissance 116

4.1.3.3 Moment 3 : Première femme médecin à Saint-Cloud (petit village imaginaire du Québec rural) 117

4.1.3.4 Moment 4 : Fragments d'une vie de famille 118

4.1.3.5 Moment 5 : Sentiment d'impuissance 119

4.1.3.6 Moment 6 : À quoi sert la médecine ? 121

4.1.3.7 Moment 7 : Les limites de la médecine 123

4.1.3.8 Moment 8 : Que signifie être médecin ? 126

4.2 Synthèse des moments clés 128

CHAPITRE 5 – ANALYSE DES ACTIONS ET DES GESTES PROFESSIONNELS DES MÉDECINS 133

5.1 Deuxième niveau d'analyse : les actions et les gestes associés 133

5.1.1 L'exemple de Mai : Prise de décision en contexte d'étrangeté 134

5.1.1.1 Reconstitution du déroulement du raisonnement médical de Mai 134

5.1.1.2 Reconstitution du déroulement d'une prise de décision en contexte d'étrangeté 136

Que fait Mai lorsqu'elle se trouve en présence de l'étrangeté du cas ? 136

5.1.1.3 Synthèse du vécu d'une prise de décision partagée 138

Que fait Mai lorsqu'elle est dans une zone grise de la pratique ? 138

Comment Mai identifie une zone grise et comment elle agit ? 138

5.1.1.4 Exploration du geste professionnel de Mai 140

Retour sur le vécu de l'action 140

Résultat du décryptage du sens donné par Mai à son geste professionnel 141

5.1.2 L'exemple de Fre : Dialogue intérieur d'un médecin dans le chaos 144

5.1.2.1 Reconstitution du déroulement d'un agir en contexte de chaos 144

Comment Fre s'y prend lorsque ce qu'il fait n'est pas très clair ? 144

5.1.2.2 Reconstitution du dialogue intérieur du médecin confronté au chaos de la pratique 146

Que se passe-t-il lorsque Fre entame un dialogue intérieur ? 146

Que fait Fre lorsqu'il transgresse les règles ? 148

5.1.2.3 Synthèse du vécu d'un dialogue intérieur 150

Que fait Fre lorsqu'il procède à l'examen physique du patient ? 150

Comment Fre s'y prend pour enlever les chaussettes du patient ? 150

5.1.2.4 Exploration du geste professionnel de Fre 152

Décryptage du sens donné par Fre à son geste professionnel 152

5.1.3 L'exemple de Jun : Retour sur le vécu d'un grand tournant d'une pratique 156

5.1.3.1 Reconstitution du déroulement d'une réflexion sur la pratique de la médecine .. 157

Que voit Jun lorsqu'elle regarde Henriette ? 157

Comment Jun s'y prend pour faire face au chaos de la mort ? 158

Que se passe-t-il lorsque Jun éprouve un mouvement de colère ? 158

5.1.3.2 Exploration d'un geste professionnel de Jun 160

Retour sur le vécu de l'action 160

Comment Jun s'y prend pour faire face à une situation de souffrance ? 160

Qu'est-ce qui est le plus important pour Jun au moment où elle se trouve dans l'interstice de la porte de la chambre d'Henriette ? 162

CHAPITRE 6 – ITINÉRAIRE DE COMPRÉHENSION EN GUISE DE DISCUSSION 167

6.1 Que pouvons-nous comprendre du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face au chaos ? 168

6.1.1 La représentation de son raisonnement 168

6.1.1.1 De quoi le raisonnement médical du médecin peut-t-il aussi dépendre ? 168

6.1.1.2 L'importance du dialogue intérieur dans le raisonnement médical 169

6.1.2 La gestion de l'incertitude en contexte de chaos 171

6.1.2.1 Comment faire avec l'incertitude ? 171

6.1.2.2 Que se passe-t-il lorsque le médecin se trouve en présence d'un cas particulier, inhabituel, étrange ? 171

6.1.3 Le raisonnement médical dans les zones grises de la pratique 172

6.1.3.1 Clarifier la zone grise 172

6.1.3.2 Faire des allers-retours 173

6.1.3.3 Transgresser les règles 173

6.2 Que pouvons-nous retenir des dimensions expérientielles du savoir des médecins de famille 174

6.2.1 Construire des relations 174

6.2.2 Redonner du sens à son action et à son geste 175

6.3 Synthèse de l'itinéraire de compréhension : développer la capacité à faire de l'expérience vécue un chemin pour apprendre tout au long de la vie 176

CONCLUSION 179

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 182

ANNEXES 1 - APPROBATION ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE 198

ANNEXES 2 - SONDAGE D'INTÉRÊT EN PRÉVISION DU RECRUTEMENT 199

ANNEXE 3 - LETTRE D'INFORMATION OFFICIELLE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE 201

ANNEXE 4 - GUIDE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE 206

ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTRETIEN D'EXPLICITATION ET DE DÉCRYPTAGE DU SENS 209

ANNEXE 6 – RÉCIT BIOGRAPHIQUE DE MAI 214

ANNEXE 7 – EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE EN MODE ÉCRITURE À PARTIR DU RÉCIT DE MAI 222

ANNEXE 8 - EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DE L'ENTRETIEN D'EXPLICITATION DE FRE 226

ANNEXE 9 - EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DE L'ENTRETIEN DE DÉCRYPTAGE DU SENS DE FRE 239

ANNEXE 10 - CANEVAS INVESTIGATIF À L'ÉTAPE ÉLABORÉE 248

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. – Les trois phases de la clinique narrative.....70
Tableau 2. – 1ère vague d'Ede : exploration biographique 72
Tableau 3. – 1ère partie de la 2nd vague d'Ede : exploration de l'action.....74
Tableau 4. – 2nd partie de la 2nd vague d'entretiens : le décryptage du sens 77
Tableau 5. – Étapes de la démarche d'analyse des données biographiques en mode écriture 82
Tableau 6. – Canevas investigatif : étape du brouillon 85
Tableau 7. – Étapes de la démarche d'analyse des données d'explicitation et de décryptage du sens par questionnement analytique 87

LISTE DES FIGURES

Figure 1. – Les stratégies de description de l'action de Vermersch (2018) 46
Figure 2. – Le modèle T.O.T.E inspiré de Miller, Galander et Pribram (1966).....48
Figure 3. – L'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984) 57
Figure 4. – Boucle de réflexivité inspirée de Kolb (1984) 66
Figure 5. – Fragmentation d'une action passée à partir du modèle T.O.T.E.....67
Figure 6. – L'entretien de décryptage du sens (Faingold, 2001).....76

À ceux et celles qui, dans les cas difficiles, feront ce qu'ils pourront

REMERCIEMENTS

Cheminer au fil du temps particulier d'une thèse requière de pouvoir donner à ce temps suffisamment de valeur pour qu'il ne soit pas juste une simple donnée quantitative exigée par l'institution. Faire cela n'aura pas été une mince affaire. Définitivement, je n'aime pas les règles, les procédures, cette nécessité d'aller toujours plus vite, de faire des choses dans les temps plutôt qu'à travers le temps. Le chemin pour moi, n'aura pas été facile, mais je reconnais qu'il se trouve bon nombre de personnes animées par de bonnes intentions, de beaux idéaux et dont le soutien aura été d'un secours précieux.

Je souhaite, sans doute un peu maladroitement, remercier mon directeur de thèse pour m'avoir permis d'être et de me sentir moi-même en processus plutôt que prisonnier des procédures. Ayant dépassé depuis quelques années déjà la cinquantaine, j'ai eu la chance d'avoir une direction sur mesure, avec cette appréciation de ce que peux être la juste distance à prendre et à laisser pour qu'un travail de fond puisse se faire. J'aimerai remercier mon directeur de thèse Nicolas Fernandez, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, pour m'avoir offert une direction de grande qualité avec une rigueur intellectuelle permanente et qui a su créer les conditions favorables qui m'ont permis de prendre plaisir à voyager, à faire des rencontres stimulantes, à me sentir libre dans cette drôle d'aventure.

Je remercie chaleureusement Mai, Fre et Jun, les trois médecins enseignants qui ont participé à mon projet de recherche avec enthousiasme. Chacun à sa façon m'a fait le précieux don de son intégrité comme médecin et aussi comme humain. J'ai eu la chance de vivre de beaux moments, d'avoir ce sentiment d'être utile, impliqué et de collaborer à faire du sens tout en recevant votre authenticité à tous les trois. J'aurai eu la chance de me trouver en présence de trois médecins différents, habités par la même passion et simplicité humaniste qui rendent une relation si particulière : lorsque vous avez ce sentiment que les choses coulent de source, d'être juste et de recevoir tout ce qu'il faut pour faire ce que vous aimez.

Je remercie tous les membres du conseil pédagogique du Programme de résidence en médecine de famille de l'Université de Montréal qui par leur réflexion et la bienveillance de leur regard, m'ont permis de me sentir autorisé à faire ce travail, à être à la fois l'accompagnant et l'accompagné.

De plus, j'aimerai faire des remerciements particuliers à Caroline Raymond, professeur au département de danse de l'université du Québec à Montréal, pour m'avoir offert un accompagnement d'une grande qualité intellectuelle et d'une immense générosité. J'ai pu explorer les techniques d'explicitations et de décryptage du sens et Caroline m'a permis d'accompagner et de participer comme formateur. Je suis également très reconnaissant à Caroline d'avoir été présente aux côtés d'un autre Doctorant, Mehdi Azri, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. En plein chaos pandémique, nous nous sommes constitué une petite communauté de pratique autour de l'idée de continuer à faire de la recherche qualitative à distance.

Je remercie également toutes les personnes de la communauté de pratique sur les techniques de l'explicitation de l'action de l'Université du Québec à Montréal, et notamment Yves de Champlain, professeur à la faculté d'éducation de l'UQAM, qui par sa gentillesse et son regard sur mon travail m'aura permis de progresser dans la thèse.

J'ai également bénéficier du compagnonnage cognitif de bon nombre de personnes et je ne saurais toutes les nommer sans risquer d'en omettre. J'aimerai remercier toutes ces personnes pour avoir fait partie de mon voyage et avoir été là, toujours au bon moment.

Il y a des remerciements que j'aimerai adresser à Delphine, Marine et Quentin, qui ont tous les trois endurés mes humeurs et mes débordements d'enthousiasme tout au long de ces années, avec toujours la même indulgence. Je tenais à dire combien il est bon d'être aimé de vous trois.

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA RECHERCHE

L'objectif de ce chapitre est de présenter l'intérêt d'une recherche reliant la réflexion sur la pratique et le geste professionnel en médecine de famille. La pertinence de cet assemblage tient du potentiel présumé d'une posture particulière sous-jacente au raisonnement médical pour soutenir une approche du phénomène « faire face à l'incertitude » vécu par des médecins de famille (Bourquin et Stiefel, 2018). La réflexion sur la pratique et le raisonnement médical rencontrent un intérêt croissant de la part de chercheurs des sciences de la santé (Ng, Kinsella, Friesen et Hodges, 2015 ; Eyland, 2017). Ceci soulève un certain nombre de questions que nous formulons dans ce chapitre.

Dans un premier temps, nous présenterons brièvement le contexte de notre recherche qui porte sur les systèmes de santé et sur la réflexion en profondeur en lien avec la pratique et le raisonnement médical que cela inspire aux médecins de famille du Québec. Afin d'ouvrir un champ d'exploration à partir de cette réflexion sur la pratique en mouvance, nous proposons de mettre en dialogue différentes forces liées à la rationalité technique et à la réflexion sur la pratique qui font émerger un regain d'intérêt envers le raisonnement médical. Puis, nous serons amenés à examiner le vécu de quelques médecins qui – ayant opté pour une posture particulière – composent avec les procédures, cherchant à relier la rationalité technique à une logique plus réflexive, moins procédurale et plus en lien avec l'incertitude et l'imprévisible subjectivité du phénomène humain. Dans un deuxième temps, nous nous attèlerons à la problématisation du rapport entre la rationalité technique et la nécessité pour ces médecins d'adopter des gestes professionnels plus en adéquation avec le sens, les valeurs, l'implication et l'utilité sociale. Nous présenterons comment le potentiel présumé d'une « posture réflexive » (Balas-Chanel, 2013) des médecins constitue un angle pour mieux cerner les rapports ambigus que ces praticiens entretiennent avec les savoirs théoriques codifiés, normalisés, rationalisés, plutôt invariables et immobiles et les savoirs expérientiels, créatifs, adaptables et plutôt mobiles et dynamiques lorsque vient le temps de faire face à des situations chaotiques de la pratique professionnelle en médecine (Bloy, 2005).

C'est précisément ce rapport instable et cette tension structurante – à travers le dialogue intérieur du praticien dans la réciprocité entre savoirs théoriques et savoirs expérientiels (Schön, 1983) – qui nous incite à mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face

à l'incertitude dans le chaos de leur pratique professionnelle, c'est-à-dire à certains moments clés de leur expérience. Ce qui constitue l'objectif général de cette recherche.

1.1 Le contexte de la recherche

Au cours des 30 dernières années, force est de constater que les attentes et les besoins ont considérablement changé vis-à-vis des systèmes de santé en Amérique du Nord comme en Europe occidentale. La crise liée au Covid-19 constitue à la fois un terrible témoignage et une douloureuse piqure de rappel que ces transformations – plus ou moins bien vécues par l'ensemble des professionnels de la santé – n'aboutissent pas systématiquement aux résultats escomptés en termes de qualité des soins de santé. Selon Flora et al. (2016), figures emblématiques du mouvement de partenariat avec les patients, ces systèmes de santé se sont construits sur la base de soins aigus et spécialisés, délivrés par des établissements de santé en fonction des avancées d'application de la science dans le domaine médical construit entre les années 1940 et 1970. Cependant, l'augmentation significative de la prévalence des maladies chroniques est devenue une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays industrialisés (Yardley, Cottrell, Rees et Protheroe, 2015). Il ne s'agit pas là d'une tendance passagère mais d'une tendance qui ne fera que s'accentuer tout au long des prochaines années au sein des pays de l'OCDE (2013).

Ces dernières années sont également marquées sur le plan de la pédagogie de la santé par le constat que les attentes sociétales et les besoins de formation ont considérablement changés vis-à-vis de l'enseignement en médecine. L'émergence des nouvelles conditions liées aux changements des systèmes de santé et l'arrivée massive des technologies dans la pratique de la médecine ainsi que le souci constant d'un soin indissociable des concepts d'empathie, de congruence et de bienveillance (Rogers, 1968), incitent des médecins enseignants à relever de nouveaux défis pédagogiques (Ofri, 2017 ; Kuper *et al.,* 2017). Or, comme le souligne Wartman (2019), depuis les années 1940, le savoir médical repose sur le fondement d'une évolution « prévisible » des connaissances fondamentales. Les médecins s'adaptent à l'évolution de ces connaissances et en même temps les appliquent tout au long de leur carrière. De plus, selon certains auteurs (Wald, 2015 ; Lin, Sattler, Yu, Basaviah et Schillinger, 2016) les médecins feraient face à une explosion des savoirs qui les incite à réinterroger leur pratique d'enseignement et la nature des savoirs à *faire apprendre* puisque, sur ce point, il est désormais question de « former » les futurs médecins à être des apprenants à vie, à trouver, choisir et traiter eux-mêmes l'information.

Nous voyons dans cette évolution du contexte, la nécessité de faire une distinction entre d'un côté, l'enseignement qui vise la transmission d'un savoir et d'un autre côté, la formation par laquelle les étudiants peuvent apprendre par eux-mêmes, c'est-à-dire à partir de l'expérience et se reconnaitre eux-mêmes comme des parties d'un système de santé complexe. Cette façon de concevoir l'apprentissage, n'est pas nouvelle. Il y a notamment une tradition de penseurs pédagogues (Dewey, 1933 ; Rogers, 1968 ; Schön, 1983 ; Kolb, 1984) qui relient les notions d'expérience et d'éducation au sein d'un même concept appelé *apprentissage expérientiel* sur lequel nous reviendrons plus en détail au chapitre suivant.

C'est dans ce contexte, sur fond de crise sanitaire mondiale, que des médecins soucieux d'interroger leur pratique – autant que des patients qui y sont associés – ont décidé de former un Conseil pédagogique (CP) afin de soutenir la direction du Programme de résidence en médecine de famille dans ses travaux de renouvellement du cursus. Sous l'égide du département de médecine de famille et médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, ce conseil a notamment comme mission de se pencher sur l'avenir de la profession médicale (Rourke, 2018). Pour ce faire le CP s'est organisé selon une démarche de prospective stratégique. Cette démarche aura permis, non seulement de se demander à quoi ressemblerait le médecin de famille du futur (en 2035), mais également de se questionner sur la formation de ce médecin, incluant le point de vue des enseignants comme celui des apprenants et sans oublier le point de vue des patients. Pour inclure le regard de ces derniers, cinq patients-partenaires ont été invités à échanger sur l'avenir de la médecine de famille, apportant ainsi une contribution – par leur vécu et l'expertise qui en découle – à la fois utile et nécessaire pour doter la démarche d'une réflexion collective plus profonde et d'une grande ampleur. Le Conseil pédagogique a donc opté pour une posture de *chercheur collectif* visant à renforcer les liens entre toutes les parties prenantes et considérant l'avenir, non seulement comme un territoire à explorer mais aussi comme un territoire à construire. À travers cette démarche, le conseil pédagogique s'est penché non seulement sur l'avenir de la médecine de famille au Québec mais également sur le profil du médecin de demain. Ce questionnement sur l'identité professionnelle du médecin de famille et sur l'enseignement vise notamment à identifier les grandes tendances qui ne manqueront pas de modifier la pratique, en devenir, de la médecine de famille au Québec.

Dans ce contexte de système de santé en transformation, on aurait parfois tendance à opposer la rationalité technique au sentiment d'Être, voyant le raisonnement du médecin altéré par une dimension comptable et purement technique du soin au détriment de la situation du patient. Or, comme le mentionnent certains auteurs (Ng, Kinsella, Friesen et Hodges, 2015), il serait pertinent de chercher à relier le savoir médical fondamental appuyé par le raisonnement médical à des savoirs d'expérience davantage tournés vers le ressenti (corps et émotions), la conscience de soi et de la situation. C'est pourquoi nous proposons d'établir une distinction entre la rationalité technique – qui soutient le raisonnement médical – et le savoir expérientiel – qui soutient une conscience de soi et de la situation. Dans un deuxième temps, nous relierons ces deux conceptions dans ce que nous appelons une « posture réflexive ».

1.1.1 L'évolution de la rationalité technique dans le contexte des soins de santé

Selon certains auteurs (Lefebvre, 1971 ; Schön 1983), la rationalité technique caractérise l'épistémologie dominante de la pratique. Ng (2012) ajoute que selon cette rationalité, la pratique professionnelle consiste à résoudre des problèmes de manière instrumentale par l'application de la théorie scientifique et technique. Dans sa revue de littérature, Fragkos (2016) ajoute que les praticiens de ces professions, dont les médecins font partie, sont considérés comme des personnes qui résolvent des problèmes techniques et qui manipulent les techniques disponibles pour atteindre des objectifs spécifiques malgré des contraintes gérables (Fragkos, 2016). Sur le plan de l'éducation, « la rationalité technique renvoie à l'application technique de la connaissance éducative et des principes curriculaires de base pour atteindre un but » (Correa Molina, Collin, Chaubet et Gervais, 2010). D'ailleurs, les compétences et l'efficacité scolaire démontrées à l'aide de résultats mesurables constituent les repères centraux de ce plan de la rationalité technique.

Pour résumer, nous dirons que la rationalité technique correspond bien avec l'idée de résoudre des problèmes objectivables, connus, prévisibles, circonscrits répondant à une logique qui viserait notamment à se fier aux savoirs théoriques et aux techniques scientifiques. À partir de cette logique plutôt « procédurale » (Lefebvre, 1971), un médecin est capable d'appliquer la procédure ou le protocole et de se concentrer sur un cas général ou un problème en faisant appel à ce que le modèle de la science appliquée préconise dans ce genre de situation, c'est-à-dire résoudre la difficulté du cas ou le problème en appliquant des théories et des techniques scientifiques (Schön, 1994).

Or, nous voyons à la suite de Schön (1994) qu'il convient de distinguer deux types de cas : (1) les cas généraux et (2) les cas particuliers. Les premiers sont ceux à partir desquels le médecin utilise ces connaissances acquises dans une sorte de routine. Le médecin perd peu à peu conscience de savoir ce qu'il sait pour accomplir des gestes machinalement, sans réfléchir. Ces cas généraux composent la routine, nous dit Schön (1994), ou le praticien s'ennuie, mais peut facilement faire figure d'expert au risque, à force de spécialisation de « devenir étroit d'esprit » (Schön, 1994, p. 89). Les seconds, les cas particuliers, nécessitent un niveau de réflexion sur l'action qui vient briser la routine du professionnel. Ces cas obligent le médecin à sortir d'une zone de confort, délaissant les savoirs théoriques mobilisables selon la logique de la rationalité technique pour se tourner vers le traitement du cas particulier selon une logique alternative ou l'objectivité des faits est remise en question par la subjectivité des phénomènes. Selon cette logique, le médecin – capable de distinguer un fait, stable, incontestable et sûr d'un phénomène plus instable, produisant doute et incertitude – reconnaissant ces caractères particuliers d'un cas, serait amené à se tourner vers sa propre expérience, vers le ressenti de son vécu[1] à la fois immédiat mais aussi passé puisqu'il peut faire appel, par le truchement de sa mémoire, à son propre vécu passé (d'autres cas similaires ou ayant des similitudes apparentes). Il adopte pour ce faire une posture différente qui fait davantage appel à de l'introspection. Il s'agit d'une posture réflexive, que Balas-Chanel (2013) définit brièvement comme « une posture qui requiert de la curiosité et de la bienveillance à l'égard de soi-même. Accepter de se regarder tel qu'on est et tel qu'on a agi » (Balas-Chanel, 2015, p 10). Que peuvent faire alors la rationalité technique et l'ensemble des connaissances fondamentales de l'expert devant l'annonce d'un diagnostic de cancer en phase finale ? Qu'est-ce que les préoccupations sur les tâches administratives, comptables et gestionnaires, peuvent avoir à faire dans une rencontre avec une personne en fin de vie ? En quoi cette rationalité technique permet au médecin de prendre des décisions éclairées, d'être conscient de soi et de la situation ? Est-ce qu'une telle rationalité suffirait, à elle-seule, au médecin pour comprendre le patient, ses préférences, tout en ayant conscience de ces propres limites ?

Certains auteurs (Ng, 2012 ; Fragkos, 2016 ; Wartman, 2019) affirment que la formation en médecine s'appuie trop fondamentalement sur la rationalité technique et que nous devrions sérieusement considérer les moyens de réduire le « gouffre épistémologique » qui sépare ce que

[1] Cette expression ; *le ressenti de son vécu,* appelle le concept de mémoire concrète comme « une forme de rappel basée sur un déclencheur sensoriel » (Vermersch, 2017 p.186).

Schön (1983) nomme une épistémologie de la pratique du monde de la théorie scientifique. Nous rejoignons Ng (2012), lorsqu'elle rappelle que traditionnellement, la rationalité technique a été l'épistémologie dominante de la pratique et en nous appuyant sur Schön (1983), nous pourrions suggérer une épistémologie alternative de la pratique, en considérant le potentiel informatif de l'expérience du praticien utilisée pour naviguer dans des situations incertaines, instables, uniques et en conflit de valeurs.

Cette citation de Lefebvre (1971), illustre les difficultés auxquelles les médecins eux-mêmes se confrontent dès lors qu'ils cherchent à « reconnaitre » leurs savoirs, leurs connaissances en-dehors d'un cadre épistémologique bien balisé et dominé par une rationalité technique.

> Nous pourrions examiner un à un les secteurs de l'activité sociale qui concernent « l'homme », en commençant par les plus importants, la médecine entre autres. Nous constaterions vite que la crise de « l'homme » et de l'humanisme est d'abord pratique. Ni l'organisation de la profession médicale, ni l'enseignement, ni les recherches en cette matière ne correspondent aux exigences d'une société qui mettrait « l'homme » au premier plan (p.13).

Nous rejoignons Ng (2012) lorsqu'elle souligne l'importance d'examiner l'activité des médecins, leur mode de penser, d'appréhender le monde, de concevoir leur pratique, leur action, leur geste, autrement que selon la stricte rigueur associée à la rationalité technique, mais également sous l'angle de l'expérience du praticien qui comprend également des processus artistiques et intuitifs. Finalement, nous rejoignons ces auteurs (Ng, Kinsella, Friesen et Hodges, 2015) qui suggèrent qu'il n'y aurait pas lieu d'opposer une rationalité technique à une autre rationalité, plus sociale, mais qu'il y aurait une convergence possible.

À partir de cette convergence nous pourrions envisager de relier la nécessité de rationaliser du médecin et celle de prendre en compte la dimension humaine dans la pratique de la médecine. Nous rejoignons les auteurs (Bokova, 2014 ; Wald, 2015 ; Ofri, 2017 ; Colwill, Frey, Baird, Kirk et Rosser, 2016 ; Bleakley, 2019) qui parlent d'une médecine humaniste pour qualifier des pratiques qui placeraient l'humain au premier plan, rappelant ainsi que le principal objet du médecin, sa raison d'être, n'est ni une machine ni un système prévisible, c'est l'humain. Or, l'humain est imprévisible, il est à l'image de l'ensemble des connaissances, en adaptation plutôt qu'en évolution. Que se passe-t-il pour le médecin lorsque les référentiels scientifiques, ne répondent plus aux exigences d'une situation particulière dans la pratique ? Vers quel raisonnement se tourne-t-il ?

Prenons les moments de la pratique où le médecin doit faire face au déséquilibre, à l'irrégularité, à l'altérité. Par exemple, lorsqu'il doit faire face au changement brutal de l'état d'un patient. Ce sont des moments où le médecin n'atteindra peut-être pas ce niveau de justesse, de stabilité, d'évidence et de netteté et pour finir de maîtrise auquel il aspire en pratique. D'après Schön (1983), il y a un plan de la pratique où les situations sont inexorablement enchevêtrées à des éléments non identifiés, inconnus et les situations qui s'y rapportent apparaissent alors comme des « chaos » techniquement insolubles. Ici, le mot « chaos » est important, car il oppose une résistance à la logique de la rationalité technique. Il y a dans la notion de chaos, le fait que les personnes ou les situations s'y rapportant ne répondraient plus à une logique procédurale, balisée, se référant elle-même à un savoir scientifique rigoureux.

Pour résumer, nous disons que le recours prédominant à la rationalité technique en médecine pose deux questions essentielles. (1) Que font les médecins dans un type de situation chaotique, lorsqu'ils se trouvent auprès de patients atteints de comorbidité ou touchés par des maladies chroniques et que le paradigme de la science appliquée ne répond plus efficacement (première question) ? (2) À quels types de savoirs les praticiens soucieux de la pertinence de leur pratique recourent-ils lorsque les savoirs scientifiques ne répondent pas efficacement à la situation (deuxième question) ?

1.1.2 Ces médecins qui défient les procédures

Plusieurs études (Jorro, 1998 ; Lievin *et al.,* 2008 ; Cizeron, 2010 ; Faingold, 2014) soulignent que certains praticiens ont recours à leur propre expérience pour faire face à certaines situations de pratique professionnelle. Ces praticiens ont recours à leur propre vécu expérientiel dans une intention praxéologique (Ardoino, 1993), c'est-à-dire pour donner du sens et de la valeur à leur pratique et pouvoir conscientiser des savoirs qui jusqu'alors n'étaient pas encore formalisés, verbalisés, mis en mot, mais qui pourtant peuvent être inscrits dans un geste (Faingold, 2014). On peut alors penser comme Bloy (2005) que ces savoirs d'expérience peuvent s'acquérir ailleurs que sur les bancs de l'école ou de l'université et ne font pas nécessairement l'objet d'une théorisation scientifique.

Dans une étude sur le thème de la transmission des savoirs professionnels en médecine générale en France, Bloy (2005) souligne que cette expérience acquise au fil du temps et de la pratique est aussi généralement absente de la formation hospitalo-universitaire des jeunes médecins revêtant un statut

épistémologique « incertain », car ils ne considèrent pas ce vécu de la pratique comme une source rigoureuse de savoir basée sur des certitudes.

Ce qui nous incite à poser la question suivante : À quelle condition cette expérience devient un savoir, a fortiori un savoir transmissible ? De plus, certains résidents perçoivent négativement la transmission de ce savoir à l'occasion des stages de résidents, ne voyant dans cette tentative de transmission :

> […] Qu'un bricolage grossier, fait de compromis mous effectivement adaptés aux contraintes de la satisfaction du patient, mais qui ne saurait prétendre à une valeur scientifique propre […]. Ceux-ci opposeront volontiers ce qu'ils considèrent comme « la science » à de la « démerde » (Ibid., p.116).

Cependant, d'autres résidents, ayant peut-être eu des maîtres de stages plus convaincants ou étant mieux disposés initialement envers la médecine générale, valident sur le plan de la rigueur et du savoir ce qu'ils ont vu faire sur le terrain. Bloy (2005), décrit ces futurs praticiens dans la citation suivante :

> Ce n'est plus tant l'adéquation un peu mécanique d'une pratique à l'état des connaissances qui est signifiée mais bien une démarche intellectuelle spécifique qui peut conduire au cas par cas et s'éloigner d'une norme en connaissance de cause pour gagner en pertinence et en efficacité dans l'abord d'un patient donné (Ibid.).

Cette citation nous permet de soulever que la pratique peut appeler des postures différentes – qui peuvent être vues comme de véritables prises de position par rapport à certains aspects de la profession – et qui appellent un positionnement à la fois physique et moral. Nous reviendrons sur cette notion de posture dans le chapitre suivant. Ici, nous voyons se dessiner l'idée d'une posture particulière, plutôt réflexive. D'après Bloy (2005), ces médecins ouverts à l'expérience comme source d'apprentissage sont ceux pour qui « l'optique du service médical effectif rendu au bout du compte au patient passe alors au premier plan, plutôt que l'adéquation à une référence générale et impersonnelle » (Bloy, 2005, p.116). Elle ajoute que les procédures faites de sages compromis avec le patient sont parfois plus à même d'aboutir dans la durée à une prise en charge raisonnable et raisonné que les décisions en tout point conformes au protocole en vigueur mais dont le patient ne fera rien et qui au pire stimuleront son nomadisme – le faisant passer d'un médecin à l'autre. Nous rejoignons Bloy (2005) lorsqu'elle affirme que : « c'est toute une conception de la rationalité de la décision médicale qui se trouve en fait engagée dans le jugement porté sur ces formes de bricolage

cognitif » (p.117). Cette idée de bricolage cognitif est aussi présente chez Lefève (2014) lorsqu'elle ajoute : « face à la maladie chronique, le soin est un bricolage technique, incertain et indéfini, destiné à faire face à l'imprévisibilité du corps, de la maladie et des traitements eux-mêmes […] Le soin est aussi un bricolage relationnel, il requiert le travail collaboratif du patient et de l'équipe soignante » (p.207).

Cette reconnaissance de la valeur pédagogique et cognitive du « bricolage » repose également sur de nombreux auteurs (Schön, 1983 ; Ardoino, 1993 ; Jorro, 1998 ; Louvel, 2013) qui suggèrent que les praticiens d'expérience peuvent utiliser le terme « bricolage » pour caractériser certaines actions, certains gestes, physiques mais aussi mentaux, qu'ils réalisent lorsqu'ils sont aux prises avec un cas difficile.

Les scientifiques eux-mêmes ont fréquemment recours au bricolage dans la recherche. Claude Lévi-Strauss (1962) écrit à propos du bricolage que « la règle du jeu est de toujours s'arranger avec les moyens du bord, c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux hétéroclites » (p.31). Nous trouvons également la notion de « bricolage », à travers le « bricolage intellectuel » de Karl Popper (2012), dans sa formule de « *peacemeal engineering* ». George Lapassade (1993) ajoute que ce bricolage « serait même la règle fondamentale et incontournable des sciences sociales, lesquelles, parce que leur objet est infiniment complexe, sont en quelque sorte condamnés à cette manière de travailler » (p.115). Mais pouvons-nous pour autant déduire que nous avons une idée de ce qui se passe dans la tête et le corps du praticien en train de recourir à ce bricolage ? Sur ce plan, Bloy (2005) souligne qu'il y a « un monde entre cette modulation consciente d'elle-même, réflexive, et sous tendue par un objectif de rigueur […] et la fantaisie ou la routine de manière de faire qui ne prennent plus la peine de se justifier » (*Ibid.,* p.117). Nous voyons à partir de ces liens que nous venons d'explorer entre « bricolage cognitif » et « conscience », des raisons supplémentaires pour nous interroger sur la façon dont certains médecins se détourneraient de la rationalité technique adoptant une posture plus en lien avec une dimension humaine de leur pratique.

Pour résumer, nous pensons qu'il se trouve bien des médecins ayant adopté une autre conception de la pratique médicale. Ces derniers seraient capables de percevoir leurs gestes professionnels à partir d'une posture plus introspective et d'y voir autre chose que la démonstration technique comme preuve d'une expertise reposant exclusivement sur un savoir théorique. Ceci nous incite à

poser une troisième question essentielle (3) : Qu'est-ce qui caractérise la pratique de ces médecins qui font passer le patient d'abord quitte à défier les procédures (troisième question) ?

1.2 Apprendre de sa pratique professionnelle

En médecine, comme dans les professions réglementées du Canada, la pratique professionnelle est régie par des organismes autonomes provinciaux. Contrairement aux milieux d'enseignements qui produisent des référentiels de formation (tels les référentiels de compétences des Universités), les organismes professionnels, comme le Collège des médecins du Québec, utilisent des référentiels de métier. Pour répondre à leur mission, qui n'est pas seulement de réglementer et surveiller (délivrer des agréments), mais bien aussi de porter un regard critique sur la formation à l'exercice de la profession en vue de protéger le public et de favoriser le développement de la profession – donc par extension logique cela implique la formation tout au long de la carrière des médecins et la pratique – les organismes peuvent également produire des référentiels, on parle alors de « référentiel de métier ». Ainsi, le Collège des médecins du Québec, utilise le référentiel CanMEDS pour « décrire l'ensemble des rôles et des compétences de tous les médecins durant la formation et la pratique » (Shaw, Oandasan, Fowler, 2017, p. 2). Ce référentiel de compétence a comme but d'offrir une vue d'ensemble des rôles et responsabilités du médecin au Canada ainsi que des compétences requises dans la pratique (Shaw, Oandasan, Fowler, 2017). Le référentiel CanMEDS-Médecine familiale, s'est transformé au fil du temps. Par exemple, nous constatons qu'une plus grande place est accordée au généralisme ainsi qu'à la sécurité du patient et que les médecins de famille se voient reconnaitre un rôle de leader.

Parmi les nombreuses qualités nécessaires à l'exercice de la médecine de famille, on distingue notamment cette notion de « conscience de soi » présente dans le référentiel de compétences (Shaw, Oandasan, Fowler, 2017, p. 20) et qui semble suggérer un lien possible entre l'exercice de la médecine (le contexte), la pratique professionnelle (l'action) et la nécessité pour le médecin de revenir sur son vécu (la réflexion), d'opérer un retour réflexif sur son action professionnelle.

De plus, pour permettre à ce trépied – contexte, action, réflexion – d'être opérationnel sur le terrain de la recherche, il semblerait pertinent de prendre en compte la capacité de mettre des mots sur sa pratique. Cette verbalisation de la pratique ne repose pas uniquement sur la capacité de parler de soi du médecin, mais bien sur la capacité de celui-ci de parler de ce qu'il fait lorsqu'il se trouve dans un rôle, une situation en particulier – rôle ou situation dont il peut avoir conscience ou pas –

et qui suggère un rapport entre la conscience et le discours narratif de l'action et qui nécessite une certaine posture. Or, d'après Flora et al. (2016) cette posture repose en partie sur le fait que le développement de la pratique réflexive des médecins nécessite deux aspects. D'abord une narrativité, il s'agit ici d'opérer une ouverture sur le récit et le parcours du médecin. Ensuite, il s'agit d'intégrer la dimension éthique dans une démarche appréhendant les multiples aspects issus des différentes disciplines, autrement dit, une démarche multidisciplinaire. Et nous ajoutons que pour être réflexive la pratique appelle nécessairement cette disposition à la fois physique (en lien avec le corps) et psychique (en lien avec le ressenti et les émotions) que nous appelons « posture » et qui semble nécessaire pour réaliser à partir de son propre vécu des apprentissages qui ressembleraient plus à des processus aboutissant à des transformations (Mezirow, 2001) qu'à des procédures aboutissant à des résultats. D'ailleurs Kolb (2015) précise bien que la perspective de l'apprentissage comme résultat peut être considérée comme un « non-apprentissage » car elle annonce l'échec de la modification des idées et des habitudes à la suite de l'expérience (Kolb, 2015, p. 37). Ce qui signifie qu'une pratique, pour être humaniste, ne doit pas seulement être une des multiples façons de réfléchir, mais vise aussi une transformation ou à tout le moins un changement dans la manière de percevoir du médecin.

Nous dirons qu'il s'agit bien d'une démarche entreprise en vue d'apprendre, à partir d'un retour sur son expérience (Balas-Chanel, 2013). Dans cette perspective, une pratique réflexive peut aussi être vue comme un processus consistant à engager le soi dans des interactions attentives, critiques, exploratoires et itératives avec ses pensées et ses actions, ainsi que dans le cadre conceptuel sous-jacent, en vue de les modifier et en vue du changement lui-même (Nguyen, Fernandez, Karsenti, Charlin, 2014). Or, un tel processus nécessiterait bien de la part du praticien d'adopter une « posture » particulière, autrement dit de se placer lui-même dans certaines positions physiques mais aussi psychiques – au sens de dispositions de l'esprit – lui permettant de prendre conscience, à travers un retour sur l'action, sur le geste et de créer du sens en vue de produire les ressources, les matières favorables pour faire murir et progressivement faire transformer son action professionnelle de façon à ce qu'elle devienne plus adaptée à la situation, plus « humanisante », c'est-à-dire qu'elle permette au médecin d'accomplir des actions et d'adopter des gestes plus authentiques, bienveillants et empathiques. Or, tout ceci nous fait tendre vers une certaine conception du lien entre éducation et expérience qui engagent – du fait même de la conscience (Piaget, 1974b) – une dimension cognitive.

Des recherches ont été menées sur cette même thématique des liens entre la pratique, la dimension cognitive de la conscience et la posture à laquelle ces dernières renvoient (Balas-Chanel, 1998 ; de Champlain, 2008 ; Appriou Ledesma, 2018). Nous voyons là une piste intéressante pour insister sur la nécessité de relier le vécu (corporel et émotionnel) au sens qu'il peut inspirer (Gérardin et Andrieu, 2011 ; Faingold, 2014 ; Vigarello, 2019). Rappelons que ces recherches permettent également de mettre l'accent sur la nécessité pour les professionnels de voir qu'au-delà de la dimension procédurale du geste, existe une zone de symbolisme ou le geste associé à de la créativité et de l'imaginaire peut prendre forme à travers le sens que lui donne son auteur (Depraz, Varela et Vermersch, 2011). De plus, le sens qu'un médecin donne à son geste, peut contenir des informations sur ses valeurs, sa mission, l'identité professionnelle et les affiliations dont il se sent porteur.

1.2.1 Le geste professionnel

La recension des écrits effectuée au sujet des gestes professionnels nous a conduit à nous pencher notamment à travers les travaux de Jorro (2019) portant sur la construction d'une identité professionnelle des acteurs dans les formations professionnalisantes et sur la problématique de la reconnaissance professionnelle en formation et en situation de travail (Jorro, 2014). Ses travaux portent plus particulièrement sur les gestes professionnels des enseignants et enseignantes en situation évaluative (Jorro et Crocé-Spinelli, 2010).

D'après Jorro (1998) et Crocé-Spinelli (2014), le geste *donne sens* à la façon de se comporter et désigne les mouvements du corps, volontaires ou involontaires. Le geste professionnel révèlerait ainsi l'ingéniosité qui réside dans la mobilisation de ces savoirs tacites dont parle Polanyi (1966), inconnus des médecins – car non verbalisés – et pourtant si présents dans la conduite de leurs actions. Selon Sensevy (2005), même si nous pensons les gestes professionnels comme du « bricolage » ou des « arts de faire », ils n'en restent pas moins des témoignages de la mise en œuvre d'habiletés de l'expert. Habiletés que nous voyons aussi bien dans la dimension technique du raisonnement que dans sa dimension pratique, mais aussi dans la reconnaissance d'un rapport à soi, aux autres et au monde (Jorro, 1998 ; Al Khatib et al., 2018). Ainsi ces « arts de faire » seraient situés dans les contextes individuel et social et seraient en même temps porteur des valeurs du médecin et du sens que celui-ci donne à sa pratique.

1.2.2 L'inscription du geste professionnel dans l'action

Pour Jorro (1998) le geste est, à la fois, une représentation symbolique et un modèle opératoire. Il synthétise deux dimensions opposées et de subordination. Cela signifie, d'après Jorro (1998), que si l'*opératoire* appelle le *symbolique*, ce dernier n'est rien sans l'autre. Autrement dit, un geste sans la dimension symbolique se transformerait en faire. Or, puisque « les gestes professionnels inscriraient une mise en abyme de l'action » (p. 9), l'on pourrait voir dans l'action un procédé consistant à laisser émerger le sens possible d'un geste professionnel ou le sens que celui-ci pourrait révéler. D'après Sensevy (2005) qui rejoint Jorro (1998) sur ce point, le geste professionnel renvoie également à l'idée que le substantif *geste*, permet de mettre l'accent sur l'action qu'elle soit physique ou mentale. Sur ce point, nous ajouterons, comme Sensevy (2005) le mentionne, que nous devrions prendre garde de manquer de considération pour le corps dynamique dans notre appréciation du geste, d'oublier la chair et de figer le geste, de réduire la complexité de l'action humaine à des procédures plus proche de la rationalité technique que du raisonnement médical pratique: « d'en oublier la chair, quand nous sous-estimons le corps et l'incorporation dans la production et l'apprentissage des gestes » (Sensevy, 2005, p. 4).

Ainsi, nous considérons comme Sensevy (2005) que le concept de geste professionnel prend sens dès lors que le médecin, pour celui qui décrit son action, quitte le statut d'exécutant, d'opérateur. Nous voyons alors, comme Sensevy (2005), la possibilité de reconnaître dans le geste, une richesse et une complexité qu'il nous faut apprendre à décrire. C'est sur cette description du geste professionnel des médecins que nous reviendrons dans la démarche d'observation, de recueil de traces et dans l'apprentissage de techniques qu'elle suppose de la part du chercheur. Pour résumer, nous voyons bien l'action comme le moyen d'accéder au geste et à son potentiel de sens et de signification.

1.3 Pertinence de la recherche

La complexité de la crise sanitaire a fait ressurgir plusieurs aspects : (1) Un besoin de retrouver le sens du soin, à la fois simple et vital et sur ce plan, force est de constater que le soin est comme la pratique : à géométrie variable et perfectible à l'infini ; (2) L'importance de continuer à chercher *collectivement* – c'est-à-dire en prenant l'ensemble des parties prenantes en considération – comment améliorer la pratique de la médecine et ; (3) La nécessité de se demander comment assurer

dans l'avenir une prise en charge des problèmes de santé qui respecte l'intégrité de l'expérience, celle du soignant comme celle du soigné.

Ainsi sur le plan scientifique, cette recherche permettrait de mieux comprendre – au-delà de la dimension technique – les mécanismes, les significations et le sens que peuvent prendre les gestes professionnels et ce faisant révéler des savoirs tacites (Polanyi, 1966) sous-jacents au raisonnement médical du médecin lorsqu'il fait face à l'incertitude dans le chaos de la pratique. Cela pourrait aussi enrichir la façon particulière dont nous pouvons accéder à l'expérience d'autrui sur le plan méthodologique. Sur ce plan, il s'agit justement de se demander : comment accéder de la façon la plus respectueuse possible, à l'expérience, au vécu d'autrui ? Quels sont les enjeux éthiques, déontologiques et sociaux sous-jacent à la verbalisation de l'expérience ? Cela permettrait d'être scientifiquement informé sur ce qui importe aux médecins, les valeurs, la mission et le sens qu'ils donnent à leur profession à travers leur expérience et à partir de leur propre perception (incluant le corps, les émotions et l'esprit).

Ensuite, la description des actions et des gestes professionnels pourrait également servir à des fins pédagogiques ou dans le cadre de l'enseignement (Davis, 2018). Cela pourrait constituer une voie de développement professionnel pour des médecins dans des ateliers de réflexion sur la pratique (Balas-Chanel, 2013; Faingold, 2014 ; Jason, 2018). Cela permettrait également à d'autres professionnels de la santé de s'interroger à la façon d'Ardoino (1993), c'est-à-dire à partir de cet embarras dans lequel la pratique les place parfois, sur leurs actions et leurs gestes dans une intention praxéologique mais aussi pour leur donner du sens ou tenter de les théoriser.

Sur le plan social, la recherche offrirait des pistes pour enseigner comment prendre en compte la dimension humaine de la pratique en découvrant quelles couches de l'action professionnelle peuvent être reliées à du ressenti corporel et émotionnel (Faingold, 2013) et pas seulement à la pensée rationnelle (Damasio, 2003). Cela permettrait également d'appréhender les actions et les gestes professionnels à partir d'un questionnement sur les relations patient-médecins dans un environnement de plus en plus influencé par les technologies.

Sur le plan professionnel, il s'agirait d'identifier dans nos pratiques d'accompagnement en éducation en général et en formation des adultes en particulier (Faingold, 2011), les postures et la manière de conscientiser les gestes, le sens que nous donnons à un geste, la signification que celui-ci peut avoir pour nous.

Enfin sur le plan personnel, il s'agirait de relier différentes parties de soi (Schwartz, 1995 ; Faingold, 2013) et d'aller voir à partir de nos propres gestes (Jorro, 1998) au-delà des frontières balisées par les savoirs théoriques. Nous avons besoin de sortir des sentiers battus et rebattus. Nous avons besoin de nous informer et d'être informé. Le sujet de la conscientisation du geste professionnel est un des éléments essentiels qui nourrissent le sens de notre vie dans ce « moment » inscrit dans notre trajectoire biographique et sociale.

1.4 Objectif général

Pour conclure nous estimons qu'une réflexion approfondie sur le sens et la signification des gestes, parfois associés à des petits-riens ou du « bricolage », pourrait bien se révéler d'une précieuse aide pour ceux et celles qui chercheraient à provoquer ce « décloisonnement » du soin nécessaire pour penser une meilleure santé pour tous.

Dans cette optique et en considérant l'ampleur de ce contexte de confinement, dont la complexité et les tenants et aboutissants dépassent les champs disciplinaires, incitant certains experts à recourir à cette multidisciplinarité dont parle Morin (2005), nous voyons le geste relié à l'action, non seulement comme un accomplissement, mais aussi comme un processus (Jorro, 1998), plus ou moins conscient (Balas-Chanel, 1998), avec le souci de s'appliquer, pas seulement en vue d'accomplir un geste matériel ou mental, mais également en vue de donner du sens et de la signification au soin (Faingold, 2014). L'objectif général de notre recherche vise à **décrire et mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de la pratique professionnelle à certains moments-clés de leur expérience.** Cet objectif nous semble pertinent à la fois sur les plans scientifique et social, mais aussi professionnel et personnel.

CHAPITRE 2 – ASSISES CONCEPTUELLES

Dans le chapitre précédent, nous avons souligné que la rationalité technique associée à la conscience de soi et la situation professionnelle vécue aurait le potentiel de révéler la nature de connaissances sans se séparer des liens entre éducation et expérience. Ceci nous permettrait d'envisager la dimension cognitive de la médecine sous une même perspective, celle d'une formation tout au long de la pratique professionnelles. Or, une meilleure compréhension de la posture réflexive qui caractérise la pratique professionnelle d'un médecin apporterait un éclairage nouveau, sous un angle dont les contours restent à définir, sur la façon dont une expertise se construit, dont une professionnalité émerge et s'envisage à travers le sens et les valeurs que des médecins peuvent donner à leur pratique. En comprenant mieux la construction des savoirs pratiques des médecins lorsqu'ils adoptent des gestes professionnels à des moments-clés de leur pratique (objectif général), nous serions plus à même d'être informé sur ce qui peut rendre la pratique de la médecine plus humaine, c'est-à-dire plus à même de prendre en compte les fragilités, les imperfections et le caractère inachevé de « l'humain ». Nous nous y consacrerons en nous inscrivant dans une approche exploratoire dont la finalité est de mieux comprendre les gestes professionnels des médecins et leur conscientisation dans le cadre d'une pratique de la médecine qui repose sur une posture réflexive elle-même étayée par la singularité et l'intégrité de leur expérience.

Dans ce chapitre, nous commencerons par établir des liens entre la pratique professionnelle et la posture réflexive puis nous décrirons le modèle de la pratique réflexive adopté par Balas-Chanel (2013) en science de la santé. Ensuite, nous aborderons le concept de geste professionnel, notamment sous la perspective de Jorro (1998), avant de l'inscrire dans le cadre spécifique d'une théorie de la prise de conscience de sa manière d'agir ou de réagir en situation (Piaget, 1974b). Le but de cet assemblage est de construire une base théorique pour permettre de mener une analyse du vécu des médecins – qui prenne en compte un point de vue à la première personne – du rapport entre le geste, sa conscientisation et le sens qu'il peut prendre en situation de pratique en médecine.

Pour ce faire, nous avons essayé de trouver des repères conceptuels à partir desquels nous pouvions envisager le potentiel de la pratique professionnelle afin de concevoir le geste professionnel non

pas seulement comme un sous-produit de l'action, mais également comme le révélateur du symbolisme et du sens (Jorro, 1994 ; Faingold, 2014). Nous voyons une occasion de relier le geste professionnel à une posture réflexive et de saisir ce lien sous l'angle des savoirs expérientiels (Delory-Momberger, 2020) susceptible de révéler des connaissances non encore formalisées (Morisse, 2020). Nous pouvons donc établir un rapport qui relie posture réflexive et geste professionnel au sein d'un cadre théorique spécifique – la prise de conscience de sa manière d'agir ou de réagir (Piaget, 1974b) – que nous adapterons plus tard au geste professionnel.

2.1 Pratique et posture réflexive

Nous constatons une pluralité terminologique associée à l'idée de pratique réflexive ou de réflexion avec des termes comme apprentissage réflexif, réflexion critique, réflexion en action, réflexion sur l'action, autoréflexion, réflexion visuelle (Caty, Kinsella et Doyle, 2015). Nous ne prétendons donc pas entreprendre une étude exhaustive sur la pratique réflexive, mais plutôt une exploration conceptuelle de l'écart entre pratique et posture réflexive. Car il nous semble intéressant de distinguer ces deux concepts parfois confondus et de les relier pour ne pas les séparer.

Les sections à venir ont donc pour objectifs de : premièrement déterminer en quoi une certaine idée de la pratique de la médecine appellerait une posture réflexive qui constituerait un ancrage pertinent dans l'analyse de la pratique des médecins ; deuxièmement, établir de quelle manière cet ancrage avec l'analyse de la pratique des médecins pourrait également leur servir à créer du sens à partir de leurs gestes professionnels.

2.1.1 De la réflexivité à la réflexion

Schön (1983) ne cherche pas tant à conceptualiser une pratique réflexive qu'à aiguiser un discours sur l'écart qui sépare les savoirs scientifiques et bien balisés des savoirs « tacites » (Polanyi, 1966) mobilisés par les praticiens de certaines professions dont les médecins. Or, sur ce point, nous estimons qu'il s'agit davantage d'une posture épistémologique défendue par Schön (1983) et qui mérite d'être explicitée et analysée dans une partie bien distincte.

Schön (1983) ne fait pas que distinguer deux types de réflexion émergeant de la pratique professionnelle. Car dans ce cas, il parlerait de réflexion-dans *ou* sur l'action. Mais ce n'est pas le cas, il conçoit toujours la réflexion dans *et* sur l'action (Schön, 1994, p. 97).

- Réfléchir *dans* l'action : « sur ce plan de la réflexion, je pense à ce que je fais. Penser en écrivant *et* écrire en pensant ? C'est comme apprendre en faisant *et* faire en apprenant : cela suggère que nous pouvons penser en faisant et en même temps penser à ce que nous faisons pendant que nous exécutons une tâche » (Schön, 1994) ;

- Réfléchir *sur* l'action : « sur ce plan de la réflexion, Schön (1994) rappelle que le mot « agir » est ambigu et il y distingue l'activité (professionnelle) d'une pratique caractérisée par la rencontre d'une variété de cas (on pense alors à la casuistique) qui permet au professionnel de se constituer une sorte de répertoire où il retrouve les attentes et les techniques afin de faire face à une situation donnée. D'après Schön (1994) réfléchir sur l'action, c'est devenir un chercheur dans un contexte de pratique » (p. 97).

Dans sa définition de la réflexion *dans* et *sur* l'action, Schön (1994) fait une sorte de synthèse et un dépassement dialogique des deux types de réflexion en vue d'aller vers ce qu'il entend par réflexion, c'est-à-dire l'expérimentation d'une action réfléchissante aux allures d'une recherche. La citation ci-dessous, détermine ce qui constitue les bases d'une définition de la réflexion, plus que d'une pratique, que nous voyons, à la suite de Jorro (1998) comme une praxis, une quête de sens, une recherche qui requiert nécessairement une posture :

> Sa recherche ne se limite pas à une délibération sur les moyens qui dépendent d'un accord préalable à des fins. Il ne maintient aucune séparation entre la fin et les moyens, mais définit plutôt ceux-ci, de façon interactive, à mesure qu'il structure une situation problématique. Il ne sépare pas la réflexion de l'action, il ne rationalise pas pour prendre une décision qu'il lui faudra plus tard convertir en action. Puisque son expérimentation est une forme d'action, sa mise en pratique est inhérente à sa recherche. Ainsi la réflexion dans l'action et sur l'action peut continuer de se faire même dans des situations d'incertitude ou de singularité, parce que cette réflexion n'obéit pas aux contraintes des dichotomies de la science appliquée (Schön, 1994, p. 97).

Ce passage du *praticien réflexif* est très important car Schön (1994) y pose les bases d'une épistémologie de la pratique qui ne fait pas que reposer sur des modèles et des recettes ou l'application de procédures (des moyens), mais il insiste clairement sur l'importance de ne pas séparer les moyens et les fins. Autrement dit, Schön (1998) insiste clairement sur l'importance des finalités. Les fins ne sont pas juste des buts, des objectifs, car un but est différent d'une fin – le choix des mots est importants et on ne peut faire l'économie d'un peu de précisions sans perdre en clarté – on peut atteindre un but alors qu'on ne peut atteindre une fin, on ne peut que tendre vers une fin. C'est un peu comme accepter l'idée qu'il y une différence entre le résultat et le chemin qui nous y mène. De plus, le but est précis, ciblé, circonscrit, alors que la fin est imprécise, vague, moins ciblée. La fin renvoie aussi aux bornes et aux limites des champs (Rey, 2000, p. 1432), qu'il

s'agisse des champs disciplinaires, conceptuels ou professionnels (plus ou moins balisés par des référentiels).

Cela illustre ce que Schön cherche à faire, c'est-à-dire opérer un changement de paradigme – que nous associerons à des finalités, car les paradigmes sont aussi des fins en soi – en distinguant la réflexion *dans* et *sur* l'action et, en même temps, en les reliant dans le vif de l'action. On retrouve également ce lien entre éducation et expérience, soulignant que le praticien : « […] ne rationalise pas pour prendre une décision qu'il lui faudra plus tard convertir en action puisque son expérimentation est une forme d'action. ». Schön (1994) rejoint bien Kolb (1984) qui souligne que le processus d'apprentissage comporte deux dimensions principales : une première dimension représente l'expérience concrète, le vécu d'un évènement et la conceptualisation abstraite. Une seconde dimension représente l'expérimentation active et c'est l'observation réfléchissante qui permet le passage de l'une à l'autre, dans un mouvement cyclique, une boucle qui sera représenté visuellement au chapitre trois sur les orientations méthodologiques. Ainsi le processus d'apprentissage peut être vu comme un passage ou l'acteur observe, met en mot puis analyse avant de repartir dans une nouvelle boucle (Kolb, 2015, p. 42).

L'aspect de non-rationalisation nous semble essentiel, car il appelle d'autres qualités, d'autres attitudes, aptitudes, et habiletés nécessaires à une action et un geste professionnel et que nous associons plutôt à une posture réflexive, c'est-à-dire une véritable prise de position (aussi bien physiquement que mentalement, spirituellement et intellectuellement) à l'égard de la réflexion.

2.2 Vers une posture réflexive

En médecine, le mot posture – souvent associé à son dérivé : postural – renvoie plutôt à l'aspect physique. Or, selon le dictionnaire historique de la langue française, le mot posture peut aussi signifier « position, disposition » (Rey, 2000). Le mot est lui-même dérivé du latin *positum* signifiant « placer, poser » (*Ibid.*). Le concept de posture a donc, à la fois une valeur physique au sens de position, attitude particulière du corps, mais peut aussi prendre un sens plus abstrait au sens de situation éthique, posture morale (Jorro, 1998). Nous mettons également l'accent sur le dérivé « postural », qui est un « terme didactique depuis 1945, et qui est particulièrement utilisé en physiologie et en médecine » (Rey, 2000, p. 2871). De plus, nous verrons plus tard dans nos travaux que le recueil de données qualitatives peut amener le chercheur à rechercher cet « accord postural »

dont parle Vermersch (2017) et qui permet, entre autres, d'instaurer un climat facilitateur, basé sur la confiance et la sécurité, entre le chercheur et le participant de la recherche.

Sur le plan éthique et moral, la posture renvoie à « l'intentionnalité du sujet ouverte aux valeurs, aux récits, aux imaginaires, à l'éthique professionnelle » (Jorro, 1998, p.6). Autrement dit, la posture révèle une partie observable qui est comme une incarnation de nos choix axiologiques – ce mot signifie que nos choix se rapportent à du sens et des valeurs – rappelant que l'éthique n'existe que dans l'action (Bouquet, 2006). À partir de ces considérations sur le sens et les valeurs, nous voyons comment le concept de posture permet de s'interroger sur la pratique professionnelle (Faingold, 2006) du médecin, ainsi que la place, le rôle et les valeurs qu'il se construit plus ou moins consciemment et qui participent à l'émergence d'une identité professionnelle (Jorro, 2014, p.241). Ceci nous permet également de faire un parallèle à partir du lien entre posture et pratique sur l'écart entre l'action et le geste, la pratique étant davantage enracinée dans l'action, alors que la posture renvoie plutôt au geste.

D'un autre côté, certains auteurs (Ofri, 2017 ; Wartman, 2019; Bleakley 2019) soulèvent que les médecins qui éprouvent un doute, une incertitude face aux aspects étranges et contradictoires de la pratique, tendent à adopter une posture davantage réflexive en lien avec leur pratique. Cette posture associée à une vision humaniste de la médecine aurait même une influence sur la prise de conscience de soi, des autres et du monde (Bitbol, 2006 ; Gérardin et Andrieu, 2011 ; Bokova, 2014). Ces médecins se tournent alors vers cette posture en vue d'adopter un positionnement plus singulier et ouvert aux savoirs d'expérience, y compris ceux du patient (Flora, Berkesse, Payot, Dumez, et Karazivan, 2016). C'est-à-dire qu'ils adoptent une posture qui prend en compte le rapport inégal d'une relation altérée par la situation du patient (Honoré, 2009 ; Pujol, 2011 ; Colwill, Frey, Baird, Kirk et Rosser, 2016). En bref, ils mettent le patient au premier plan, allant jusqu'à défier les procédures établies. Ainsi que nous l'avons démontré, ils ont comme caractéristique de ne plus se référer uniquement à la rationalité technique, mais de se référer aussi à une idée de l'humain comme un Être en adaptation. Selon Honoré (2009), le médecin aurait lui-même à s'adapter et à considérer qu'accepter d'apprendre de ses patients serait un garde-fou de sa pratique, la définissant comme une pratique pour apprendre à partir des expériences vécues.

Il existe plusieurs raisons qui plaident en faveur de l'importance pour un médecin d'analyser son geste professionnel. D'abord pour en prendre conscience. À ce propos, Kuper et al. (2017) soulignent la nécessité de faire en sorte que les programmes de médecine favorisent explicitement la prise de conscience et le respect des différences culturelles, ainsi que la connaissance de l'impact de la culture sur la santé, sur la capacité d'une personne à accéder aux soins de santé, ainsi que sur les croyances d'un individu sur la santé. Ensuite pour être en mesure de conscientiser ses croyances, car, selon Kuper et al. (2017), une conscience réflexive des postulats sur d'autres cultures – des préjugés explicites et implicites – a été jugée essentielle à cet égard. De plus, Ng (2012) mentionne qu'en réfléchissant de manière critique, les personnes peuvent prendre conscience de leurs hypothèses et de la façon dont elles sont influencées par les présupposés de la société. Cette prise de conscience peut alors mener au développement de structures sociales alternatives.

2.2.1 Posture réflexive et apprentissage

Nous ne prétendrons pas que la définition de la posture réflexive proposée dans cette section soit la seule valable, au contraire nous soulignons le caractère polysémique, ambivalent et la difficulté de s'accorder sur une définition qui soit partagée (Beauchamp, 2006). C'est pourquoi nous avons plutôt opté pour une définition de la posture réflexive qui donne au lecteur une idée de la manière dont elle pourrait être conçue dans notre étude.

Sur ce point, nous reconnaissons un des deux caractères de la pratique réflexive que lui accorde Collin (2010), celui d'être ancré dans l'action, nous ne retenons pas le second caractère – le caractère générique – car contrairement à Collin (2010), nous privilégions une approche de la posture réflexive qui renvoie davantage à un caractère introspectif, dont nous allons expliciter les contours au prochain paragraphe.

D'après Collin (2010), qui travaillait dans le contexte de la pratique enseignante, le caractère ancré de la pratique fait écho à la proximité établie par Schön (1983) entre réflexion et action. Nous rejoignons Collin (2010) dans l'idée de la réflexion comme relié au contexte singulier et particulier avant d'être réinvesti dans des actions et des gestes professionnels à venir. Nous rejoignons également Collin (2010) sur le fait que la pratique réflexive soit centrée sur la réalité vécue et que le caractère ancré réfère au fait que la réflexion peut être concrète ou abstraite, mais en aucun cas

désincarnée et indépendante de son contexte de production. Toutefois, nous nous éloignons de la perspective générée retenue par Collin (2010) en vue de rejoindre un caractère individuel introspectif de la pratique réflexive avancé par Vermersch (2017). Collin (2010) quant à lui souligne que le caractère générique de la pratique réflexive renvoie à une approche davantage sociologique qu'éducative (Collin, 2010, p. 38), nous lui préférons un caractère individuel qui renvoie à une approche psycho-phénoménologique et éducative (Vermersch, 2012) plutôt que sociologique.

2.2.2 La posture réflexive comme rapport à l'apprentissage

De plus, sur le plan éducatif, en pédagogie médicale, Bernard et Reyes (2001) soulignent bien que l'on peut considérer qu'une connaissance correspond davantage à une aptitude, dont l'individu a conscience et qu'il puisse exprimer ; nous référons alors à une connaissance de nature explicite. Mais il est important pour le praticien *de prendre conscience* de l'existence de connaissances implicites, et s'intéresser à la nature des savoirs qui leur correspondent et de l'intérêt potentiel de les rendre explicites dans la pratique professionnelle. Par exemple, les règles de comportement et d'attitude lorsqu'un médecin est face à un patient, la façon dont il s'exprime, la manière particulière dont il adapte son discours, sa façon de « nouer » une relation authentique, congruente et empathique avec la personne malade, comment il l'approche, les gestes qu'il adopte, sont bien souvent acquis implicitement, par observation et par tâtonnement lors des stages en milieu de pratique (Bernard et Reyes, 2001).

Dans cette perspective et pour toutes les raisons évoquées, nous concevons la posture réflexive comme une praxis au sens de Jorro (1998), c'est-à-dire l'activité codifiée, la production de sens qui mobilise l'auteur même de l'action. À partir de cette idée de la réflexion, nous pouvons faire un premier lien entre les caractères : (1) ancré dans l'action et ; (2) individuel introspectif suggérant une certaine posture et la citation « l'action est une connaissance autonome » avec laquelle Piaget (1974b) aborde la différence entre réussir et comprendre. Cette citation est reprise par Vermersch (2017) qui ajoute que la possibilité d'autonomie est impliquée par le fait que l'action est d'abord « une connaissance en acte » et nous ajouterons « en geste ». Ce qui nous amène à envisager la réflexivité sous l'angle d'une « posture », dans le sens d'une disposition de l'esprit et du corps, terme que nous prenons soin de distinguer du terme polysémique de « pratique ». Et nous ajoutons

que la différence entre la réflexion comme processus et la réflexivité comme état se trouve dans la terminaison des mots qui permet de la distinguer sur le plan de la langue, du langage. De plus, sur le plan scientifique, la définition que donne Nguyen, Fernandez, Karsenti, Charlin (2014) associe clairement la réflexion à un processus, tandis que dans celle que donnent Jorro (2014), la réflexion est reliée à partir d'un retour sur soi qui renvoie davantage à cette idée de disposition de l'esprit et du corps. Or, nous voyons à la suite de Jorro (2014) que cette mise en relation de soi avec soi-même appelle nécessairement un « état » dans ce même sens de « manière d'être, d'action de se tenir, de position » que lui donne également le dictionnaire historique de langue française (Rey, 2000, p. 1321). Nous voyons alors ces deux notions reliées puisque la réflexivité se définit à partir de la réflexion, mais elles ne peuvent être envisagées en dehors de cette disposition de l'esprit et du corps que nous nommons « posture ».

Ensuite, nous faisons un lien supplémentaire avec le caractère introspectif de la posture réflexive. D'après Vermersch (2017) « un observateur peut inférer à partir d'une action effectuée, qu'elle contient bien cette connaissance, *mais il n'y a pas de nécessité intrinsèque à ce qu'elle soit conscientisée* et sa conscientisation n'est pas le produit d'un automatisme mais d'un véritable travail cognitif » (*Ibid.,* p.62). Nous voyons là un lien évident avec la position défendue par Bernard et Reyes (2001) et un renforcement de ce lien avec le caractère individuel introspectif de la posture réflexive, et ce, même si notre besoin de rationaliser et de formaliser rend difficile la prise en considération qu'il puisse y avoir une séparation normale entre réussir et comprendre. Vermersch (2017) ajoute que cette dichotomie entre réussir et comprendre se joue « à tous les niveaux et d'une manière incontournable à chaque moment. C'est ce qui fait l'extraordinaire valeur de l'expérience professionnelle » (*Ibid.,* p.63).

Cette définition de la posture réflexive par son caractère ancré et individuel nous semble intéressante pour plusieurs raisons : (1) parce qu'elle est individuelle introspective elle permettrait d'apprendre à partir de l'expérience. Elle permet alors de percevoir le geste sous l'angle d'un vécu singulier, subjectif et chargé d'intentionnalité, générant des savoirs non formalisés (et non verbalisés) de la part du médecin ; (2) il nous semble qu'elle permet de situer plus adéquatement la « véritable » place qu'occupe l'apprentissage expérientiel dans la formation continue des médecins et dont les programmes de formation s'inspirent pour dynamiser et compléter la

formation initiale ; (3) finalement, la définition invite à repenser la praxis et le besoin pour les apprenants de donner du sens à leur apprentissage en prenant en compte l'expérience de vie au sens large, plutôt que l'expérimentation des laboratoires.

2.3 Le geste professionnel

D'après Cizeron (2010), la littérature scientifique dans le domaine des sciences de l'éducation montre que la notion de geste professionnel semble dispersée par rapport à ses références théoriques et conceptuelles. Il semblerait donc risqué de prétendre faire un inventaire exhaustif de toutes les définitions. C'est pourquoi nous proposons plutôt de poser quelques jalons, quelques repères conceptuels saillants qui vont nous permettre de présenter vers quelle définition cette étude nous fait tendre et de proposer une définition issue de la mise en dialogue de travaux scientifiques produits aux cours des dernières années et qui continuent de marquer la pensée dans divers champs de recherche.

Selon le dictionnaire historique de la langue française, le mot geste vient du latin *gestum* « attitude », mouvement du corps ». Puis sur un autre plan, le geste renvoie à *gerere* au sens « d'accomplir, faire » (Rey, 2000, p.1585). Le geste, désigne la façon de se comporter et désigne ensuite les mouvements du corps, volontaires ou involontaires. Chez Mauss (1934), repris par Eyland (2017), le geste est vu comme une technique du corps et il est culturellement imprégné car relevant d'un apprentissage. Simonet (2016) ajoute que le geste doit être pensé selon l'environnement dans lequel il se situe, et pour Citton (2012) « les gestes opèrent à la fois comme des sous-actes, comme des substrats d'actes, comme des démultiplicateurs d'actes et comme des substituts d'actes » (2012a, p. 159).

Crocé-Spinelli (2014) définit le geste professionnel selon la même base étymologique que le dictionnaire historique de la langue française, c'est-à-dire, une action ou un mouvement du corps pour faire signifier quelque chose. Le geste « montre que l'activité des acteurs est étudiée à travers l'analyse des actions signifiantes » (Croce-Spinelli, 2014, p. 145). Ce faisant, elle relie indéfectiblement le geste et l'action, les présentant comme indissociables. Chez Crocé-Spinelli (2014), comme chez Jorro (1998), il est impossible de penser, de présenter, de définir le geste professionnel en dehors de l'action à laquelle il est associé. Car c'est de l'action elle-même que le geste surgit. Nous dirons pour résumer que le geste est en puissance dans l'action à la fois comme résultat et comme symbole.

D'un autre côté, Vermersch (2017) souligne que « le développement considérable de l'étude des gestes et de la dimension non verbale a peu à peu pris en compte la manière dont les gestes font signes, au-delà des stéréotypes culturels et symboliques » (p117). Vermersch (2017) précise que quand le sujet met en mots son action, on voit apparaître des gestes qui expriment ce qu'il fait avant ou même à la place de sa verbalisation explicite. Pour Vermersch (2017), « ces gestes, dont le sujet lui-même n'a pas conscience, sont une belle démonstration du caractère préréfléchi du vécu de l'action, précisément parce qu'ils expriment à l'insu du sujet ce qu'il fait » (Vermersch, 2017, p. 178). Autrement dit, le geste comporte bien une dimension symbolique et abstraite, à la fois distincte et reliée au phénomène physique du mouvement dans l'espace et le temps. Nous verrons plus tard, que le point de vue de Vermersch (2017) a une grande incidence sur la prise de conscience que les médecins peuvent réaliser dans le cadre de leur pratique en adoptant une posture réflexive.

2.3.1 Définition du geste professionnel dans notre étude

Dans le cadre de cette recherche, nous avons préféré opter pour une approche qui permette d'envisager que l'on ne devient pas médecin à travers un parcours linéaire, mais plutôt à travers un cheminement dans des zones conflictuelles et dans une tension entre l'individualité et les référentiels en jeu (Jorro, 1998). Cette approche nous a semblé cohérente avec la perspective d'entreprendre une étude sur la conscientisation des gestes professionnels des médecins.

C'est également pourquoi nous opterons pour le terme de « geste » dans le sens de Jorro (1998) également repris par Crocé-Spinelli (2014) et par Eyland (2017) en science de la santé. Cette définition repose sur une double dimension que Jorro (1998) donne au geste, « entre faire et signifier » (p. 165) et qui consiste à relier l'aspect opératoire du geste plus proche du faire et de l'action et l'aspect symbolique du geste plus proche du sens et de la dimension interprétative (Jorro, 1998). Cette dernière dimension permet donc d'évoquer les gestes professionnels selon une approche phénoménologique herméneutique – approche qui n'est pas nouvelle puisque Faingold (1993), Jorro (1998), De Champlain (2008), Crocé-Spinelli (2014), Appriou-Ledsma (2018) dans le domaine de l'éducation et Petitmengin (2005), Eyland (2017) dans le domaine des sciences de la santé, ont adopté cette approche compréhensive du geste professionnel dans une logique herméneutique. Cette approche qui suggère qu'on ne devient pas médecin à travers un parcours linéaire, mais plutôt à travers une zone conflictuelle et dans une tension entre son individualité et

les référentiels en jeu (Jorro, 1998) nous a semblé cohérente avec la perspective que nous entreprendrons dans cette étude sur la conscientisation des gestes professionnels des médecins.

À partir de ces assises conceptuelles, nous pouvons nous figurer le geste, comme le suggère Jorro (1998), non pas simplement comme un mouvement opératoire (lié à de l'action), mais également comme un message dont la visée si elle est individuelle possèderait peut-être aussi un potentiel d'universalité puisque « le geste est saisi dans sa dimension interprétative. Au lieu d'apparaître comme un acte réflexe, machinal, il se charge de sens, plonge le spectateur dans les profondeurs de son opacité » (Jorro, 1998, p. 8). Il y a opacité car le sens ne nous est pas donné et pour Vermersch (2017) comme pour Faingold (2014), il nous faut faire un travail qui demande de la réflexion en vue de le produire, le créer, le faire émerger et de le conscientiser.

2.3.2 La praxis comme modèle de l'action

Nous soutenons, à la suite de Jorro (1998) appuyée par Sensevy (2005) puis Crocé-Spinelli (2014) que le geste professionnel se déploie dans l'action. De plus, il est important de souligner que d'après Jorro (1998) ce déploiement peut être perçu différemment selon qu'il est posé comme aboutissement ou comme processus. Autrement dit, que cherche-t-on dans le déploiement du geste? Si l'on oriente notre attention sur l'action, alors le geste professionnel vise l'expertise, la réalisation aboutie. Mais, dans le cas de l'aboutissement, observer le résultat d'une action ne suffit pas à en comprendre le déroulement (le processus). D'après Croce-Spinelli (2014), si l'on voit l'action comme un résultat alors cela rend inapproprié le concept de geste considéré comme un mouvement qui prend en compte la subjectivité et l'intentionnalité. Sur cet aspect nous rejoignons la position défendue par Faingold (1993) et Vermersch (2017) qui considèrent comme Crocé-Spinelli (2014) qu'il nous faut prendre en considération les intentions – conscientes ou inconscientes – du « sujet » en lui restituant un peu de son histoire et du sens qu'il lui est possible de donner à son vécu (Ricœur, 1990). Si celui qui pose le geste se préoccupe du processus, alors on peut dire que le mouvement prolonge aussi une intention, une manière d'être en relation avec le monde. Le « sujet » est alors mu par un désir d'agir et ce désir, d'après Jorro (1998) s'inscrit dans une praxis. Selon le dictionnaire historique de la langue française, le mot praxis, est emprunté au grec *praxis* « action », dérivé de *prassein* « agir » (Rey, 2000). La philosophie et la psychologie emploient le mot au sens plus général « d'activité physiologique et psychique ordonnée à un résultat » (Rey, 2000, p. 2897).

Jorro (1998) ajoute qu'en sciences humaines, le mot praxis sert à désigner les activités codifiées, la production – Barbier (1997) dirait la quête de sens – qui mobilise l'auteur même de l'action.

Pour Jorro (1998) cette praxis se déploie sous la puissance d'un questionnement : ma façon d'être en relation avec le patient suscite-telle la fermeture ou l'échange ? Suis-je prêt ou prête au dialogue, à la confrontation, à assumer les contradictions ? Mes gestes sont-ils porteurs des valeurs qui m'animent comme médecin ? Comment mes gestes me portent-ils à travers mon développement professionnel et personnel ? Voilà le type de questionnement qui émergerait d'un médecin qui ne se soucierait plus uniquement de la rationalité technique, mais qui s'ouvrirait sur d'autres registres susceptibles de le motiver comme les valeurs ou l'imaginaire. Le geste, tel que défini par Jorro (1998), peut alors être conçu à la suite de Faingold (2014) par rapport à un moment unifié, c'est-à-dire qu'il se produit dans un temps unique, dans un lieu précis, et qu'il s'agit d'un seul geste et non, *toutes les fois que j'adopte ce geste*. Le geste peut alors émerger d'une réflexion *dans* et *sur* l'action au sens que Schön (1983) donne à la réflexion. Il permet au médecin/praticien de développer une épistémologie et une éthique de l'action – souligne Jorro (1998) – en réfléchissant à ses savoirs d'action et à la manière dont il les mobilise dans le contexte professionnel.

Cette réflexion sur les savoirs d'action nécessite une posture particulière qui est loin d'être spontanée, mais qui est nécessaire pour qui souhaite étudier la pratique de certains médecins de l'intérieur, c'est-à-dire en prenant en compte le point de vue à la première personne du médecin, avec ses propres mots associés à l'intégrité de son propre vécu. Lorsque nous demandons à une amie de nous décrire sa journée, elle nous raconte ce qui s'est passé dans sa journée, les problèmes rencontrés avec un collègue, l'état d'avancement du projet sur lequel elle travaille, etc. Balas-Chanel (2013) ajoute que l'on oriente plus souvent le récit en partant du contexte où se déroule l'activité plutôt qu'on tourne son attention vers soi-même et son activité mentale et physique – ce que notre amie faisait elle-même pendant ce temps (son vécu pour faire face au problème ou pour faire avancer le projet) reste souvent implicite, non-dit. Pour Vermersch (1994), cette posture nécessite de « parler en *je* », à la première personne car chaque personne est seule à connaître son expérience singulière d'un point de vue subjectif (et non en « tu », en « ils », ni même en « on ») (p. 191). Pour résumer, nous dirons, à la suite de Vermersch (1994), repris par Balas-chanel (2013) que cette posture réflexive est une attitude, une position et une disposition envers soi-même. Il s'agit alors de tourner son attention vers soi, dans la curiosité et la bienveillance de son intimité,

de s'autoriser ce chemin vers soi et d'apprendre à partir d'expériences vécues. Or, cette posture comme nous l'avons également démontré tout au long de ce chapitre, est également essentiel vis-à-vis de l'ensemble des parties prenantes du soin. Elle donne toute sa place au patient comme à tous ceux que le soin concerne (par exemple, les aidants naturels, les amis ou simplement les personnes impliquées).

2.4 Le schème comme concept opérationnel pour penser l'inscription du geste dans l'action

Piaget (1949) a rendu la notion de schème opérationnel, à partir notamment de l'observation de l'activité des bébés et des gestes qu'ils adoptent dans la coordination des mouvements des mains et des bras. Chez Piaget (1949) le schème est mobilisé pour comprendre ce qui dans une action est transposable dans des situations similaires ou analogues. Il distingue différentes catégories de schèmes, des schèmes primaires et des schèmes secondaires, les seconds se développant sur les bases des premiers. Il y a donc une évolution qui traduit la mobilité des schèmes.

Vergnaud (1996) reprend la notion de schème de Piaget mais en ajoutant que le schème ne peut pas s'appréhender à partir d'un concept global et unique. C'est pourquoi il donne trois définitions du schème à la fois distinctes et complémentaires. De plus, l'étude de ces trois définitions révèle qu'il n'y a pas d'incohérence d'une définition à l'autre, mais plutôt que les trois définitions entretiennent des rapports allant de l'une à l'autre et permettant d'appréhender le schème à la fois de façon globale et particulière.

Premièrement, un schème est une totalité dynamique fonctionnelle (2001, p. 4). D'ailleurs, Vergnaud (2001) rappelle que chez Piaget (1949), c'est l'analyse de l'activité gestuelle qui constitue le prototype du schème. Vergnaud (2001) reprend donc Piaget (1949) et dépasse le cadre de l'étude du bébé pour appréhender la pensée mathématique comme un geste. Par exemple, lorsqu'un élève pointe du doigt des objets afin d'effectuer le dénombrement. On peut aussi penser au joueur d'échec qui visualise les 64 cases de la grille ainsi que les différentes options de mouvement des pièces.

Deuxièmement, un schème est une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations (2001, p. 4). Chez Vergnaud (2001), le schème comporte à la fois une dimension universelle puisqu'il s'adresse à une classe de situations. De plus, Vergnaud distingue deux classes

de situations (Vergnaud, 1990, p. 136). Les premières sont les classes de situations pour lesquelles le médecin dispose dans son répertoire (à un moment donné et selon des circonstances précises), des compétences nécessaires à l'appréhension de la situation. Les secondes, sont les classes de situations pour lesquelles le médecin ne dispose pas de toutes les compétences nécessaires obligeant le professionnel à un temps de réflexion, d'exploration, d'hésitation, à faire des tentatives qui le conduisent aussi bien à une réussite qu'à un éventuel échec. Nous faisons ici, une association avec la façon dont Schön (1994) aborde les cas généraux et les cas particuliers de la pratique professionnelle. Tout comme Schön (1994), Vergnaud (2001), associe les situations de la première catégorie à des conduites très automatisées, presque cybernétique et organisées à partir d'un seul schème, tandis que Schön (1994) parle de routine de l'expert pouvant même aller jusqu'à le rendre « étroit d'esprit » (Schön, 1994, p. 89). Les situations de la seconde catégorie, quant à elles se distinguent par l'activation de plusieurs schèmes qui doivent selon Vergnaud, être accommodés et bricolés pour être en mesure de parvenir à la solution recherchée.

Troisièmement, un schème est nécessairement composé de quatre catégories de composantes. (1), un but, ou des buts, des sous-buts et des anticipations ; (2) des règles d'action, de prise d'information et de prise de décision ; (3) des invariants opératoires – qui occupent une place essentielle chez Vergnaud (1994, p. 8) – renvoient à travers l'histoire de chaque individu, à celle des situations qu'il a rencontrées, à son expérience. Nous voyons une analogie possible entre cette dimension historique et l'anamnèse comme récit des antécédents du patient et comme recherche sur soi de la part de médecin narrateur ; (4) des possibilités d'inférences, nécessaires à la mise en œuvre du schème.

Nous voyons que chez Vergnaud (1990), le schème peut être vu comme une totalité dynamique organisatrice de l'action du médecin pour une classe de situation spécifiée. Cependant, nous estimons que le modèle de Vergnaud gagnerait en pertinence en associant plusieurs éléments.

2.4.1 Arrimage du schème d'action au niveau expérientiel de l'apprentissage

Tout d'abord, Vergnaud établi que le schème est nécessairement composé de buts, sous-buts et anticipation. Or, il semble pertinent de compléter à partir de l'idée que le schème est également composé d'intentions, de savoirs théoriques, de contexte et de jugement qui peuvent représenter autant d'informations sur ce qui concerne l'action, mais qui n'informent pas directement de l'action

elle-même. On peut penser que le sujet pour parler de son action à besoin de prendre différents chemins qui gravitent en quelque sorte autour de l'action. Afin de présenter ces diverses logiques en jeu dans la description de l'action commençons par reprendre les informations satellites de l'action qui permettent de compléter la première des quatre catégories de Vergnaud que nous proposons dans la figure 1. Cette figure se découpe en cinq formes qui représentent les informations satellite de l'action (Vermersch, 2018). L'action, au centre, est traversée par deux axes. Un axe vertical sur lequel se trouve le contexte et les commentaires (les jugements). Un axe horizontal sur lequel se trouve les savoirs théoriques (procédures, lois, protocoles, principes, etc.) et les buts (intentions).

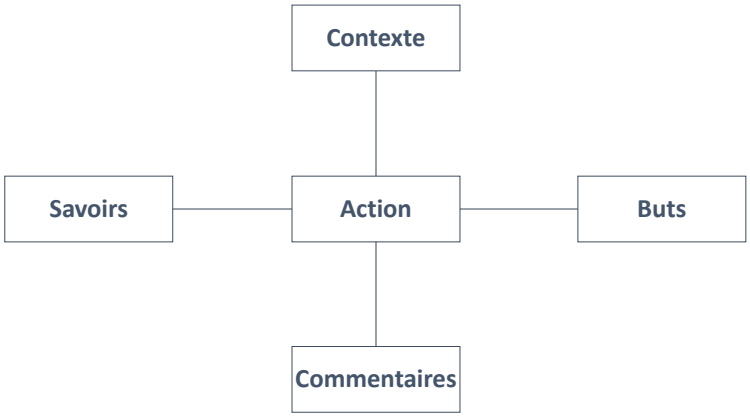

Figure 1. – Les stratégies fondées sur les informations satellites de l'action de Vermersch (2018)

La figure 1 met en jeu deux logiques. Selon la logique verticale, le contexte fait référence aux circonstances et à l'environnement dans lequel l'action s'accomplit, tandis que les commentaires évoquent plutôt l'évaluation subjective, les jugements et les opinions de la personne candidate. Selon la logique horizontale, le savoir renvoie à la dimension déclarative, puisqu'il s'agit de savoirs théoriques et formalisés (par exemple, des consignes, des règles, lois et règlements, etc.), alors que le but mène à la dimension intentionnelle, aux finalités et aux motifs de l'action. L'action au centre de la grille renvoie à la dimension procédurale (le *faire*). Il s'agit des savoirs pratiques qui se construisent et qui s'adaptent autour du déroulement des actions élémentaires, mais aussi des

actions mentales, matérielles et matérialisées (Vermersch, 2017, p.37). Cette conception permettrait de décrire les schèmes d'action aussi finement que possible, de faire émerger le savoir expérientiel auquel le médecin recourt dans sa pratique professionnelle et de lui faire exprimer – par des mots et des mouvements – le sens et les valeurs qu'il peut donner à son geste professionnel.

2.4.2 Opérationnalisation du schème d'action à partir du modèle T.O.T.E

Au niveau de la seconde catégorie de composantes du schème, nous pensons que le modèle de Vergnaud (1994) pourrait être bonifié sur un plan plus pratique. En effet, le schème pourrait être couplé avec le modèle T.O.T.E de Miller, Galanter et Pribram (1966) repris également par Vermersch (2017) et Faingold (2014). T.O.T.E est un acronyme pour Triger (déclencheur). Operate (opérer, faire). Test (critère de sortie). Exit (sortir).

Il s'agit d'une modélisation du cycle élémentaire de déroulement (dans le temps et l'espace) d'une action à un niveau de granularité plus petit que l'action totale, comme si une action se composait d'un ensemble de sous-actions. Ce modèle, que nous proposons dans la Figure 2, est également utilisé par certains psychologues, tels que Dilts (2008), pour analyser les rapports moyen/but. Cette figure comprend quatre composantes : (1) le fil chronologique de l'action, rappelant qu'une action a toujours lieux quelque part, à un moment unique. (2) L'action ne se déroule pas de façon linéaire, mais elle avance et se déroule selon une boucle. Cette boucle est régulée par (4) des prises d'information et par (5) des prises de décision.

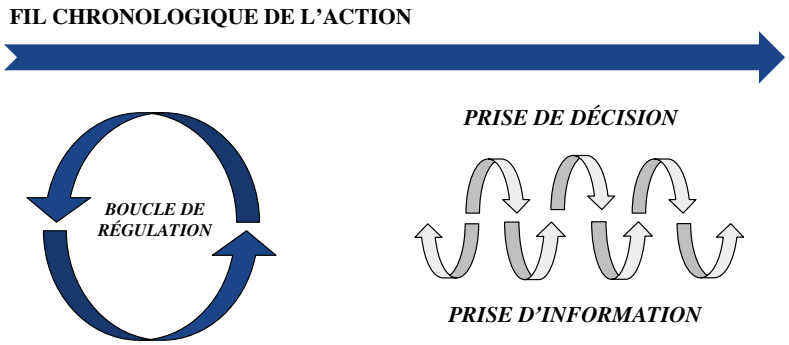

Figure 2. – Le modèle T.O.T.E inspiré de Miller, Galander et Pribram (1966)

D'après Dilts (2003), on peut voir l'action comme une boucle qui tourne autour du fait d'avoir un but établi (un déclencheur) et une variété de moyens pour l'atteindre. Selon le modèle T.O.T.E, nous nous fixons des buts (plus ou moins consciemment) tout au long du fil de nos pensées et nous développons un « Test » afin de vérifier quand le but est atteint. Tant que le but n'est pas atteint, nous opérons (Operate) des changements, c'est-à-dire que nous prenons des informations et prenons des décisions par rapport à la situation ou des éléments de la situation pour faire que notre action se rapproche du but visé. Lorsque nos critères de « Test » sont suffisamment satisfaisant, nous sortons (Exit) pour entamer la prochaine boucle de régulation d'une action. Sur le plan de la perception subjective d'une action, ce modèle peut permettre à une personne qui en interroge une autre d'être informé sur sa façon d'opérer dans l'action à partir de la façon particulière dont elle s'y prend pour prendre les informations et pour prendre les décisions, ce qui constitue une sorte de mouvement comme une boucle de régulation de l'action.

La figure 2 ouvre une piste intéressante en vue de l'analyse d'un schème d'action. Par exemple, en revenant sur un moment d'observation, lorsqu'un médecin en train d'observer un stagiaire nous dit : « le stagiaire est inquiet » (le déclencheur). Plutôt que d'en rester là et de passer à la suite, le modèle T.O.T.E permet de fragmenter l'action à partir du déclencheur. La question : « à quoi tu

sais qu'il est inquiet ? », donne un accès direct à la prise d'information dans l'action : « je vois qu'il est pâle... », et la question : « et qu'est-ce que tu fais à ce moment-là ? » permet d'être informé sur la prise de décision dans l'action : « je le rassure ». Puis la question « et quand tu le rassures, comment tu fais ? » permet d'être informé sur les stratégies employées par le médecin pour réguler son action (incluant des savoirs d'expérience) en vue d'arriver à un but : « je lui souris… ». Cette brève séquence permet de bien se représenter comment la description effective d'une action peut permettre la mise à jour du schème qui donne forme à un vécu. Cela permet aussi de mieux saisir l'importance de se placer dans une posture réflexive, car seule ce type de posture peut permettre à une personne d'entrer en relation avec elle-même. Nous reviendrons plus en détail sur cet aspect dans le chapitre sur la méthodologie.

Ainsi, la posture réflexive telle que nous la définissons, donne accès, par la conscientisation, à l'univers opaque des savoirs non formalisés, présents dans les gestes des médecins et incite à reconsidérer la place du vécu des praticiens, offrant ainsi une contribution à la réflexion sur le sens que des médecins peuvent donner à leur geste et les modalités pour en recueillir les traces (Faingold, 2011). Cependant, comme le mentionne Ng et al. (2015), toute exploration de la réflexion et sa mise en œuvre ultérieure nécessiteront une conscience critique de la façon dont les positions épistémologiques dominantes de la médecine influent sur, voire contreviennent, les applications de théories et de pratiques issues d'autres positions épistémologiques. C'est donc ce que nous allons voir au chapitre suivant qui présente notamment les fruits de notre réflexion sur la posture épistémologique que nous adopterons dans cette étude

2.5 Objectifs spécifiques de notre recherche

Avant de suspendre ce chapitre, nous proposons de rappeler notre objectif général ; mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de leur pratique professionnelle, c'est-à-dire à certains moments clés de leur expérience (objectif général). L'objectif général est soutenu par trois objectifs spécifiques :

(1) identifier les moments clés où les médecins se posent des questions sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1) ;

(2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales, des médecins face à l'incertitude de la pratique (objectif spécifique 2) ;

(3) décrire le sens donné par les médecins à leurs gestes professionnels dans ces moments clés (objectif spécifique 3).

Les résultats obtenus pour chacun de ces trois objectifs spécifiques nous informerons plus en détail et de façon aussi fine que possible sur l'objectif général.

CHAPITRE 3 – ORIENTATION MÉTHODOLOGIQUES ET ÉPISTÉMOLOGIQUES

Ce chapitre consiste à proposer une démarche qui permette de répondre aux objectifs spécifiques par des méthodes scientifiques adéquates, accordées et congruentes. À ce propos, précisons que l'approche exploratoire à laquelle nous adhérons est qualitative, faisant intervenir à la fois des données verbales et corporelles. Les avantages des recherches qualitatives ne sont plus à démontrer et tiennent principalement à l'étude du phénomène humain et à sa subjectivité (Giorgi, 1997 ; Pujol, 2011 ; Paillé et Mucchielli, 2016). Cette étude se caractérise par une certaine complexité qui suggère une complémentarité entre des procédures – c'est-à-dire liées à des mécanismes– et des processus – c'est-à-dire liées à du vivant et du vécu (Varela, 1989 ; Ardoino, 1993 ; Morin, 2005). Or, il convient de bien les distinguer pour ne pas les confondre, mais il faudra aussi veiller à les relier pour ne pas les séparer afin d'atteindre un niveau de données plus en profondeur et qui enrichit – à la façon de Dewey (1933) ou Lewin (1972) – les résultats de recherches s'y prêtant.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord la présentation de la psychophénoménologie et présenterons la pertinence d'un tel choix dans la compréhension de la conscientisation du geste professionnel en médecine. Il s'agit de soutenir une posture épistémologique qui met en question une définition de l'expérience en rapport à l'apprentissage (Rogers, 1968 ; Schön 1983 ; Kolb, 1984 ; Mezirow, 1991 ; Barbier, 1997 ; Colin et Legrand, 2008). Ensuite nous présenterons la clinique narrative selon Niewiadomski (2012) et comment ce dispositif s'est avéré efficace pour nous placer auprès des médecins à un moment particulier de notre histoire, la crise du Covid-19 en l'occurrence. Nous évoquerons les participants et les méthodes qui nous ont permis d'approcher ces médecins qui composent avec les procédures en des temps difficiles avant de mettre l'accent sur la production des données et les spécificités des types d'entretiens permettant de recueillir de l'information sur les actions et les gestes. Nous verrons le type d'organisation et d'analyse des données que la clinique narrative permettra de révéler avant d'évoquer les précautions prises pour respecter les règles d'éthique et de déontologie propre à ces recherches qui mettent l'humain au premier plan et permettent, comme le suggère Faingold (2013), d'accompagner l'émotion à travers un travail sur soi en dehors d'un cadre thérapeutique.

3.1 Présentation de la psychophénoménologie

D'après certains chercheurs (Varela, 1996 ; Petitmengin, 2005 ; Bourrel, 2008), l'analyse phénoménologique intéresserait de plus en plus la recherche en médecine et ne serait plus ce territoire totalement inconnu qu'elle était dans les années 1980. La psychophénoménologie est une discipline qui s'intéresse à la subjectivité et cherche à s'en informer en demandant au sujet lui-même de décrire le contenu de son expérience (Vermersch, 2005, p. 36). La psychophénoménologie développée par Depraz, Varela et Vermersch (2003, 2011) vise la part non observable de l'expérience. Or, cette part « non observable » inclut toutes les dimensions de la subjectivité ; ce que nous percevons, sentons, pensons, peut être entendu comme autant d'actes par lesquels notre personne se saisit elle-même en relation avec les autres et avec le monde.

3.1.1 Fondements de la psychophénoménologie

Comme son nom l'indique la psychophénoménologie est composée d'une part phénoménologique et d'une part psychologique. La composante phénoménologique rappelle que nous cherchons à nous informer du vécu tel qu'il apparait à la personne (Giorgi, 1997). La composante psychologique quant à elle indique que l'on ne vise pas le geste professionnel comme objet observable public – c'est-à-dire observable de l'extérieur du sujet – mais qu'il s'agit plutôt de voir ce qui dans le geste professionnel renvoie à la pensée privée de la personne et qui inclut les actes mentaux, les activités cognitives accessibles à sa conscience (Vermersch, 1999).

Sur ce plan de la phénoménologie, afin de s'informer du vécu d'un médecin participant, le chercheur suspend radicalement tout jugement et s'abstient de toute assertion – qu'elle soit favorable ou défavorable – quant aux propos tenus par le médecin participant. Le chercheur pratique l'« épochè » qui signifie la mise entre parenthèses de tout savoir a priori sur l'objet et sur la relation du sujet à l'objet (Mucchielli, 2007, p. 3). Il s'agit d'adopter volontairement un type très particulier d'écoute/observation et de nous intéresser à ce qu'un médecin va bien pouvoir dire sur un aspect concernant notre recherche. Selon Depraz (2005), l'épochè comporte une potentialité d'éthique de la prise de parole qui amène le chercheur à dépasser l'attitude pratique de celui qui suspend son jugement ou donne son assentiment. Ce dépassement permet au chercheur d'adopter une attitude qui vise à permettre au participant d'aller plus en profondeur dans son récit, à se libérer de ses propres préjugés afin de s'autoriser à être pleinement lui-même (Depraz, 2005, p. 1).

Ce qu'on appelle ici « l'épochè » est en fait une écoute à vide, c'est-à-dire une écoute particulière propre à l'attitude du chercheur qui oriente son attention sur le vécu des participants de manière non directive, avec toutefois une nuance : être non-directif ne signifie pas être en situation de ne pas intervenir. Autrement dit, on peut pratiquer l'épochè comme écoute à vide et poser des questions en vue d'orienter l'attention du participant. En fait, l'épochè peut prendre l'allure d'un changement dans les habitudes d'une personne, dans sa façon d'être jusqu'à modifier son caractère, le regard qu'elle porte sur elle-même, sur les autres et sur le monde. L'épochè transforme le chercheur qui écoute/observe dans l'espace/temps et le distancie du phénomène à la fois dans son écoute, mais aussi dans le regard qu'il porte sans jugement.

Sur le plan de la psychologie, comme nous le soulignons, il s'agit d'appréhender le geste professionnel non pas comme objet public, mais plutôt comme objet de pensée privée, c'est-à-dire qui inclut les actes mentaux et les activités cognitives accessibles à la conscience. Or, la prise de conscience d'après Piaget (1974a, 1974b), repris par Depraz, Varela et Vermersch (2011), prend toujours son origine dans le vécu de la personne, dans son expérience. Sur ce plan, il ne s'agit pas d'un vécu objectivable, car nul autre que le sujet lui-même ne peut se saisir d'un acte de la conscience tel qu'il en fait l'expérience (Vermersch, 2000). Nous devons rappeler ici ce que nous entendons par expérience, car celle-ci sera déterminante dans la suite de notre démarche.

3.1.2 La relation expérience éducation

Notre compréhension de l'expérience prend appui sur la nécessité de distinguer ce qui est confondu et de ne pas séparer ce qui peut être relié. En effet, la notion d'expérience peut prendre diverses directions et aboutir à différentes significations et il serait sans doute périlleux, voir vain, de prétendre faire un inventaire exhaustif. Nous préférons opter pour une formule plus modeste, qui consiste à nous mettre au clair avec une vision formatrice de la notion d'expérience, puis, dans un deuxième temps, nous pourrons voir en quoi notre définition de l'expérience peut constituer un appui pertinent dans le cadre de notre démarche de recherche.

Difficile de ne pas offrir un espace particulier à l'œuvre humaniste tant conceptuelle, théorique et surtout pratique, orientée vers l'existentialisme et un sens aigu du soin, laissée par Carl Rogers (1968). Celui-ci a eu et continue d'avoir une grande influence sur notre façon de voir et de penser

l'éducation à la fois dans notre rapport à nous-mêmes, aux autres et au monde. D'ailleurs, il est intéressant de relever que ce penseur est à l'origine du rapprochement des termes apprentissage et expérience dans l'ouvrage intitulé *Freedom to learn* (1972). Selon Balleux (2000), l'ensemble de son œuvre le place même au plus près de la notion d'apprentissage expérientiel.

Avec Rogers (1968), nous pouvons envisager un repositionnement subtil de la notion d'expérience en Amérique de Nord qui dépasse la seule logique de la rationalité technique, d'où l'intérêt pour nous de la considérer. Tandis que Dewey (1933) est philosophe et Schön (1983) est pédagogue, Rogers (1968) est thérapeute et cela n'est sans doute pas étranger à la nature profonde, singulière et existentielle de sa pensée. De plus, la théorie et la pratique Rogerienne s'appuient sur des principes et des présupposés philosophiques très précis, même s'il semble parfois relevé du domaine de l'implicite (Daval, 2008).

Il nous semble opportun de souligner que les liens entre nos assises conceptuelles et les méthodes scientifiques découlnt d'une démarche étayée par une approche centrée sur la personne. À ce titre, il nous paraît important de tenir compte de trois concepts ou notions que Rogers a rendu opérationnels : la congruence, le regard positif et l'empathie.

Le premier, la congruence, renvoie à l'idée d'authenticité. D'une certaine manière, la congruence appelle un regard lucide sur soi-même, sur autrui et sur le monde. Pour Rogers (1968), la congruence est le terme employé pour désigner la correspondance entre l'expérience et la prise de conscience. D'après Piaget (1974a, 1974b), repris par Depraz, Varela et Vermersch (2011), la prise de conscience prend toujours son origine dans le vécu de la personne, dans son expérience. Sur ce plan, il ne s'agit pas d'un vécu objectivable, car nul autre que le sujet lui-même ne peut se saisir d'un acte de la conscience tel qu'il en fait l'expérience (Vermersch, 2000). Nous aborderons dans les paragraphes suivants ce que nous entendons par expérience, car celle-ci sera déterminante dans la suite de notre démarche.

Le second concept, Rogers l'appelle le « regard positif inconditionnel ». En fait, il s'agit d'une notion opérationnelle pour créer un climat facilitateur, un climat de confiance. Rencontrer un ou une pédagogue qui porte sur vous un regard positif inconditionnel, c'est comme se sentir autorisé à être vraiment soi-même et pouvoir se saisir du monde dans un élan créateur jusqu'alors insoupçonné.

Le troisième concept est l'empathie. Dans bien des domaines, c'est une qualité essentielle à une profession, que l'on soit dans ceux de la santé ou de l'éducation. Selon le dictionnaire historique de la langue française, l'empathie désigne la capacité de reconnaitre autrui dans l'intégrité de son expérience (incluant corps, pensée, émotions) et de comprendre avec sa sensibilité ce qu'il ressent (Rey, 2006, p.1222). En médecine, l'application de ce concept permet notamment au praticien d'adopter des règles de comportement lorsqu'il se trouve face à un patient, de s'exprimer d'une certaine manière et d'adapter son discours, autant d'élément d'une capacité à entrer en empathie (Bernard et Reyes, 2001). Cette capacité peut aussi prendre appuie sur des valeurs professionnelles humanistes et nourries par des sciences connexes comme c'est le cas chez les infirmières (Eyland, 2017). D'une certaine manière comprendre le patient par empathie relève bien d'un art de faire.

Si la réflexion suggère une posture, elle suppose, une écoute sensible (Barbier, 1997). Car comment m'informer de ce que l'autre sait ou fait à tel ou tel moment de sa pratique si je ne peux ressentir avec justesse ? Il s'agit aussi d'une certaine manière d'accéder au monde de l'autre, au plus vif et au plus intime de son intégrité en même temps que d'accéder à son propre monde. Or, selon cette idée, ce n'est pas seulement la personne qui est prise dans sa totalité, mais bien aussi l'expérience. Ainsi, l'expérience est intègre et prise comme un tout.

Ces trois concepts auront une importance particulière lorsqu'il s'agira d'approcher les médecins pour les inviter à partager leur expérience, de recueillir des traces de leurs gestes, de la façon dont ils s'y prennent dans certaines situations et de la nature de leurs apprentissages. Parmi les notions de la théorie Rogerienne, il y a celle de ne pas soumettre « la personne apprenante » à un rapport traditionnel de maître à élève (Daval, 2008) et de refuser de placer l'apprenant en position d'infériorité. Des dispositifs sont plutôt proposés où enseignants et apprenants adultes se mettent dans la même position afin que chacun puisse découvrir par lui-même et développer son esprit d'introspection et son paysage intérieur sans être soumis à un enseignement magistral ou toute forme d'enseignement qu'il subirait passivement (Rogers, 1968, p.184).

À partir de ces liens entre éducation et expérience, nous pouvons envisager l'apprentissage sur le plan expérientiel. Or, sur ce plan, nous considérons comme Hess et Weigand (2008) que l'expérience est globale et elle est prise, « saisie » dans sa totalité personnelle, dans son intégrité. Le monde n'est pas donné, il est saisi dans un mouvement dynamique à travers l'expérience de moments. Car le temps et l'espace sont essentiels pour qui relie l'expérience à l'existence. Or, si

sur le plan empirique l'espace et le temps se mesurent objectivement, sur le plan expérientiel, ils s'éprouvent subjectivement (Depraz, Varela, Vermersch, 2011).

Nous rejoignons certains chercheurs en sciences humaines et sociales (Barbier 1997, Balas-Chanel, 1998, Lefebvre, 1971, Hess, 2003) pour qui l'apprentissage et l'expérience ne sont plus séparés, mais reliés par une temporalité existentielle. Selon Lefebvre (2003) repris par Hess (2003) l'expérience – reliant espace et temps – s'éprouvent à travers des « moments ». Selon Hess (1994, 1998, 2003) le « moment » consiste aussi bien, dans l'expérience que dans l'acte. L'expérience se définit alors comme « l'acte, ou l'ensemble d'actes, par lequel l'homme se saisit dans sa relation avec le monde, espace et temps. C'est l'expérience la plus personnelle, puisqu'elle permet la rencontre de la personne avec son propre rapport au monde. » (Hess et Weigand, 2008, p. 13). Nous voyons à la suite de Rogers (1968, 1972) que ce plan existentiel de la psychologie, sur lequel se regroupe notre expérience, est non seulement authentique mais en plus, l'expérience ne peut s'intégrer dans notre personne que par la congruence et le regard lucide, que nous pouvons porter – ou ne pas porter – à notre existence, à celle d'autrui et à celle du monde dans lequel nous sommes. Nous voyons bien dans cette conception de l'expérience, une proximité entre la prise de conscience de Piaget (1974a, 1974b) reprise par Depraz, Varela et Vermersch (2011) et l'approche Rogerienne d'une psychologie existentielle.

3.1.3 L'expérience d'une posture réflexive

Pour le chercheur, cette part du vécu de la personne reste non observable de l'extérieur. Et c'est parce qu'elle vise cette part non observable que « la psychophénoménologie propose de prendre en compte la description du vécu du sujet en cherchant à comprendre et à repérer les actes et les conditions de réalisations de ces actes qui président à la production des réponses » (Vermersch, 2005, p. 37). Or, cette description requiert de la part du médecin de s'informer lui-même de ce qu'il a fait, des gestes qu'il a employés ; autrement dit, elle constitue un acte d'introspection. Vermersch (2012) reprend ici la définition de l'introspection de Binet (1894) qu'il définit comme « l'acte par lequel nous percevons directement ce qui se passe en nous, nos pensées, nos souvenirs, nos émotions » (Vermersch 2012, p. 94). Ainsi, cette part de l'expérience – non observable pour le chercheur – nécessite l'adoption, par le participant (sujet), d'une posture réflexive. Selon Balas-Chanel (2013), il s'agit d'une « posture mentale nécessaire à la pratique réflexive qui est loin d'être

spontanée » (Balas-Chanel, 2013, p. 10). Lorsque nous demandons à un médecin de nous décrire sa journée, il nous raconte davantage ce qui s'est passé dans sa journée, les problèmes rencontrés avec un collègue, l'évolution de l'état d'un patient qu'il suit, etc., mais il ne nous raconte pas nécessairement ce que lui-même a fait pendant ce temps (ce qu'il a vécu pour faire face au problème ou à l'évolution de l'état du patient, les gestes posés, les regards portés, etc.). Autrement dit, on oriente plus souvent le récit en partant du contexte où se déroule l'activité plutôt qu'on tourne son attention vers soi-même et son activité mentale et physique. Cette dernière posture nécessite de « parler au je », à la première personne et d'entrer dans une présence à soi, comme une forme de reconnaissance de l'intégrité dans l'intimité de son expérience. Selon Vermersch (1999), chaque personne est seule à connaître son expérience singulière d'un point de vue subjectif et non en « tu », en « ils », ni même en « on ».

Sur un autre plan, les travaux de Kolb (1984) montrent comment l'expérience d'une posture réflexive peut constituer un puissant levier de l'apprentissage. La figure 3 illustre comment Kolb (1984, p. 141) imagine le fonctionnement de ce levier.

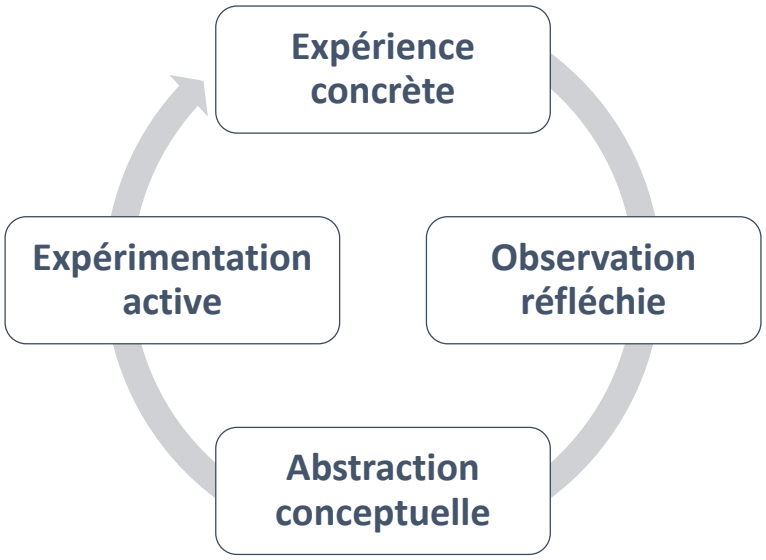

Figure 3. – L'apprentissage expérientiel selon Kolb (1984)

La figure 3 permet de voir comment Kolb distingue quatre modalités de l'apprentissage qui – si elles se suivent et se complètent – permettent d'apprendre de sa propre expérience. À travers

l'expérience concrète (première modalité), il s'agit de concevoir l'expérience au sens large, c'est-à-dire le vécu de la personne. L'observation réfléchie (seconde modalité) consiste à mettre des mots sur l'expérience vécue. La personne va alors décrire son expérience. Cette modalité nécessite d'adopter une disposition particulière (une posture) par rapport à l'expérience. L'abstraction conceptuelle (troisième modalité) est une modalité de compréhension en vue de construire de la connaissance. L'expérimentation active (quatrième modalité) permet à la connaissance construite d'être mobilisée afin d'anticiper les actions à venir. Nous établissons un lien entre ce modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb et les techniques d'explicitation qui consistent à nous informer de l'action passée (Vermersch, 2017). Il s'agit plus précisément d'aider et de soutenir la personne candidate dans la verbalisation de son expérience. Cet aspect sera décrit avec plus de détails dans la section à venir sur le type d'entretiens de recherche retenus.

3.2 Vers une clinique narrative

Alors que des médecins, du fait même de leur activité réflexive et interprétative, cherchent à devenir les auteurs de leurs propres pratiques, nous développons le souci d'une posture clinique attentive aux multiples dimensions du médecin – mentale, corporelle, émotionnelle et spirituelle – et des potentialités de biographisation dans la situation imprévisible et inconnue de la crise sanitaire mondiale du Covid-19. Le contexte ayant radicalement changé, il nous faut faire preuve d'adaptabilité, de créativité et d'audace méthodologique. La science ne consiste pas toujours en des routines confortables des laboratoires bien financés, elle peut aussi prendre sa source dans des chaos humanitaires et sociaux où le chercheur doit faire usage de ce bricolage scientifique dont parlent Lévi-Strauss (1962) et Popper (2012). Nous ne sommes pas non plus les premiers à concevoir qu'une recherche puisse intégrer une perspective centrée sur la recherche biographique. À ce titre, la clinique narrative, décrite par Niewiadomski (2013), nous parait un dispositif pertinent afin de sonder les espaces psychosociaux actuellement en dialogue et qui ne manqueront pas – dans un regain de stabilité post-crise du Covid-19 – de mener à de nouvelles configurations de la pratique de la médecine.

Avant de décrire la clinique narrative, il nous semble nécessaire de clarifier ce que nous entendons par clinique, puisqu'il s'agit d'un mot à la fois marqué du sens médical de la santé et du sens de la pratique en même temps. Nous laisserons l'aspect médical de la clinique pour nous concentrer sur des aspects pratiques et éthiques qui regroupent nos activités de recherche.

D'après le dictionnaire historique de la langue française le mot clinique, calqué du grec klinikos, signifie d'abord « ce qui concerne le lit » avant d'être en langage médical considéré comme une « médecine exercée près du lit d'un malade » (Rey, 2000, p778). Le dictionnaire nous rappelle judicieusement que le terme « clinique » est un dérivé de klinein « pencher, incliner » – pensons aux dérivés climat, incliner (Ibid., p.779). Or, dans le climat actuel de transformation des soins de santé, une approche basée sur l'idée de prêter attention, en observant les médecins et en sentant en nous-mêmes le besoin de nous rendre au plus près de médecins de famille tout en prenant soin que notre approche ne semble ni saugrenue ni superflu. Bien au contraire, nous ressentons l'urgence d'une situation, un besoin d'écoute sensible tel que la définit Barbier (1997, 2002) à l'égard des médecins participants à notre recherche. Nous nous associerons résolument à ce souci du soin. Ainsi, à la suite de Delory-Momberger (2009, 2020) repris par Niewiadomski (2013), nous entendons également derrière le néologisme « clinique » une intention visant à rendre compte de l'inscription de l'expérience humaine dans des schémas temporels. Ces schémas traduisent des projets biographiques qui organisent nos comportements et nos actions selon une logique de configuration narrative.

3.2.1 Présentation de la clinique narrative

La clinique narrative permet d'opter pour une approche de la subjectivité et de l'expérience vécue de personnes exerçant la médecine. Il s'agit d'une approche qui permet d'aller au plus près des participants, à travers les récits que les médecins produisent lorsqu'ils parlent d'eux, sur eux et de leurs pratiques (Niewiadomski, 2012). D'après Bouquin et Stiefel (2018), le récit possède un pouvoir révélateur de ce qui se joue dans la pratique professionnelle des médecins et pour eux-mêmes sur le plan personnel. Dès lors, il constitue une ressource précieuse en vue de comprendre comment les médecins perçoivent leur geste professionnel et les défis auxquels ces gestes sont associés dans un contexte médical en transformation.

Selon la perspective que nous suivons, le terme « clinique » renvoie à la mise en œuvre d'une approche compréhensive des conduites humaines selon laquelle nous avons préféré nous fonder dans un premier temps sur le recueil de données biographiques et dans un second temps sur l'analyse approfondie de l'action et du geste associé. Nous profitons de ce passage pour clarifier d'emblée un malentendu possible : le terme biographique ne fait pas uniquement référence au discours de la vie d'un individu, mais il désigne également la reconstruction narrative du récit de

la personne. Dans ce sens, nous ne considérerons pas seulement les participants de notre recherche comme des agents, mus par un désir de narration, mais nous les considérons également comme des acteurs engagés sur le terrain de la narration de leur propre histoire et pour finir nous les considérons comme des auteurs, capables de tisser du sens à partir d'une toile narrative.

3.2.2 Mise en place de la clinique narrative

Notre clinique narrative, prend donc naissance dans la formation d'un groupe composé de trois médecins de famille : volontaires « émaillés » d'histoires, soucieux de donner à leur pratique un regain de sens à un moment critique de l'histoire du système de santé québécois. Il s'agit aussi de personnes qui ont entrepris un travail de réflexion sur leur propre cheminement à la fois professionnel et personnel. Nous ne parlerons pas d'échantillonnage, nous préférons utiliser le terme de participants ou de personnes participantes. Il ne s'agit pas non plus de se donner les apparences d'une grande responsabilité, mais de vivre l'expérience d'un collectif, c'est-à-dire de ne pas nous considérer comme le seul chercheur mais plutôt d'envisager notre recherche sous l'angle d'un partenariat avec d'autres chercheurs et d'assumer les critiques, les contradictions, les difficultés aussi bien que les enjeux éthique, déontologique et sociaux.

L'objectif de la clinique narrative consiste à accompagner les médecins selon une approche compréhensive éthique, c'est-à-dire qui vise à répondre en priorité aux besoins de chaque participant quitte à s'adapter en fonction des circonstances et de la situation. Pour favoriser l'engagement de médecins susceptibles d'avoir un intérêt à notre recherche, nous avons participé en tant que membre actif – acteur engagé sur le terrain – en devenant membre d'un conseil pédagogique (CP). Ce conseil fait partie des instances mises en place au département de médecine de famille et médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le CP a pour mission d'assurer une réflexion sur le devenir de l'enseignement de la médecine de famille au Québec. De plus, nous avons mené des discussions sur une base individuelle lors de rencontres, parfois fortuites, afin d'être assuré que l'intérêt et l'expérience des médecins entrait dans le cadre du type de recherche que nous envisagions. Cette étape du processus a permis d'identifier et d'initier des échanges avec des candidats potentiels qui intègreront le groupe des participants.

3.2.3 Terrain de recherche de notre étude

Il nous a fallu faire preuve d'ouverture et d'humilité afin de chercher à tisser des liens. C'est pourquoi, la reconnaissance de médecins, se définissant eux-mêmes comme des praticiens ayant adopté une posture réflexive et considérant qu'apprendre de leur expérience était un garde-fou de leur pratique, au lieu de se faire de façon formelle et plutôt administrative, s'est faite de façon informelle, engageant la sensibilité, en s'impliquant et à travers des rencontres et le nouage d'un réseau de relations. Ici, il faut mentionner notre participation active au Conseil pédagogique de la direction du programme de médecine de famille de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Avoir été accueilli puis accepté comme membre dans ce groupe de médecins, experts et enseignants a grandement contribué à faciliter notre démarche. Nous avons aussi compris que devenir membre du conseil pédagogique n'allait pas de soi et que cela allait pouvoir se faire à certaines conditions.

Ce fut un travail difficile car délicat et subtil, ou rien ne nous a été donné et où il aura fallu faire ses preuves et démontrer cette écoute sensible dont parle Barbier (1997) et ces savoirs-être si essentiels lorsque vient le temps d'être auprès d'autrui et il nous faut bien souligner que les médecins à l'instar des autres professionnels de la santé, sont soumis aux rigueurs d'une pratique qui ne les épargnent pas des aléas de la vie, autrement dit, un médecin est aussi « une personne », unique, singulière et qui a des besoins et des attentes. Pour finir nous dirons que le développement d'une loyauté – à la façon de l'école de Chicago – aura permis d'ouvrir des portes et des cœurs. Nous reviendrons sur ces aspects un peu plus loin, dans la section sur les précautions prises pour respecter les règles d'éthique.

3.3 Méthode production des données

Cette section a comme but de présenter en détail les méthodes retenues pour assurer une démarche de recueil de données qui puisse permettre une analyse qualitative du phénomène, vécu par des médecins, de revenir – à l'aide d'une posture réflexive – sur des moments où il se trouvent confronté à l'incertitude dans le chaos de leur pratique.

Les méthodes mobilisées dans la production des données peuvent se distinguer selon plusieurs plans. Un premier plan sur lequel les notes de terrain et tout ce qui touche de près ou de loin la recherche, a été consigné dans un journal du chercheur. Ce journal prend la forme de fichiers

informatiques. Chaque fichier comporte des extraits du journal, réparties selon un ordre chronologique : heures, jours, mois, années. Les fichiers sont ensuite classés dans un dossier informatique comportant les journaux de l'année classés par mois. La rédaction du journal répond à une logique de conservation des traces de la démarche de recherche dans son ensemble. L'écriture et la lecture du journal – les deux actions pouvant être menées simultanément et dans les deux sens – vise à réfléchir sur les conditions, les opportunités et la valeur de l'ensemble d'une démarche qui entend prendre une juste distance avec l'objet de recherche sans nier le caractère personnel et subjectif que tout chercheur endosse plus ou moins consciemment.

Sur un second plan, les méthodes mobilisées dans la production des données ont pris forme au fil de notre cheminement. Il convient de souligner l'importance des rencontres avec d'autres chercheurs et des échanges féconds qui nous ont fait cheminer, de façon complémentaire, parallèlement à nos lectures. C'est ainsi que la mise en place de la clinique narrative, comme dispositif de production des données nous a semblé être un choix approprié pour décrire de la façon la plus efficace et aussi fine que possible, la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de leur pratique professionnelle, c'est-à-dire à certains moments clés de leur expérience (Objectif général). Les méthodes de production des données déployées dans la mise en place de la clinique narrative reposent sur trois types d'entretiens qui seront présentés plus en détails dans ce chapitre. Dans un premier temps, les entretiens biographiques visant à identifier les moments clés ou les médecins adoptent des gestes significatifs sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1), allaient permettre une mise en mots du parcours dans la médecine, ainsi que le rapport au savoir médical et les questions que ces professionnels se posent au sujet de la pratique. Dans un second temps, les entretiens d'explicitation et de décryptage du sens visant à décrire les actions, les opérations matérielles et mentales, des médecins face à l'incertitude de la pratique (objectif spécifique 2) et à décrire le sens donné par les médecins à leurs gestes professionnels dans ces moments clés (objectif spécifique 3), allaient permettre une reconstitution du déroulement du raisonnement médical de chaque participant ainsi que le décryptage du sens donné par ces médecins à leur geste professionnel.

3.3.1 Le journal du chercheur

Pour entamer cette section, nous ferons une parenthèse en référence à notre parcours et à notre propre histoire de vie. Nous nous sommes formés à la pratique du journal il y a quatorze ans à

l'Université Paris8, auprès de René Barbier (1996, 1997) avec son journal d'itinérance. Puis, nous avons poursuivi notre formation à la pratique du journal comme outil de recherche sociale historique auprès de Rémi Hess (1998, 2003). Il s'agit d'aborder le journal un peu à la façon de ce que Schultz (1987) appelle une ethnographie du quotidien, avec un regard d'anthropologue et en même temps il s'agit d'une praxis, une quête de sens. S'agissant de situations éducatives propres à notre formation, nous préférons opter pour ce que Ardoino (1993) appelle une approche multiréférentielle, cultivant librement notre penchant pour l'écriture du journal.

C'est sur cette base de considération du quotidien comme source de découvertes et d'occasions d'apprendre que nous avons entrepris de décrire et documenter comment s'y prendre sur le plan méthodologique pour relever des traces de la prise de conscience de faire face à l'incertitude (processus de réflexion et apprentissages induits). Ce qui constitue un des multiples objectifs du journal de recherche. Cette partie présente comment la technique d'écriture du journal a été développée dans une optique pour et par la recherche. Le journal y est également présenté comme une construction sociale historique (Hess, 1998) et comme la trace méthodologique d'une démarche de recherche itinérante, c'est-à-dire chemin faisant (Barbier, 1997). Nous tenterons aussi de démontrer comment il s'est intégré à notre démarche scientifique, comment il a été utilisé comme technique et outil de facilitation à la prise de conscience, avec comme particularité d'illustrer et de garder des traces du phénomène de vivre soi-même l'expérience de la conscientisation de ses propres gestes. Il est aussi un moyen de prendre ses distances avec le phénomène et une tentative de déjouer les biais propres à une recherche qui ne prétend pas ignorer l'aspect plus ou moins conscient de la subjectivité du chercheur.

La pratique du journal peut aussi être perçue comme un moyen de garder des traces de notre activité de chercheur. Barbier (1996) parle d'écrire un « journal d'itinérance » pour exprimer une activité de recherche qui vise essentiellement à se construire « un instrument d'investigation sur soi-même en relation avec le groupe » (*Ibid*., p. 95). Il s'agit (1) de s'autoriser à être soi-même « en quête » ; (2) d'une construction sur soi en interaction avec les autres et le monde ; (3) d'un moyen de pénétrer dans la rigueur et l'âpreté de l'écriture, découvrant un espace intérieur où pensées, sentiments et émotions affleurent à la conscience. Cette expérience nous sert également d'initiation à une forme d'écriture certes plus personnelle puisqu'elle prend racine dans la psychologie individuelle et

collective, mais en s'appuyant sur les principes sous-jacents de la dynamique d'une recherche non pas isolé et solitaire, mais plutôt solidaire et en groupe, s'appuyant à la façon d'Anzieu (2004) sur les principes de la dynamique de groupe tels que le pouvoir, les structures et les communications, les interactions et la dimension affective.

À la suite de Hess (1998), nous envisageons également le journal comme un instrument de construction sociale historique rendant cette pratique indissociable de la dimension biographique de celui qui se prête à cette pratique. Se libérer des contraintes rigides de l'enseignement nous permet d'explorer des parties de soi jusque-là insoupçonnées. De plus, par le biais de l'écriture, le journal permet d'accéder à une forme de verbalisation bien distincte, soit la verbalisation écrite de la « pensée intime », celle qui se déplie – et se délie – sur le papier ou l'écran. Lorsque nous relisons notre journal, nous revoyons notre pensée se déplier devant nous. Nous pouvons alors l'observer à nouveau, la contempler et, à partir de là, la laisser revenir et se retourner sur elle-même. Ainsi le processus de réflexion n'est plus cet avatar empirique, passivement subi qui permettrait d'atteindre une objectivité drastique et seule garante des critères de scientificité (Hess et Weigand, 2008). Il constitue l'expérience même du chercheur dans toute sa complexité biographique et traversée par tous les moments conscientisés ou non.

Nous dirons pour conclure que le caractère méthodique du journal est l'aspect le plus en lien avec ce qui en fait un outil efficace puisqu'il est non seulement garant des traces du processus de la recherche, mais également un moyen de produire une recherche qui réponde à des critères de scientificité, tels pertinence, validité et authenticité mais sans pour autant « étouffer » le processus de découverte (Baribeau, 2005). Cela correspond à l'idée que nous nous faisons à un moment précis de notre cheminement intellectuel. Finalement, cela permet d'apprécier le processus singulier au chercheur et propre à son « style ».

3.3.2 L'entretien biographique

Nous proposons dans un premier temps et pour répondre à notre premier objectif – (1) identifier les moments où les médecins adoptent des raisonnements significatifs sur le plan de leur pratique – de structurer la clinique narrative autour de la réalisation d'entretiens biographiques. Il s'agit d'un type d'entretien plutôt non directif, qui vise l'installation du participant dans une posture de retour sur son histoire de vie. Il s'agit de reconnaitre le participant comme une personne – plus que comme un individu – émaillée d'histoires, c'est-à-dire qui ne s'est pas construite elle-même selon

une linéarité temporelle mais plutôt dans un rapport plus ou moins conflictuel avec elle-même, les autres et le monde. L'objectif de ces entretiens est de laisser émerger des moments-clés structurants, c'est-à-dire qui sont imprégnés d'un potentiel de sens et de signification aux yeux des participants.

3.3.3 L'entretien d'explicitation

Puis, dans un deuxième temps nous structurerons la clinique narrative autour d'entretiens d'explicitation. Ces entretiens viseront à aider les participants à s'informer de ce qu'ils font. Ce qui nous permettra d'atteindre notre deuxième objectif spécifique – (2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales des médecins lorsqu'ils se trouvent devant l'incertitude. L'entretien d'explicitation sert également de point de départ à l'émergence du sens.

Succinctement défini, l'entretien d'explicitation est un entretien qui vise une description aussi fine que possible d'une activité passée, réalisée par une personne en situation de pratique professionnelle ou engagée dans la réalisation d'une tâche. Ici, le terme « explicitation » fait essentiellement référence à une méthode particulière de recueil de verbalisation (Vermersch, 2017). Élaboré par Pierre Vermersch à partir de 1986, l'entretien d'explicitation mobilise un ensemble de techniques en vue d'accéder à des dimensions du vécu de l'action dont la personne n'a pas conscience dans l'immédiat. Il consiste à expliciter l'action et, en cours de conscientisation, à verbaliser et à décrire précisément son déroulement. L'action peut tout aussi bien être matérielle (la réalisation d'un prélèvement sanguin) que mentale (faire une multiplication dans sa tête) (Lesourd, 2009, p. 164).

L'entretien d'explicitation permet à une personne qui interroge (le chercheur) de s'informer de ce qu'a fait une personne interrogée (le participant), ce qui est essentiel à notre recherche pour recueillir des informations sur la perception que des médecins peuvent avoir de leurs gestes professionnels à partir de leurs propres mots.

La figure 4 illustre l'adéquation entre la boucle réflexive de Kolb (1984) et ce que Piaget (1974) nomme le réfléchissement correspondant avec le passage du préréfléchi au réfléchi qui peut être mis en mots à partir du langage. La figure prend également en compte les apports de Vermersch (2012) en matière d'organisation des différents vécus.

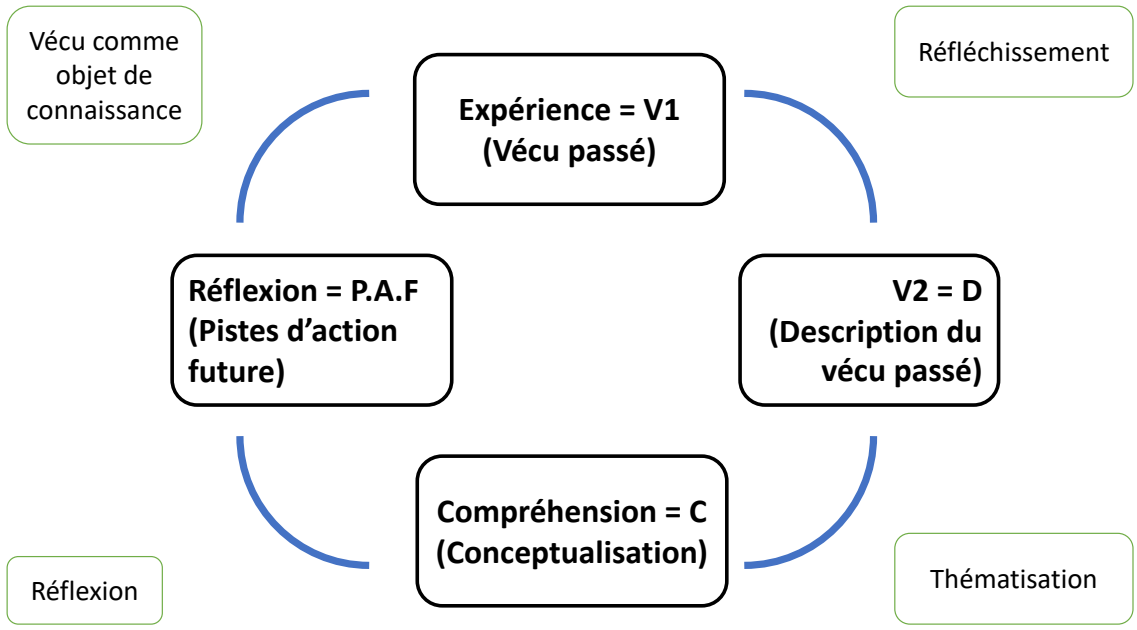

Figure 4. – Boucle de réflexivité inspirée de Kolb (1984) et schématisée par Vermersch (2012).

La figure 4 permet d'illustrer comment le passage du vécu passé qui correspond au vécu immédiat (V1) à la compréhension ou conceptualisation (C) de ce vécu nécessite une étape intermédiaire. Il s'agit en fait d'un second vécu (V2) caractérisé par la verbalisation de V1. Ce passage entre les deux étapes correspond avec ce que Piaget (1974) nomme le passage du préréfléchi au réfléchi, le mouvement qui donne son dynamisme au passage est le réfléchissement. Autrement dit, le réfléchissement correspond à l'idée de passer du préréfléchi au réfléchi. Or, ce passage pour être observable doit s'inscrire dans une forme, un langage, qui suggère un niveau de verbalisation, lui-même relié dans le temps et l'espace. Il convient de prendre en considération que le retour sur l'expérience se réalise toujours en lien avec le temps et qu'il faut distinguer celui du vécu initial de l'expérience et celui du vécu de son évocation lors de l'entretien. Or, ce temps, si nous ne l'apprécions pas tous de la même manière, peut tout à fait revêtir un caractère d'unicité – une action se déroule toujours selon un principe d'unité de temps (en un jour précis), de lieu (en un lieu précis) et de fait (un seul évènement). L'importance accordée au temps (et à l'espace, auquel on sait qu'il est relié) est l'une des raisons pour lesquelles nous avons souligné tout au long de nos travaux l'importance de revenir sur « certains moments », car lors de la mise en mots, il sera nécessaire de

spécifier le moment, autrement dit de revenir sur un certain temps afin de viser un moment spécifique, unique ou nous agissons plutôt que toutes les fois où nous agissons.

Ainsi, la description du vécu passé (D) consiste dans une « mise à jour » des mots qui visent à détailler le déroulement de l'action, tel que représenté dans la figure 5. Cette figure permet le passage d'une étape biographique ou l'action est inscrite dans le temps à travers le récit que le participant peut produire, au moment spécifié où l'action est explorée en vue d'être élucidée. En prenant appuie sur des éléments de l'assise conceptuel tel que représenté par la figure 5, nous voyons un accès possible au schème d'action du participant par l'intermédiaire du modèle T.O.T.E qui vise à fragmenter l'action – donc décrire les sous-actions, les substrats d'actes – à travers son déroulement précis.

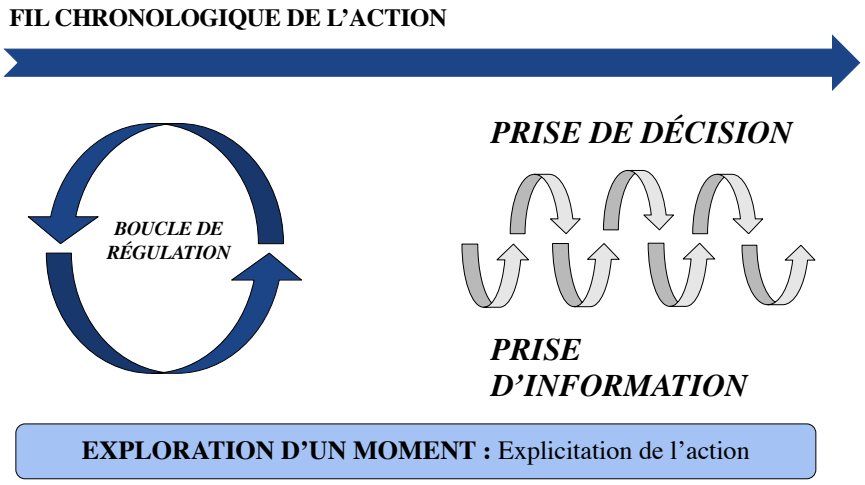

Figure 5. – Fragmentation d'une action passée à partir du modèle T.O.T.E

Ce type de verbalisation de l'action ne répond pas à un mode habituel de communication. Car la communication courante qui régule les rapports sociaux peut tout aussi bien être centrée sur des jugements, des croyances que des buts, des intentions, des commentaires ou des généralités. On

voit dès lors que la verbalisation de l'action ne pourra pas se faire sans un certain guidage (Vermersch, 2017).

3.3.4 L'entretien de décryptage du sens

Ce qui nous amène vers notre troisième objectif spécifique – (3) décrire le sens donné par des médecins à leurs gestes en résonance avec leur posture réflexive de praticien face à l'incertitude dans le chaos. Ces deux derniers objectifs nécessitent deux autres postures distinctes qui pourrons être tenues au cours d'un deuxième type d'entretiens d'explicitation. Il s'agit précisément de prendre une première posture d'exploration de l'action, de la fragmenter en ayant recours au modèle T.O.T.E, puis dans un autre temps de s'arrêter sur un geste, d'explorer le sens à partir de ce que Faingold (2014) appelle le « moment du moment », qui ouvre l'accès au geste et au décryptage du sens sous-jacent au geste professionnel.

Soulignons que ces entretiens requièrent un accompagnement qui se présente comme un geste pédagogique bienveillant où la personne se tourne vers elle-même, pour prendre conscience de ce qu'elle a vécu, de son intériorité, pour s'approprier une forme d'introspection. Toutefois, ces objectifs peuvent rencontrer des obstacles de la part du chercheur, de sa tendance à vouloir comprendre et interpréter pendant les entretiens qui peuvent le pousser à demander au participant : « pourquoi du fait… ? ». Or, cette question appelle nécessairement une justification, « parce que… », qui éloigne de la description informative de l'action.

3.3.5 Démarches entreprises par le chercheur pour réaliser la clinique narrative

Nous voyons bien que ce passage d'une posture compréhensive interprétative à une posture d'identification et d'orientation de l'attention n'est pas chose aisée, car la volonté de comprendre du chercheur empêche le sujet de l'entretien de tourner son attention vers un vécu passé. Le chercheur doit alors adopter une posture particulière, soit l'époché (écoute à vide), l'empathie, le regard positif, la congruence et l'authenticité (Rogers, 1968). Autant de composantes d'une compétence spécifique d'accompagnement, mais avec un souci de l'autre confronté à ses émotions

dans sa relation avec lui-même et son vécu. Selon Faingold (2011a), cette compétence spécifique d'accompagnement fait partie de la formation à l'entretien d'explicitation et à ce qu'elle appelle le décryptage du sens (Faingold, 2001). Précisons que nous avons créé et suivi un plan de formation personnel et spécifique aux techniques de l'explicitation (financé en partie par les fonds de recherche de notre direction de thèse). Ce plan de formation par et pour la recherche, a été réalisé et suivi entre 2018 et 2020 au Québec, à Sherbrooke, puis à l'UQAM et en France, au cours d'un voyage de recherche, dans un centre de formation à Paris auprès de Nadine Faingold. Ce plan de formation fait écho aux formations aux approches thérapeutiques, notamment à l'approche Rogerienne et à cette approche si particulière à laquelle nous avons été formé par Michel Lobrot (1989) et qui se nomme : non-directivité intervenante (NDI pour la version courte). Ces dernières formations suivis en France entre 2006 et 2009 à l'Université Paris8, auprès de René Barbier et Jacques Ardoino, font parties de notre vécu, les exclure de la thèse alors même que cela fait partie de notre démarche de chercheur nous aurait semblé un acte d'autocensure, ce qui irait à l'encontre des méthodes et postures que nous déployons dans cette recherche. Autant faire preuve de transparence, quitte à s'exposer aux critiques. De plus, la mobilisation de ces compétences d'accompagnement s'est avérée très précieuse – par les liens évidents qu'elles entretiennent entre elles – dans l'acquisition des nouvelles compétences en techniques d'explicitation et, par extension, en recherche.

3.4 L'organisation de la clinique narrative

Cette section vise à présenter les différentes phases de la clinique narrative organisée autour de l'idée de cheminer vers l'objectif général de la recherche : décrire et mieux comprendre la construction des savoirs pratiques des médecins lorsqu'ils adoptent des gestes professionnels à certains moments-clés de la pratique (objectif général). L'arrimage entre les trois phases de la clinique narrative et les objectifs spécifiques de recherche permettra de répondre à l'objectif général.

Le tableau 1 présente les trois phases de la clinique narrative ainsi que les moyens mis en œuvre à travers différents types d'entretiens suggérant trois différents temps : un temps de récit, un temps d'explicitation de l'action et un temps de décryptage du sens. La troisième colonne du tableau 1 présente également une brève description de la durée ainsi que des objectifs de chaque type d'entretien.

Phases	Moyens mis en œuvre	Description
Phase 1 Exploration biographique	**3 entretiens d'explicitation biographique**	Entretien individuel d'une heure par participant Création de marqueurs temporels – les moments – qui jalonnent les parcours professionnels
Phase 2 Exploration du moment	**3 entretiens d'explicitation de l'action**	1ère partie d'un entretien individuel en deux parties d'environ une heure pour chaque partie Exploration d'un moment identifié par le participant comme significatif Élucider l'action : établir la succession des sous-actions afin d'obtenir la description complète de l'action
Phase 3 Exploration du geste	**3 entretiens de décryptage du sens**	2nd partie de l'entretien individuel Décrypter le sens du geste : accès au sens à partir de la reprise des mots et des gestes du participant. Élucider le geste : établir les liens entre le geste et les valeurs, les affiliations, l'identité professionnelle du participant

Tableau 1. – Les trois phases de la clinique narrative

La clinique narrative s'est déroulée sur trois phases et comprend deux temps d'entretiens distincts. La première phase, centrée sur la narration, comporte trois entretiens individuels enregistrés d'une durée d'une heure trente. Ces entretiens visaient la constitution de marqueurs temporels que nous appelons « moments-clés », et qui seront mis en forme à travers le passage du récit oral au récit écrit, après transcription des entretiens en verbatim et validation par les personnes participantes. L'attention sera portée sur ces moment-clé du récit de chaque personne participante au projet de recherche. Le récit de chaque participant lui sera soumis pour approbation sous la forme d'un texte structuré autour des moment-clé évoqués par la participante lors de l'interview enregistrée. La personne participante pourra alors réviser son récit et le modifier le cas échéant. L'analyse des récits commencera pendant le déroulement de cette première phase.

Les phases deux et trois de la clinique narrative seront centrées sur un entretien d'une heure trente divisé en deux temps, un premier temps de l'entretien sera concentré sur le retour à un moment clé et sur la description détaillée de l'action vécu lors de ce moment, puis un second temps de l'entretien sera consacré au décryptage du sens d'un geste professionnel décrit par la participante.

Du fait du contexte particulier lié à la pandémie de Covid-19 et en respect des consignes de la Direction de la santé publique du Québec, ainsi que des modalités mises en place pour l'ensemble de la communauté universitaire, l'ensemble des entretiens se sont effectués à distance (en utilisant Zoom) dans un lieu jugé sécuritaire par les participantes, sans passage, sans nuisances sonores. Il convenait donc à la personne participante de choisir un lieu ayant une bonne connexion internet, bien éclairé et propice au partage et à l'écoute de soi.

Chacune des trois phases de la clinique narrative, arrimée aux trois objectifs spécifiques de notre recherche, correspond donc avec des types d'entretiens un peu différents les uns des autres. Les parties qui suivent présentent plus en détail ces types d'entretien, leur lien avec les objectifs et les stratégies d'analyse qu'ils ont mobilisé.

3.4.1 Phase 1 : l'exploration biographique

Les entretiens biographiques (Voir l'annexe 4 pour le guide) visaient à identifier les moments ou les médecins empruntent des gestes significatifs sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1). Chaque entretien s'est déroulé en privée dans un espace réservé. Ces entretiens sont d'une durée qui peut osciller allant d'une heure à une heure trente, voir plus le cas échéant. Il ne s'agissait pas de se limiter mais plutôt d'adapter l'entretien au participant, d'être à l'écoute de l'état du participant (imprévue, inconfort, stress, fatigue, etc.), quitte à interrompre et reporter un entretien ou le réaliser en plusieurs fois. Sur ce point nous n'hésitions pas à faire preuve d'ingéniosité méthodologique, nous adaptant aux participants plutôt que l'inverse.

Le Tableau 2, permet de mieux situer cette première vague d'entretiens d'explicitation biographiques correspondant à une première phase de recueil de données qui a nécessité une posture d'écoute active de la part du chercheur. Cette posture a consisté notamment dans des reformulations mais aussi dans des questions non inductives, c'est pourquoi ces entretiens se déroulent généralement sur un temps suffisamment long, entre une et deux heures pour permettre au participant cette entrée en résonance avec son histoire de vie qui n'est pas nécessairement uniquement verbale. Plus tard, lors du déroulement des entretiens d'explicitation nous avons pris en compte cette idée que les temps peuvent prendre forme à travers des gestes, des sensations,

intuitions, émotions, autant de modalités que Lesourd (2004) qualifie de construction non verbale de l'histoire.

Type d'entretien et durée	Lien avec les objectifs spécifiques et description	Stratégies d'analyse des données envisagées
1ère vague d'entretiens 3 entretiens biographiques Total d'environ trois heures	Identifier et décrire aussi finement que possibles les moments clés de la pratique des médecins participants. Mettre en mots les marqueurs temporels – les moments – qui jalonnent le parcours professionnel du médecin. Permettre aux candidats de se créer des intentions éveillantes sur lesquelles revenir lors de la phase 2 de la clinique.	1. Rédiger un compte rendu de chaque entretien et le soumettre au participant pour révision et ajustement le cas échéant. 2. Reconstituer une trame narratrice et représenter le récit sous la forme d'un texte illustrant les moments. 3. Premier niveau d'analyse : L'enracinement du raisonnement médical des participants.

Tableau 2. – 1ère vague d'Ede : exploration biographique

Le niveau de qualité et la profondeur des données a requis une analyse qui a fait appel à la créativité, à l'appréciation et au jugement humain. Nous estimons que malgré toutes leurs fonctionnalités et leur aspect pratique, les logiciels de traitement des données mêmes ceux qui prétendent permettre un traitement plus qualitatif, ne garantissent pas suffisamment ce pouvoir créateur propre au traitement des données de l'analyse phénoménologique (Giorgi, 1997).

L'analyse phénoménologique des données a commencé par la transcription de chaque entretien sous la forme d'un texte. Le texte a été rendu anonyme et un code a été attribué pour permettre au chercheur d'identifier la source. De plus, des didascalies (terme emprunté à la scénarisation théâtrales qui consiste dans une note rédigée par l'auteur à l'intention du lecteur et donnant des indications sur l'action) permettront d'identifier des traces non verbales, comme les mouvements du corps, y compris les mouvements plus subtils comme les mouvements oculaires, les respirations et aussi les silences. Car il s'agit de sources d'informations qui, si elles ne sont pas lisibles dans une transcription n'en restent pas moins visibles lors de la tenue de l'entretien et chargé d'un

potentiel de sens. Nous préférons faire de ce dilemme du lisible et du visible une source de réflexion à la fois pratique et analytique, ce qui a le mérite de permettre d'orienter les questions du chercheur de manière à orienter l'attention du participant vers un aspect de l'action ou du geste.

Sur le plan de l'analyse des données, cette première phase de l'analyse a pris la forme, pour chaque entretien, d'un texte qui contient une description des grands moments identifiés par les participants comme des moments clés de leur parcours professionnel. Chaque réplique du texte est également codée de manière à pouvoir réaliser un va-et-vient dans l'analyse sans se perdre dans le document. À partir de la transcription écrite de chaque entretien, nous avons produit un premier récit brut qui a pu être relu, découpé en unité de sens ou exposé sur un plan vertical (Voir le tableau d'analyse en mode écriture à partir du récit de Mai en annexe 7), autant de manière de faire qui nous ont permis d'entrer en résonance avec le sens.

L'objectif de cette phase est non seulement d'identifier les moments ou les médecins empruntent des gestes significatifs sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1), mais également de créer un bassin phénoménologique de souvenirs à travers une trame narratrice qui illustrera le sens donné par un médecin à différents moments de sa pratique professionnelle. Cette phase peut correspondre avec un premier niveau d'analyse qui permettra au chercheur de représenter l'enracinement : le point de l'espace/temps d'où part le sens du geste professionnel

3.4.2 Phase 2 : L'exploration de l'action

La seconde phase, qui correspond à une seconde vague d'entretiens qui se distingue en deux parties : une première partie d'exploration d'une action et une seconde partie, qui aura lieu dans une phase 3, de décryptage du sens d'un geste. Cette première partie d'exploration de l'action de la phase 2 se déroulent également individuellement, dans un lieu et temps favorable. Il s'agit de ne pas laisser un entretien se dérouler dans un corridor ou une pièce avec du passage et ou le participant pourraient être vu et entendu par d'autres (collègues, patients). Nous avons veillé à créer un climat protecteur et facilitateur ce qui est important dans une démarche qui vise le recueil de données qualitatives dans le contexte pandémique ou il aura fallu adapter la conduite des entretiens à distance plutôt qu'en présence.

Ces entretiens sont également d'une durée suffisamment longue, entre une et deux heures, pour permettre le passage du récit – qui correspond à un retour sur le premier entretien vu comme un

bassin phénoménologique – à l'explicitation de l'action – qui correspond à une exploration du moment retenu – pour ensuite aller vers le décryptage du sens – qui correspond à une densification du vécu d'un geste. Le tableau 3 permet de se faire une idée générale de cette seconde phase de la clinique narrative.

Type d'entretien et durée	Lien avec les objectifs spécifiques et description	Stratégie d'analyse des données
2nd vague d'entretiens – 1ère partie 3 entretiens d'explicitation de l'action Une heure /Ede Total = 3 heures	Décrire aussi finement que possibles les actions posées par les médecins lors des moments clés identifiés à la phase 1 . Reprise d'un marqueur temporel (moment) et exploration de l'action. Fragmenter l'action : mettre en mots la succession des sous-actions, micro-actions, substrats d'acte (schèmes d'action) qui renvoient à la réalisation de l'action complète.	1. Rédiger un verbatim de chaque entretien. 2. Rédiger une synthèse de chaque entretien en ne gardant que les informations sur l'action jusqu'à obtenir un concentré du déroulement de l'action. 3. Deuxième niveau d'analyse envisager : Identification des questions que se posent les médecins lorsqu'ils évoquent leur action

Tableau 3. – 1ère partie de la 2e vague d'Ede : exploration de l'action

Cette phase 2 de la clinique narrative vise l'atteinte de notre deuxième objectif spécifique : (2) décrire les actions et les opérations mentales sous-jacentes chez les personnes interrogées lors de la prise de conscience de leur geste professionnel. Il s'agit en fait de produire « une description concrète et détaillée d'expériences spécifiques d'après l'attitude quotidienne d'autres personnes » (Giorgi, 1997, p. 352). Il s'agit de laisser des éléments – qui pourront éventuellement être repérés comme des constantes, s'extraire des descriptions à la première personne (au « je ») et de voir comment ceux-ci pourraient former les noyaux durs du contenu de conscience des médecins interrogées en situation d'évocation d'un vécu (au « tu »).

Notre analyse s'est poursuivie à un deuxième niveau, par la réalisation d'un résumé du concentré de l'action décrite dans chaque verbatim. Celui-ci prend la forme d'un texte affiné, c'est-à-dire qui reprend les principales répliques. Ici, les mots du participant pourront être ajustés selon

l'appréciation du chercheur pour faire plus de sens, ou pour permettre une plus claire compréhension (en traduisant des anglicismes, en statuant sur des jurons, etc.) de la personne interrogée où elle décrit de façon précise l'action (donc en excluant les informations satellites) et les opérations matérielles et mentales dans lesquelles elle est engagée. De cette manière, nous aurons accès aux éléments de la prise de conscience du geste professionnel et nous pourront dans un second temps brosser un portrait de l'intégration de ces éléments dans le vécu de la personne interrogée.

3.4.3 Phase 3 : l'exploration du sens

L'entretien de décryptage du sens sera mené dans la foulée de l'entretien d'explicitation. En fait, il s'agit du même entretien mais avec deux postures différentes et complémentaires – la seconde dépendant de la première. Tel que défini chez Faingold (2014) la première posture d'explicitation renvoie à l'exploration de l'action prise à un moment donné tandis que la seconde posture renvoie au décryptage du sens du geste pris comme le moment du moment, ou le geste est vu comme un « arrêt sur image ».

La figure 6 montre comment il est possible de concevoir les liens entre le déroulement de l'action selon le modèle T.O.T.E et les multiples couches de vécu d'une action, également à l'œuvre dans le geste et accessibles lors de l'entretien de décryptage du sens (Faingold, 2001).

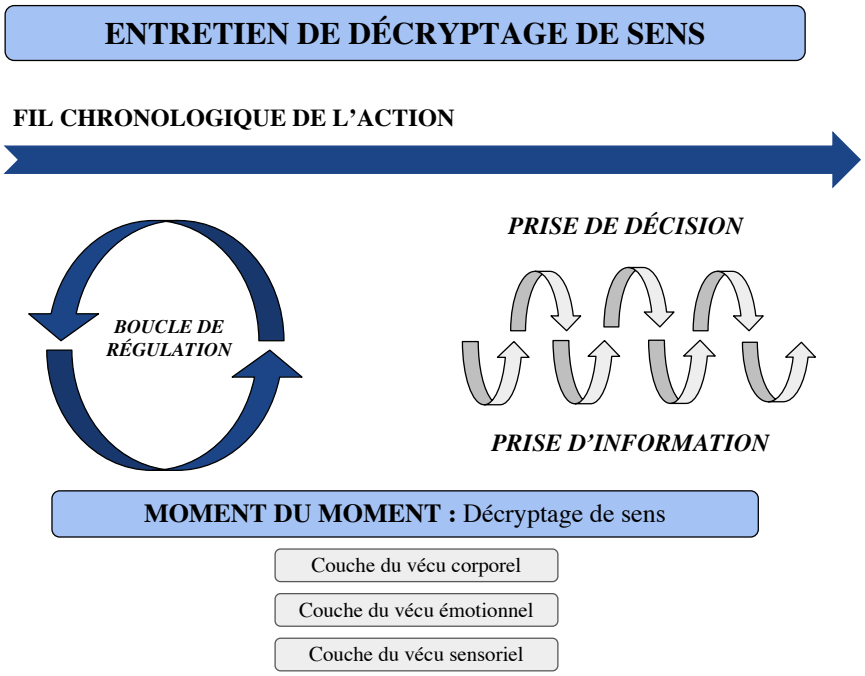

Figure 6. – L'entretien de décryptage du sens (Faingold, 2001)

À l'instar de Faingold (2013) nous accordons une grande importance à ne pas séparer ce que Schwartz (1995) appelle les parties de soi. Car c'est bien la mise en récit de ces parties de soi qui illustrera ce dialogue intérieur du praticien placé dans une posture réflexive. À la suite de Faingold (1993) nous voyons dans l'entretien de décryptage un moyen efficace et un puissant levier pour accéder aux savoirs implicites derrière l'acte cognitif des médecins aux prises avec des aspects de leur pratique. Nous pourrons alors appréhender le moment et le geste comme des voies d'accès au sens (Faingold, 2020). Ce qui répond bien à notre objectif général ; décrire et comprendre la construction des savoirs pratiques des médecins lorsqu'ils adoptent des gestes professionnels à certains moments de la pratique (objectif général). Il y a aussi cohérence avec les trois objectifs spécifiques : (1) identifier les moments ou les médecins adoptent des gestes significatifs sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1) ; (2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales, des médecins (objectif spécifique 2) ; (3) décrire le sens donné par les médecins à leurs gestes professionnels (objectif spécifique 3).

Le Tableau 4 permet de situer la synthèse entre les objectifs, l'approche psychophénoménologique et les moyens mis en œuvre pour recueillir des traces du sens que des médecins d'expérience donnent au vécu de leur geste professionnel.

Type d'entretien et durée	Lien avec les objectifs spécifiques et description	Stratégie d'analyse des données
2nd vague d'entretiens – 2nd partie 3 entretiens de décryptage du sens Une heure/Ede décryptage Total = 3 heures	Décrire le sens donné par les médecins à leur geste professionnel. Reprise de l'engagement dans l'action à travers des questions du chercheur « arrêt sur image » avec reprise des mots et reprise du geste. Accès au sens	1. Rédiger un compte rendu de chaque entretien. 2. Rédiger une synthèse de chaque entretien en reprenant les unités de sens qui sculptent un geste 3. Troisième niveau d'analyse : Le questionnement sur le sens donné au geste professionnel 4. Quatrième niveau d'analyse : La synthèse du

Tableau 4. – 2e partie de la 2e vague d'entretiens : le décryptage du sens

Sur le plan du décryptage du sens, il s'agit d'un autre niveau de l'entretien pendant lequel le participant donne du sens à son geste professionnel. Ici nous reprenons un type d'analyse développée par Faingold (2001) et pour lequel nous nous sommes préparés à travers une série de formation pour la recherche (Faingold, 2011b).

La réalisation d'une « synthèse des synthèses » à partir de chaque verbatim a permi de rendre compte de l'ensemble.

3.4.4 Précaution prises pour respecter des principes d'éthique

Quiconque désire s'initier à une technique d'entretien et plus encore l'entretien de recherche, devrait se poser une série de questions propres aux conditions de ce qu'il s'apprête à faire, en se demandant : quoi faire et que dire pour entrer, sans effractions, dans le vécu d'autrui ? Quelles conditions indispensables peuvent garantir l'intégrité et le respect de la personne interrogée ? L'expérience de nous mettre à la place du sujet qui évoque son expérience dans l'intimité de son vécu et de vivre des entretiens selon son point de vue a permis d'identifier des conditions éthiques, déontologiques et sociales qui nous semblent essentielles.

Également, nous soutenons que le chercheur ne devrait jamais se considérer comme la seule personne responsable, se contentant de rendre anonyme les informations identitaires, de garder confidentielles les données recueillies au cours de la recherche ou de n'utiliser les données recueillies qu'à des fins d'analyse. Nous préférons opter pour un partage éclairé des responsabilités entre chercheur et participants. En recherche en éducation, comme c'est déjà le cas en médecine, ce partage des responsabilités peut tout à fait prendre la forme d'un partenariat entre chercheur et participants (Lievin et al., 2008, Eyland, 2017). Sur le plan éthique de la recherche, la création de ce partenariat éviterait que les participants se sentent pris comme de simples fournisseurs de données.

L'ensemble des activités de recherche repose sur le consentement libre et éclairé des participants qui a été obtenu par écrit (avant le début de la collecte de données) et, par la suite, oralement, car travailler avec le vécu d'autrui engage son accord volontaire. De plus, il faut garder à l'esprit que le consentement n'est jamais acquis et qu'il peut être retiré en tout temps et ce, même pendant le déroulement d'un entretien. Le chercheur doit ramener la question du consentement dès qu'il voit

que les limites de l'autre sont atteintes ou sur le point de l'être. Bien sûr, l'aptitude à voir les limites d'autrui, à établir un contrat de communication et à le formuler positivement avec authenticité et congruence n'est pas innée. Lorsque le chercheur maîtrise les techniques relationnelles, il doit s'assurer, sur le plan éthique, de les utiliser dans le respect de l'autre. C'est la seule façon d'assurer le consentement continu au cours des différentes étapes de la recherche, grâce à une véritable compréhension des objectifs de la recherche.

Ensuite, nous nous sommes demandé : qu'est-ce qui nous amène ici aujourd'hui ? Pourquoi sommes-nous réunis ici ? Comme dans d'autres types d'entretiens, la personne interrogée et celle qui guide l'entretien sont liées par un contrat, parfois implicite. Il est donc essentiel de clarifier le rôle de chacun ainsi que le but à atteindre, tout en demeurant vigilant afin de ne pas s'en éloigner. Il s'agit en fait d'intégrer à la pratique de l'entretien d'explicitation une condition déontologique qui engage les notions d'authenticité, de congruence et d'empathie propres à la méthode non directive de Rogers (1968). Également, l'entretien d'explicitation nécessite un espace et un moment spécifique et propice comme toute technique d'entretien, car faire des entretiens dans des lieux à découvert ou de passage peut nuire à l'intégrité du médecin.

Enfin, le questionnement s'est poursuivi ainsi : que fait-on ensemble et est-ce clair ? L'utilisation des données recueillies peut constituer une source potentielle de tension. En effet, les attentes des participants peuvent varier, car ils peuvent parfois croire aussi qu'ils seront étudiés, évalués ou pris comme des fournisseurs de données. Or, il était essentiel, selon nous, que la relation qui lie le chercheur et les médecins participants comporte le développement d'une loyauté de la part du chercheur (Feldman, 2000). Nous référons ici à l'idée d'autocensure propre à l'école de Chicago, laquelle fonde la recherche sur le contrat implicite entre le chercheur et les personnes interrogées afin de les protéger, à la manière d'un journaliste qui préserve ses sources (Becker, 2002). C'est pourquoi nous avons préféré prendre le temps d'évoquer ces aspects pour en discuter avec les participants et nous assurer qu'ils comprenaient bien ce qu'impliquait leur consentement, leur capacité de juger et leur liberté de choisir.

3.5 Processus d'analyse des données

Dans le cadre de notre enquête, l'analyse des données a pris l'allure d'une démarche dans laquelle nous sommes entrés dès la production des données (entretiens, récits biographiques, observations,

notes de terrain, vidéos, journal du chercheur, etc.). À l'instar de Paillé et Mucchielli (1996), nous pouvons définir l'analyse qualitative comme :

> « L'ensemble des opérations matérielles et cognitives […] non numériques et non métriques qui […] sont appliquées de manière systématique et délibérée aux matériaux discursifs issus de l'enquête, dans le but de construire rigoureusement des descriptions ou des interprétations relativement au sens à donner aux actions ou expériences humaines analysées, ceci en vue de résoudre une intrigue posée dans le cadre de cette enquête. » (Paillé et Mucchielli, 1996, p. 101).

Ici, un premier enjeu a été de s'assurer que les données recueillies et l'espace de parole à l'intérieur duquel elles l'ont été entrent en résonnance l'un avec l'autre, qu'il y avait bien adéquation. Le second enjeu est de prendre le temps de bien entendre avant de chercher à interpréter, sur ce plan, il convient de souligner qu'il est tout à fait possible d'écouter sans entendre (Paillé et Mucchielli, 2016). Selon ce point de vue l'étude d'un corpus n'est pas uniforme et peut prendre plusieurs formes. C'est pour tenir compte de cette distinction entre les données qualitatives issues des entretiens biographiques et celles issues des entretiens d'explicitation et de décryptage du sens que nous avons choisi d'opérer deux modes d'analyses distincts : une analyse en mode écriture pour les données biographiques et une analyse en mode questionnement analytique pour les données d'explicitation et de décryptage du sens.

3.5.1 Le recours à la méthode de l'analyse en mode écriture pour les données biographiques

Notre travail analytique a commencé avec un travail d'appropriation du corpus. Plus précisément, il s'agissait de procéder à un examen phénoménologique des données des entretiens biographiques. Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette étape de l'analyse a nécessité une posture d'écoute particulière. Le fait d'avoir mené nous-même nos entretiens, puis de réaliser nous-même nos verbatims selon un état d'esprit propre à la méthode générique d'analyse qualitative qui vise à saisir l'écriture en tant que praxis d'analyse (Ibid. p.215) , c'est-à-dire en nous laissant librement résonner, en faisant écho – par le truchement des notes analytiques en marges et des didascalies[2] – au récit et à la narration nous a permis d'écouter, de redonner du crédit à la parole des participants

[2] Les didascalies sont des indications, complétant la trame narrative, qui relèvent de la façon dont chercheur et participant se mettent en scène. On peut ainsi retrouver les mouvements, les postures, les gestes, les mimiques, tous les observables non verbaux qui auront été consigné des entretiens par le chercheur.

et de remanifester notre intérêt sans jamais perdre de vue que c'est le participant qui sait où il veut aller et quelle direction il souhaite prendre.

Cette posture d'écoute nécessite également de percevoir, sur le plan de la sensibilité : celle du chercheur sur lui-même, celle du participant sur lui-même et celle du chercheur vis-à-vis du participant. Cette écoute sensible (Barbier, 2002) vise à respecter l'intégrité de la personne, c'est-à-dire toutes les dimensions de la personne (corporelle, émotionnelle, intellectuelle) et requièrent empathie et congruence (Rogers, 1968). Elle se réalise en évitant tout jugement hâtif, en résistant à la tentation de réduire ce qui est exprimé et en laissant ouvert, le plus possible, toutes les directions que le récit peut prendre. Il s'agit pour résumer d'écouter tout en s'adaptant à l'altérité, de tourner son regard vers les expériences rapportées et de leur accorder une valeur de vérité.

La transcription qui nous a permis de passer de la trame audiovisuelle à la trame sous forme écrite a permis également – parce qu'elle était filmée à l'aide du logiciel Zoom – de transcrire par écrit des données observables que nous avons appelées *didascalies*. Ces dernières permettant d'appréhender comment les participants se mettent en scène, les gestes et les attitudes qu'ils adoptent à certains moments de la narration.

Ce travail d'écriture se prolonge avec la reconstruction des transcriptions. Ce plan a consisté à rédiger un texte, sous la forme d'une synthèse qui nous a fait passer de 25 à 30 pages de transcription à 6 ou 7 pages. C'est un travail d'écriture qui mobilise les processus de la pensée qualitative et où il s'agit de se laisser guider par le sens qui semble vouloir se dégager de lui-même de la transcription. Il nous est arrivée d'avoir l'impression de voir le sens se construire sous la trame narrative, comme si le sens attendait d'être dévoilé. Enfin, nous avons opéré la reconstitution de la trame narrative sous la forme d'un récit (voir l'annexe 6) avec l'intention de relier dans un même texte, les éléments les plus prégnants sur le plan phénoménologique de l'entretien. Il s'agissait également de dégager aussi fidèlement que possible la logique essentielle mise en mots par le médecin. Le texte produit permet de voir l'expérience du point de vue de l'acteur.

En analyse qualitative, les choses étant rarement linéaire, les plans peuvent être vu comme une superposition des uns des autres et selon un mode itératif, c'est-à-dire composer d'aller-retour du chercheur qui cherche à avancer non pas devant, mais dedans. Il ne s'agit pas d'avancer droit devant soi, comme dans une vision linéaire du temps et de l'espace mais d'aller en dedans de soi, comme dans une vision en spirale du haut vers le bas. C'est sur le plan de la transposition que nous avons

annoté notre corpus et commencé à réfléchir à chaud sur des éléments du corpus. Sur ce plan, il s'agit surtout de notes qui visent à répondre à des questions que se pose le chercheur :

- Qu'est-ce les discours de la personne participante nous évoquent ?
- Qu'est-ce qui nous semble représenter un intérêt pour notre recherche ?
- Quels liens pouvons-nous faire avec l'objectif de notre recherche ?
- Y-a-t-il des liens entre des segments du discours et notre objet de recherche ?

Pour réaliser ces deux plans du travail analytique, nous avons utilisé un outil permettant de rendre opérationnel l'analyse en mode écriture. Il s'agit d'un outil qui prend la forme d'un tableau à trois colonnes (voir annexe 7). Dans la première colonne se trouvent les éléments du récit qui ont été découpés en unité de sens. L'idée de cette étape de l'analyse est de dépasser le travail d'appropriation pour aller vers un mouvement de déconstruction/reconstruction.

La seconde colonne du tableau permet d'opérationnaliser la reconstruction du récit. Elle vise à respecter l'essence même de l'expérience de chaque participant. L'objectif de cette colonne est de garder un focus sur la description, les constats, les mises en avant et les articulations du discours.

Enfin, la troisième colonne, située à droite du tableau, vise à consigner les notes analytiques en lien avec les éléments de l'enquête dont il est fait mention dans le guide d'entretien (voir l'annexe 4) à savoir, le parcours dans la médecine et le rapport au savoir et à la médecine du participant. C'est également dans cette colonne que l'écriture peut être vue comme un effort d'analyse compréhensive (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 225). Il s'agit d'adopter un regard à la fois analytique et interprétatif qui puisse prendre forme dans l'écriture.

Pour conclure cette section, le tableau suivant résume les étapes de la démarche d'analyse en mode écriture.

Orientation analytique	***Étapes d'analyse***	***Instruments***

Examen phénoménologique des données biographiques	• Transcription intégrale et 1ère écoute des enregistrements audio-visuels. • 2nd lecture, réécoute et production d'énoncés. • 3ème lecture et rédaction des récits. • Découpage des récits en moment	Dossier informatisé regroupant les données d'entretiens et d'interaction Tableau des moments clés Journal du chercheur
Analyse en mode écriture	• Transposition des éléments de récits en unités de sens • Production de descriptions et constats. • Production de notes analytique.	Récit synthèse des données biographiques (voir annexe 6) Tableau informatisé à 3 entrées (annexe 7) Journal du chercheur

Tableau 5. – Étapes de la démarche d'analyse des données biographiques en mode écriture

3.5.2 Le recours à la méthode d'analyse par questionnement analytique des données d'explicitation et de décryptage du sens

La transcription des entretiens d'explicitation et de décryptage du sens à fait l'objet du même traitement que celle des entretiens biographiques. Au-delà de constituer une sorte de continuum, ceci nous a permis de travailler dans une cohérence structurelle entre les entretiens biographiques d'un côté et les entretiens d'explicitation et de décryptage du sens de l'autre.

La méthode d'analyse par questionnement analytique permet d'aborder un corpus de données en fonction de l'intention du chercheur de découvrir certaines choses, d'apporter des réponses à des questions. Comme le disent Paillé et Mucchielli (2016) « analyser, c'est répondre à des questions » (*Ibid,* p.246). Mais avant de nous poser des questions, il nous aura fallu d'abord repasser par l'examen phénoménologique des données produites lors des entretiens d'explicitation et de décryptage du sens.

En effet, en utilisant la même méthode, nous avons pu réentendre les participants et surtout voir les gestes – les entretiens étant tous filmés à l'aide du logiciel Zoom – et ainsi consigner dans nos verbatims les gestes que les participants associaient à leurs mots. En même temps, ce travail laborieux nous a permis d'opérer une seconde écoute/lecture à laquelle nous avons associé des

notes analytiques. Cette approche nous a semblé la mieux adaptée à notre projet de décrire et mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de la pratique professionnelle donc à certains moments-clés de leur expérience. Au plus près de leurs récits, les médecins allaient revenir sur des actes, non pas de façon abstraites et générales, mais sur des actions spécifiques, c'est-à-dire des actions situées dans le temps et l'espaces : Ce jour-là, à cet endroit précis, avec ce patient. Par la suite, le corpus a été parcouru en ayant en tête nos intentions « phénoménologisantes » : qu'y a-t-il au-delà des mots, où se situe l'essence du phénomène de faire face à l'incertitude en contexte de chaos ?

Au cours d'une troisième lecture nous avons entrepris la reconstitution du déroulement de l'action à partir du verbatim de chaque participant. Durant tout ce temps, nous avions toujours en tête cette question de comment faire pour procéder à une analyse qui respecte l'adéquation entre le déroulement de l'action et le raisonnement des médecins face à l'incertitude du chaos. À partir de la réflexion sur le premier outils – le dossier informatisé d'analyse en mode écriture – nous avons entrepris la transposition de nos verbatims à l'intérieur d'un tableau informatisé du même gabarit (voir l'annexe 8) mais avec des visées différentes.

La première colonne du tableau informatisé, vise à rendre compte de la transposition des unités de verbatim. Chaque phrase prononcée représentant une unité. On peut y observer aussi bien celles du participant que celles du chercheur. On peut aussi observer des didascalies qui permettent de rendre compte d'observables, c'est-à-dire, les silences, les mouvements et les gestes des participants.

La seconde colonne, qui se trouve au milieu du tableau, vise à opérer un double mouvement d'analyse. D'une part, avec l'analyse du déroulement de l'action, c'est-à-dire comment l'action du participant contribue à la compréhension du phénomène de mise en œuvre de son raisonnement face à l'incertitude dans le chaos. D'autre part, l'analyse comporte aussi une part d'autoanalyse sur la conduite de l'entretien, les questions d'éthique, de guidance et de conduite de l'entretien peuvent y être perçu en italique et permettent de rendre compte de la manière particulière dont les entretiens se déroulent et comment le chercheur s'y prend pour rendre sa conduite cohérente, c'est-à-dire à quelle logique les questions répondent.

Cette logique englobe également les éléments d'assises conceptuelles. Premièrement, l'on peut y retrouver les éléments – révélé par la posture réflexive – de la connaissance en acte. Deuxièmement, l'on peut y lire que les gestes des participants ne sont pas des mouvements prédéfinis, mais bien

des étincelles de conscientisation, du sens se faisant. Troisièmement, l'on peut y voir comment les relances du chercheur permettent la fragmentation de l'action en sous-opérations laissant apparaitre les schèmes de prises d'informations et de prises de décisions, le tout renvoyant au chapitre 2 en démontrant qu'il est possible de voir comment les schèmes d'action peuvent opérer à partir du modèle T.O.T.E.

La troisième colonne vise à formuler à quelle question le participant est en train de répondre. Cette partie du tableau vise à formuler, sélectionner, ou adapter – selon la stratégie de questionnement analytique de Paillé et Mucchielli (2016) – des questions opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés par l'analyse non pas en fonction de catégories, mais plutôt sous la forme de questions directes. Puis, nous avons comparé les éléments de corpus (transcription, gestes, silences) à nos questions afin de générer de nouvelles questions, plus précises et en lien avec le corpus. C'est à partir de ces questions que nous avons parallèlement entrepris la réalisation d'un canevas investigatif dont l'objectif était de nous servir de guide évolutif tout au long de notre démarche d'analyse. Les réponses à ces questions se trouvent sous la forme d'une synthèse dans le chapitre 6, intitulé itinéraire de compréhension.

Le tableau suivant offre un aperçu du canevas investigatif à l'une des étapes de type brouillon, donc à un moment donné d'une analyse réalisée chemin faisant à partir d'aller-retours.

La rationalité en médecine	À quelle rationalité certains médecins recourent-ils dans la pratique ?
	De quels aspects le raisonnement médical du médecin peut-t-il dépendre ?
	Que se passe-t-il lorsqu'un médecin entame un dialogue intérieur ?
	En quoi la prise de décision peut-elle représenter un enjeu dans la relation patient médecin ?
Savoirs scientifiques et référentiels	À quels savoirs les praticiens recourent-ils lorsque les savoirs scientifiques ne répondent pas efficacement à la situation ?
	À quoi servent les référentiels ?
	Que se passe-t-il lorsque les référentiels ne répondent plus aux exigences de la pratique ?

	Comment un médecin peut s'y prendre lorsque ce qu'il fait ne lui semble pas très clair ?
L'incertitude dans le chaos	Qu'est-ce qui caractérise la pratique du médecin qui fait face à l'étrangeté ?
	Que se passe-t-il lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un cas particulier?
	Que font certains médecins lorsqu'ils font face au chaos ?
	Comment faire avec l'incertitude ?
	En quoi un médecin peut-il transgresser les règles ?
Le sens en médecine	Comment traduire en langage médical, ce qui relève de la condition humaine, au sens large : de la vie et de la mort ?
	Comment un médecin peut faire, face à la mort ?
	Que se passe-t-il derrière les petits rien, les gestes anodins du quotidien ?
	Quelles sont les valeurs sous-jacentes au geste professionnel des médecins de notre enquête ?
	En quoi la quête de sens d'un médecin peut constituer un levier pour son apprentissage tout au long de la vie ?

Tableau 6. – Canevas investigatif : étape du brouillon

La dernière section du tableau – qui fait référence au questionnement lié au sens en médecine – est d'avantage le fruit de l'analyse des données issues des entretiens de décryptage du sens. L'analyse des données recueillies lors des entretiens de décryptage du sens commence par une première lecture de l'ensemble du corpus de données des transcriptions. L'objectif de cette première lecture est de permettre au chercheur d'entrer en présence des contenus de chaque entretien et de se faire une représentation générale du corpus. Dans un deuxième temps, l'analyse consistera à rechercher des unités de sens (mots, phrases, paragraphes, etc.) qui se dégageront des récits, puis à les regrouper, à les transcrire et identifier les variables qui permettront de rendre compte au mieux des réalités vécues. Tenter de donner un sens à cette dialogique geste-parole, c'est accorder une place particulière à ce que Vermersch (2017) nomme une « parole incarnée » : le geste est une sorte de prolongement du vécu, un passage que la parole encore prise dans la zone grise du pré-réfléchi n'a

pas ouvert mais auquel le corps accède directement par le geste. On rejoint en quelque sorte le primat de l'action sur la pensée (Piaget, 1974b) puisque le geste devance la parole, comme l'action précède la compréhension. Ainsi nous avons adopté la même démarche analytique que pour les entretiens d'explicitation avec cette particularité que la colonne du milieu, au lieu de viser le déroulement de l'action, vise le décryptage du sens donné au participant à son geste, avec cette précision que le geste est associé à l'action puisque les deux entretiens ont été réalisé dans la foulée l'un de l'autre (voir l'annexe 9).

Pour conclure cette section, le tableau suivant résume les étapes de la démarche d'analyse des données d'explicitation et de décryptage du sens par questionnement analytique.

Orientation analytique	***Étapes d'analyse***	***Instruments***
Examen phénoménologique des données d'explicitation et de décryptage du sens	• Transcription intégrale et 1ère écoute des enregistrements audio-visuels. • 2nd lecture, réécoute et production de notes d'analyses. • 3ème lecture et reconstitution du déroulement de l'action	Dossier informatisé regroupant les données d'entretiens et d'interaction et les observables Journal du chercheur
Analyse par questionnement analytique	• Formulation de questions. • Production d'un « canevas investigatif ». • Production d'énoncé et de synthèses.	Fichier du canevas investigatif (voir l'annexe 10) Tableau informatisé à 3 entrées (voir annexes 7) Journal du chercheur
Examen phénoménologique des données d'explicitation et de décryptage du sens	• Transcription intégrale et 1ère écoute des enregistrements audio-visuels. • 2nd lecture, réécoute et production de notes d'analyses. • 3ème lecture et reconstitution du geste	Dossier informatisé regroupant les données d'entretiens et d'interaction et les observables Journal du chercheur
Analyse par questionnement analytique	• Formulation de questions. • Production d'un canevas investigatif. • Production d'énoncé et de synthèses.	Fichier du canevas investigatif (voir l'annexe 10) Tableau informatisé à 4 entrées (voir annexes 9)

		Journal du chercheur

Tableau 7. – Étapes de la démarche d'analyse des données d'explicitation et de décryptage du sens par questionnement analytique

3.6 Limites des choix méthodologiques

Pour clore ce chapitre nous aborderons la question des limites des choix méthodologiques de notre recherche, nous reprenons la question: comment faire pour accéder de la façon la plus respectueuse possible au vécu de certains médecins afin de relater avec justesse la manière particulière dont ils appréhendent leur geste professionnel ? De plus, la question du nombre de candidats s'est posée à nous au moment de déterminer combien de médecins allaient pouvoir être appeler à participer. Quel que soit le chiffre évoqué, la question revenait toujours : Pourquoi ce chiffre plutôt qu'un autre ? Nous avons donc posé la question autrement : Avec combien de participants étions-nous en mesure d'explorer le phénomène de faire face à l'incertitude dans la pratique professionnelle ? Cette question nous a fait voir les choses dans une perspective différente et qui permet de relier la faisabilité et la validité puisqu'il faut bien tenir compte des spécificités propres aux trois types d'entretiens auxquels nous aurions recours pour recueillir la parole des médecins.

De plus, ces choix de méthodes semblent bien limités par leur caractère singulier et qui les rendent de fait difficilement généralisable. Or, nous savons, par exemple, que selon d'autres paradigmes tel que positiviste ou post positiviste, c'est précisément ce caractère généralisable qui permet de renforcer la validité des résultats de la recherche. De plus, il faut bien noter que dans cette optique, le caractère généralisable des résultats comme opération scientifique consiste « à étendre les résultats obtenus d'un échantillon à la population dont il provient ou à d'autres contextes » (Fortin, 2010, p. 543). L'intérêt de ce type de recherche réside donc dans le principe de pouvoir étendre les résultats obtenus après d'une population, d'un groupe ou d'un échantillon à d'autres groupes que ceux qui ont été étudiés. Toutefois, une question se pose alors, une telle recherche permettrait-elle à un seul médecin de mieux comprendre le phénomène de faire face à l'incertitude de la pratique professionnelle ? Il nous semble important d'assumer de fait que si nos résultats ne sont pas généralisables ils n'en sont pas pour autant moins universels. Si nos résultats auront perdu le

caractère généralisable, auront-ils pour autant perdu leur caractère commun ? Ce qui vaut pour l'un ne vaut-il pas aussi pour l'autre ? Certes, le fait de donner de la valeur aux caractères universel et commun de l'expérience humaine nous impose une limite, mais cela permet néanmoins la prise en compte d'une subjectivité qui reste au centre de la question de la limite des résultats de notre recherche. Nous assumons donc que les résultats, nécessairement partiels, soient reliés à une perspective particulière celle d'une recherche sur le terrain de la pratique professionnelle de certains médecins.

Par ailleurs, Le choix de retenir des moments-clés de la pratique des médecins, donc des espaces/temps délimités, comporte en soi des avantages mais aussi des limites. D'abord, le fait que les médecins participants mettent leur pratique en question nécessite une réflexion en profondeur. Cela ne va pas sans poser des problèmes de faisabilité, mais aussi un questionnement éthique lié à l'accompagnement par le chercheur des participants qui sont alors placés dans des postures lors des entretiens. On peut penser à la posture narrative de l'entretien biographique ou à la posture d'élucidation de l'action de l'entretien d'explicitation. Ces postures prennent des temps différents, des dispositions intellectuelles et des attitudes – par exemple à l'égard des silences – pour laisser l'oralité du récit trouver son chemin dans le vécu à la fois physique et corporel mais aussi psychique et émotionnel. Ici, l'importance est accordée au choix des mots et par extension au registre de verbalisation (Vermersch, 2017) plus ou moins consciemment, adopté par le médecin participant. Cette verbalisation qui peut être imaginaire, conceptuelle, descriptive, permet au médecin de se raconter autant qu'elle lui permet de raconter son histoire.

Ceci nous amène à aborder une autre limite dans la communication des résultats de recherche. Opter pour une présentation trop stricte des résultats ne permettait peut-être pas de rendre au lecteur toute la complexité des expériences des médecins participants alors, que d'un autre côté, nous laisser imprégner du phénomène d'être face à l'incertitude tel que vécu par des médecins pourrait nous amener à présenter des résultats plutôt complexes et ceci nous amène forcément à la question d'opter pour une forme de présentation qui respecte les différentes formes de l'expérience telle qu'elle fut vécue et racontée. Nous avons opté pour la voie du milieu. La thèse, telle qu'organisée et présentée, répond à une dimension du temps et de l'espace habituellement partagé par l'institution de la recherche et en même temps, nous suivons une trame souple en lien avec une

certaine idée de l’expérience soutenue dans cette recherche. Une des limites imposées par la lecture de cette recherche placera donc le lecteur devant une certaine complexité.

CHAPITRE 4 – ANALYSE DES RÉCITS BIOGRAPHIQUES

4.1 Premier niveau d'analyse : les moments clés des médecins de famille

Notre recherche appuyée sur des données plus profondes que des données de surfaces, avait besoin de souplesse et d'adaptabilité dans les échéanciers afin d'accommoder les multiples allers-retours réflexifs entre les entretiens. Il nous a donc fallu trouver des médecins acceptant de prendre ce temps nécessaire pour se laisser aller doucement, lentement en profondeur dans la réflexion sur leur pratique. En partant de notre participation au Conseil pédagogique (CP) du département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal (DMFMU), nous avons été en mesure de rencontrer des médecins de famille ayant des profils différents, mais avec la même volonté de chercher à mieux comprendre des enjeux auxquels leur pratique de la médecine était en train de les confronter.

Précisons que les trois médecins de famille qui ont participé à notre enquête avaient tous deux particularités. Premièrement, ils sont enseignants en médecins de famille et ont développé une réflexion pédagogique sur les enjeux auxquels les futurs médecins de famille pourront être confrontés, aspect que nous avons déjà abordé dans le chapitre 1 sur le contexte de notre recherche. Deuxièmement, ils ont développé à travers leur vécu, une réflexion sur les enjeux face auxquels leur pratique professionnelle les place. Ils sont tous trois, chacun à leur manière, des médecins engagés dans une quête de sens sur la médecine, aspect que nous avons déjà abordé au chapitre 2 sur les assises conceptuelles de notre recherche.

Les prochains paragraphes ont pour objectif de présenter succinctement, le parcours, le profil, les attentes et les aspirations des trois médecins de notre enquête nommés : Mai, Jun et Fre.

Pour Mai, la plus jeune des trois médecins, l'entrée dans la médecine n'a pas été un allant de soi. Le parcours de Mai, commence par une hésitation entre la médecine et la psychiatrie et se poursuit par une remise en question du savoir théorique. Mai a besoin d'éprouver le savoir, de le mettre à l'épreuve de ses sens afin que celui-ci lui permette de faire du sens. Elle vit l'enseignement

positiviste de la médecine comme une forme d'aridité provoquant une soif vers un savoir différent, plus en lien avec l'expérience. Mai a besoin de déconstruire le savoir pour mieux le reconstruire. Sa recherche est orientée vers la quête identitaire du médecin de famille en vue de répondre à cette question qu'elle se pose : « où est passé la vraie médecine ? ».

Pour Fre, un médecin en milieu de carrière, l'entrée dans la médecine résonne comme une entrée dans la vie. Rapidement intéressé par les humanités qui nourrissent une curiosité qui ne semble pas rencontrer de limites, Fre va se heurter à ce qu'il nomme « la dure réalité du généraliste ». Il va devoir prendre sur lui, « étouffer » sa curiosité pour mieux se concentrer sur des aspects plus ciblés du savoir. Fre à un rapport au savoir également conflictuel, entre une conception positiviste du savoir médical, centrée sur des faits et une conception plus interprétative centrée sur des phénomène, Fre oscille et choisit d'opter pour la mise en dialogue entre les deux. Il opte pour ce qu'il nomme « les deux têtes du médecin » et se place en situation de réaliser un dialogue intérieur entre la tête du spécialiste (positiviste) et celle du généraliste (interprétativiste). Sa recherche est orientée vers la quête d'une souveraineté qu'il a le sentiment d'avoir perdu au fil des aléas d'une pratique qu'il trouve politiquement et socialement malmenée depuis ces dernières années.

Pour Jun, une médecin en fin de carrière, l'entrée dans la médecine correspond avec plusieurs aspects. Un aspect, lié au phénomène d'être parmi les première femmes à exercer la médecine de famille. Un aspect lié au phénomène de vivre une souffrance liée à l'omnipotence de la médecine et la nécessité de faire face au sentiment d'impuissance que les situation difficiles, chaotique, provoquent en elle. Jun se demande à quoi sert la médecine, quelles sont les limites de cette dernière. La recherche de Jun est orientée vers cette question qu'elle se pose : « que signifie être médecin ? ».

4.1.1 Les moments de Mai

4.1.1.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine : hésitation et groupe d'intérêt

Lorsqu'elle évoque son parcours vers la médecine, Mai commence avec le passage par le Cégep et la nécessité de performer. Toutefois, si les résultats permettent à Mai de s'orienter vers la médecine, ce choix est aussi guidé par trois autres facteurs :

1- le pouvoir de la pratique de la médecine;

2- la volonté d'apprendre l'histoire des gens;

3- la dimension humaine de la médecine.

Mai mentionne avoir eu un gros choc en entrant à l'université avec les sciences fondamentales qui lui paraissaient sèches, arides. Elle a de la difficulté à se motiver et à faire du sens.

> Lorsque, je suis entrée en prémed à l'université, j'ai eu un gros choc avec les sciences fondamentales, qui me paraissaient sèches. J'ai vraiment eu de la misère à me motiver et à faire du sens de tout cela. Malgré mes bonnes notes j'éprouvais des difficultés à m'intéresser à cette matière que je trouvais très aride.

Pour Mai la question du sens se trouve au centre de son choix. Pour elle, la médecine n'est pas seulement une science, mais également un art et une pratique dans laquelle elle veut trouver un certain pouvoir d'agir du praticien. De plus, sa volonté d'apprendre « l'histoire des gens », témoigne combien l'aspect humain est présent dès le début de son parcours dans la médecine.

Durant son parcours universitaire, c'est en s'impliquant dans ses apprentissages que Mai parvient à maintenir sa motivation. Elle perçoit les enjeux de la médecine à travers son implication dans des activités non formelles (évènements) plus expérientielles plutôt que par les connaissances formelles plus théorique.

Mai a une hésitation entre la médecine de famille et la psychiatrie, mais elle trouve cette dernière très médicale et un peu lourde, préférant ce qu'elle nomme la « soft psychiatrie ».

> J'ai eu une hésitation avec la psychiatrie que j'ai beaucoup aimé, mais il y avait quelque chose qui me ne plaisait pas. Je trouvais que c'était très médicale, très lourd. J'aimais beaucoup ce que j'appelais la « soft psychiatrie », c'est-à-dire monsieur et madame tout le monde qui traverse une phase difficile dans sa vie et que tu vas aider. Finalement, je

> suis rentrée dans la famille à ce moment-là et je suis rentrée aussi rapidement par la porte arrière c'est-à-dire par tous les enjeux des médecins de famille, ce qui se passe dans les coulisses.

Finalement, Mai entre dans la médecine par la petite porte, c'est-à-dire qu'elle privilégie la dimension informelle pour assurer son cheminement. Elle ne cherche pas à devenir médecin uniquement en accumulant des connaissances scientifiques. Elle cherche aussi à devenir médecin en jouant les rôles du médecin, en s'identifiant à des figures emblématiques significatives (mentors, pairs, référents, etc.) qui lui permettent de se créer un regain d'intérêt pour la profession.

4.1.1.2 Moment 2 : L'externat : le rapport au savoir

Sur le plan académique, Mai est une étudiante centrée sur l'apprentissage qui développe des stratégies en vue de performer aux examens. Elle n'est pas tant motivée à étudier les matières qui restent très abstraites, sans saveurs et dénuées de sens à ses yeux, ce qui l'intéresse c'est d'apprendre à être efficace dans ses apprentissages.

> Au niveau académique, je n'étais pas motivé à étudier, c'était plutôt d'apprendre à être efficace dans l'apprentissage c'est-à-dire d'apprendre ce que l'on va demander à l'examen ou d'apprendre ce qui va servir dans la vie future.

Mai se voit comme une rebelle qui trouve que les études en médecine manquent de trois dimensions : (1) de saveur, (2) de sens et (3) de pratique. Si elle reconnait l'importance de la théorie dans les apprentissages, elle dit aussi avoir besoin d'apprendre à partir de son vécu.

> J'étais un peu en rébellion. Je trouvais que les études manquaient de trois dimensions : elles manquaient de saveur, de pratique et de sens. J'ai réalisé cela dans ma vie ; que j'avais besoin pour apprendre de faire l'expérience du savoir, de le vivre. D'ailleurs, une des raisons pour lesquelles j'aime tellement le partenariat-patient c'est d'apprendre par l'expérience du patient. Pour moi, c'est comme si – après – la maladie ou la théorie prend forme, elle devient quelque chose, sinon ce n'est rien pour moi, c'est comme du papier, on dirait que cela ne s'incarne pas tant que je ne l'ai pas éprouvé, ressenti, vécu en trois dimensions avec mes sens.

On peut également constater que Mai souligne comment ce manque dans les trois dimensions de ses apprentissages ont influencé son parcours dans la médecine. Mai établi un lien entre son apprentissage et l'expérience. Ce qui n'est pas sans évoquer celui que nous défendons dans cette thèse.

1- la saveur : Il en va du savoir comme du goût, certaines connaissances demandent à être expérimentées dans la pratique, faute de quoi il ne sera pas possible d'apprécier leur qualité gustative. La proximité phonologique entre savoir et saveur permet d'évoquer l'étymologie du mot *savoir* qui renvoie au sens d'« avoir du goût » (Rey, 2001, p. 3403).

2- La pratique : En faisant, il est possible d'apprendre. L'action est potentiellement porteuse d'un savoir en construction.

3- le sens : peut-être vu de trois manières différentes et complémentaires :

- Le sens comme sensation. Relié à la saveur, le sens est ce qui permet à l'adulte de percevoir, d'apprécié, de jauger le savoir;
- Le sens comme direction évoque les chemins et les avenues possible qui mènent au savoir et à la faculté de juger;
- Le sens comme signification est ce qui concerne la relation entre un objet perceptible (y compris objet de savoir) qui renvoie à une autre réalité que lui-même (Rey, 2001, p.3459) en bref, le sens comme signification est ce qui permet à l'adulte d'interpréter.

Au début de la résidence. Mai est fâchée car elle estime que ses apprentissages scolaires ne sont pas utiles dans la pratique. Une fois rendu au moment du début de la résidence. Mai observe que le manque d'apprentissage pratique ne lui permet pas de répondre efficacement aux exigences de ses supérieurs. Cela lui ajoute un stress supplémentaire. Mais au cours d'un stage, Mai fait deux rencontres significatives. Une première rencontre avec un vieux médecin qui l'emmène faire ses tournées. Sa vision de la médecine, centrée sur la relation avec les patients, plait beaucoup à Mai. La seconde rencontre avec le recruteur de la région qui lui permet de comprendre la vision communautaire dans laquelle exercer une médecine en connaissant les gens et en connaissant l'organisation et le fonctionnement d'un village. À travers ces deux rencontres Mai a pu se créer un regain d'intérêt pour la pratique d'une médecine de proximité et de continuité de soin.

Au cours de l'externat Mai se dit frappée par le manque de globalité et d'humanité. Et semble prendre conscience que quelque chose lui manque. Ne se sentant ni nourri ni à sa place elle envisage de quitter la médecine sans concrétiser. La science biomédicale ne la nourrit pas suffisamment pour compenser son sentiment de mal être et de manque. Pour Mai le prix à payer de la médecine, c'est de ne pas être suffisamment nourrie d'humanité. C'est afin de combler le mal être et le manque que Mai est en quête de sens et de saveur.

> L'externat m'a confirmé mon rôle de médecin de famille et j'ai vécu quand même beaucoup d'épisode où j'ai été frappée par un manque de globalité, un manque d'humanité. Finalement, mon externat se fini, ça se passe bien, j'apprends toutes sortes de choses et puis finalement je décide d'appliquer en médecine de famille, là il n'y a pas de question qui se pose. Et je décide d'appliquer à Mont-Laurier. Je pars deux ans en région.

Au cours de la résidence, Mai découvre le pouvoir du suivi du médecin de famille. Un pouvoir aussi dans la connaissance que le médecin peut avoir du patient. Mai apprend la puissance de la relation d'abord de façon pratique et de façon plus intellectuelle par la suite, plaçant la pratique en amont de la théorie.

Que signifie connaitre le patient ? Ce n'est pas connaitre son nom, son numéro de matricule, c'est surtout connaitre la vie d'une personne, ses forces, ses faiblesses. Pour qu'il y ait vraiment une puissance dans la relation, Le médecin ne devrait-il pas d'abord apprendre à se connaitre lui-même avant de pouvoir connaitre le patient ? Cette forme de connaissance requiert d'abord de faire l'expérience avant de pouvoir mettre des mots, des concepts sur le vécu.

Ce moment qui reste marqué par le désir de faire l'expérience avant de connaitre, de vivre des expériences avant de lire sur des sujets, permet au médecin d'éprouver le savoir, c'est-à-dire de mettre le savoir à l'épreuve des sens, des perceptions et pensées, mais aussi des doutes et des imperfections des perceptions et des pensées et cela humanise le médecin. Finalement, c'est peut-être le désir qui humanise le médecin.

> Je me suis toujours sentie médecin de famille, mais en même temps moi j'ai toujours eu un gros enjeu en fait j'ai vraiment une espèce d'ambiguïté par rapport à la médecine. On dirait que par rapport à la médecine […], il y avait aussi quelque chose que je fuyais dans cette science positiviste.

Le rapport à la médecine de Mai est marqué par un enjeu. Sur le plan identitaire, elle s'est toujours sentie médecin de famille tandis que sur le plan de la médecine, elle est un peu en rejet du paradigme positiviste de la science appliquée.

4.1.1.3 Moment 3 : Le prix à payer de la médecine

À travers son parcours, sa quête, Mai prend conscience que quelque chose lui manque. Ne se sentant ni nourri ni à sa place, elle envisage de quitter la médecine sans concrétiser. La science biomédicale ne la nourrit pas suffisamment pour compenser son sentiment de mal être et de

manque. Pour Mai le prix à payer de la médecine c'est de ne pas être suffisamment nourrit d'humanité. Pour combler le mal être et le manque, Mai est en quête de sens et de saveur.

> C'est comme si au travers de mon parcours, il y avait quelque chose qui me manquait. Je ne sentais pas nourrie. […] J'ai longtemps eu une espèce de mal-être, un sentiment – c'est ça – de manque, vraiment qui manque quelque chose et que cette science biomédicale ne me nourrit pas assez pour compenser. Si j'avais cette autre chose, que je cherche, cela me permettrait d'accepter qu'il y ait cette lourdeur de responsabilité, le prix à payer, si tu veux de la médecine. Ce qui me nourrit, c'est l'humain et je trouve qu'on ne me nourrissait pas assez d'humain, on était pris par toutes sortes de connaissances des maladies d'abord.

Cependant, Mai développe, très tôt dans sa formation pratique, le sens de l'autonomie professionnelle. Elle assure elle-même le suivi de patients et découvre pour la première fois les limites de ses supérieurs. Confrontés à des cas complexe, ils ne savent pas plus qu'elle. Être autonome, d'après le dictionnaire, signifie « qui est régi par ses propres lois » (Rey, p.264). L'autonomie, c'est littéralement la capacité que peut avoir une personne de fixer ses propres règles, ses propres limites.

> Toutefois, ce qui s'est développé chez-moi, c'est l'autonomie, l'autonomie professionnelle. C'est-à-dire qu'à Mont-Laurier, on nous laissait quand même voir nos patients et on avait notre Case Load de prise en charge, on était plus autonome dans le suivi même si on était supervisé évidemment. Mais quand même, c'est toi qui appelles le spécialiste s'il y a une question et tu sens aussi pour la première fois la limite de tes patrons. Tu vas être confronté à des trucs qu'ils ne savent pas plus que toi ou que même, tu sais plus qu'eux. Donc, ça a vraiment permis de développer l'autonomie, la réflexion, puis j'ai commencé à développer un peu mon style propre de pratique.

Que signifie développer son propre style ? On pourrait associer le style de Mai à sa manière particulière de pratiquer la médecine. En plaçant la relation et l'humain au centre de sa pratique elle adopte volontairement et de façon un peu rebelle des valeurs plus humanistes – ce qui résonne avec la définition que donne le dictionnaire du style (Rey, p. 3658). En fait, c'est un peu comme si certains médecins choisissaient volontairement et délibérément de donner plus d'importance à la relation et à l'humain que leur rôle ne les y oblige. À travers son style, Mai adopte une qualité de comportement, des habitudes et une manière particulière de s'exprimer que nous dirons plus authentique, et qui caractérise sa pratique médicale. Il s'agit toutefois, d'une certaine médecine, que nous appelons « médecine humaniste » en comparaison à une médecine plus conventionnelle, c'est-à-dire plus respectueuse des limites posées par les lois, les normes professionnelles, les guides et les référentiels qui réglementent la profession. En tant que médecin humaniste, Mai va

questionner les lois, les normes et les guides, elle va se tourner délibérément vers d'autres référentiels, dans les humanités, dans les sciences humaines et sociales des éléments de réponse à sa quête de sens et de saveur.

4.1.1.4 Moment 4 : Défier les « Guidelines »

C'est parce qu'elle apprend à partir de son expérience que Mai a besoin que les connaissances issues de la théorie s'incarnent ou s'ancrent pour être en mesure de les mettre en action. Elle a besoin de vivre (donc d'agir) avant de pouvoir revenir sur son vécu et sur les cas auxquels son expérience la confronte. On retrouve ici, une certaine idée de l'expérience telle que nous la retenons dans cette thèse : « L'acte, ou l'ensemble d'actes, par lequel l'homme se saisit dans sa relation avec le monde, espace et temps. C'est l'expérience la plus personnelle, puisqu'elle permet la rencontre de la personne avec son propre rapport au monde. » (Hess et Weigand, 2008p. 13). Il y a dans cette définition de l'expérience, l'idée que le monde et, par extension, la connaissance ne nous est pas donnée, mais qu'il nous faut nous saisir, c'est-à-dire poser le geste, l'acte de se prendre soi-même dans la relation avec le monde.

> J'ai appris beaucoup par l'humain, j'apprenais par mes cas, j'avais un patient qui avait un problème et puis là ça me motivait à faire quelque chose donc j'apprenais par l'action, par l'expérience. Tu as des connaissances théoriques, mais pour moi elles s'incarnaient ou elles s'ancraient vraiment quand je devais les mettre en action parce que j'y étais confrontée.

C'est parce que Mai préfère que les guides de pratiques ne lui disent pas quoi faire qu'elle va développer un gout pour les situations complexes, pour les situations qui lui permettent d'arriver aux limites des guides de pratique. C'est là où il n'y a plus de réponses écrites qu'elle peut commencer librement à réfléchir sur sa pratique. C'est là où la médecine peut aussi être vue comme un art, c'est-à-dire une pratique qui requiert du talent, de l'habileté, de la ruse mais aussi de la technique et de la méthode.

> Également, j'aimais beaucoup quand les guidelines ne me disaient pas quoi faire, quand on arrivait à la limite des guidelines, alors là, j'aimais et j'aime encore beaucoup ça. Parce qu'il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de réponse écrite sur ce que tu dois faire et c'est là où c'est devenu un art. À la résidence, j'ai développé ce côté-là et les gens venaient me parler quand il y avait des cas complexes. Je suis contente d'être allée en région parce qu'on est moins desservi par les spécialistes et les gens se considèrent moins comme des experts, tout le monde se considère. On n'a pas grand-chose et on fait

> avec ce qu'on a. On apprenait beaucoup par nous-même, parce qu'on n'avait pas de spécialistes, donc les cours, c'étaient les résidents, on se les donnait nous-même.

Ce que Mai retient de ce passage en région rurale, c'est la rareté des spécialistes qui incite l'ensemble des collègues à se considérer eux-mêmes comme des spécialistes qui auraient à s'organiser et à collaborer ensemble afin d'apprendre par eux-mêmes. Les cours sont donnés par un résident responsable de la journée et qui va lire sur le sujet puis qui partage avec les collègue et l'ensemble du groupe peut parler sur le sujet. Mai termine sa résidence dans un grand centre urbain qui sera pour elle un choc culturel, mais elle conservera de son passage en région, la capacité de considérer l'essentiel, d'avoir le droit de composer, de ne pas être l'hyper spécialiste qui fait toujours les bonnes choses. Elle apprend à retenir ce qui fait du sens pour elle et ce qui la nourrit sur le plan de la pratique. Parmi ces apprentissages, on retrouve la capacité de considérer l'essentiel et de se distancier d'un guide de pratique.

> […] J'aime aller de l'autre bord, voir comment ça se réfléchi, comment les décisions se prennent. […] Tu comprends à un moment donné qu'il y a toujours des idéologies derrières qui sous-tendent et puis des choix qui sont faits et ça a toujours été important pour moi dans mon parcours de comprendre les choix qui étaient fait, on dirait que cela me donne plus de liberté après. Comme à XXXXX avec les guides de pratiques, c'est quand tu comprends commet sont fait les guides de pratiques qu'après cela tu as plus de liberté pour les suivre ou pas. C'est la même chose avec les règlements.

Ce que Mai cherche, c'est à mieux comprendre les choix qui sont faits dans le but de se donner à elle-même de la liberté. Elle se joint à des comités, tel le comité d'évaluation des résidents, afin d'apprendre dans les coulisses et en étant dans le système pour voir comment les choses se réfléchissent et comment les décisions se prennent. Cela lui donne l'opportunité de comprendre qu'il y a toujours des idéologies qui sous-tendent les choix. C'est en comprenant comment les guides de pratiques ou les règlements sont fait qu'il devient possible d'avoir la liberté de les suivre ou pas. Elle agit comme un analyseur institutionnel qui cherche à travers des critères, tel le critère du pouvoir, comment retrouver un peu de pouvoir d'agir. Elle cherche à retrouver ce que l'on pourrait nommer l'*empowerment* dans sa pratique.

4.1.1.5 Moment 5 : La croisée des chemins

Mai a dû mal à concevoir qu'elle va commencer la pratique. À la fin de sa résidence, elle vit une étape importante de son parcours dans la médecine qu'elle a dû mal à concevoir : comment faire

pour s'autoriser à être médecin ? Comment faire les bons choix lorsqu'on n'a pas de temps devant soi ? Devenir professionnel ne se fait pas en un seul jour. Un professionnel se construit progressivement dans son parcours d'étudiant et différentes étapes doivent lui permettre de développer sa propre identité professionnelle. Elle étouffe et sent que c'est impossible. Elle vit difficilement le phénomène de vouloir faire du bureau en médecine de famille et de devoir s'enraciner et suivre des patients. Elle trouve qu'il est difficile de faire des choix de lieu d'exercice et que les choses se déroulent trop rapidement. D'ailleurs d'une manière générale, Mai à le sentiment que son parcours en médecine va trop vite et qu'elle n'a pas le temps.

> Tout le monde est en train de se chercher un peu. Moi, j'ai visité quelques cliniques, mais je ne pouvais pas concevoir que j'allais commencer la pratique, j'étouffais, je sentais que c'était impossible. En plus, en médecine de famille l'affaire c'est que quand tu commences – moi c'est le bureau que je voulais faire – quand tu commences du bureau, cela t'enracine, tu dois prendre tes patients, tu les suis. Bon, tu peux quitter si tu veux mais c'est très difficile. Donc, l'endroit que tu choisis, il faut que tu y penses bien et puis on dirait que je trouvais que c'était trop rapide. J'ai souvent ressenti dans mon parcours, tu sais ça va trop vite, on n'a comme pas le temps.

On peut voir à travers le discours de Mai des éléments d'une quête identitaire comme médecin de famille et les difficultés rencontrées dans son cheminement vers la profession. Mai se tourne vers la recherche. Ne connaissant que la recherche quantitative, elle découvre en même temps, le monde de la pédagogie médicale et celui de la recherche qualitative.

> Je me sentais vraiment submergée et là, quelqu'un m'a parlé d'un programme à l'université : le clinicien érudit. Tout ce que je comprenais de ce programme c'est que c'était de la recherche et puis moi tout ce que je connaissais de la recherche, c'était de la recherche quantitative. Alors, je vais lire sur le programme et là ça parlait de recherche, oui, mais si tu es intéressée par la pédagogie médicale. Puis, un ami m'a parlé de la recherche qualitative, une autre façon de faire de la recherche et cela a été une des meilleures décisions de ma vie : de faire ma maîtrise en pédagogie médicale finalement. Et, la découverte de la recherche qualitative, des humanités, des sciences sociales, pour la première fois, là je sentais que cela répondait à la soif que j'éprouvais depuis le début. Cela apaisait quelque chose. Là, cela faisait sens et puis on dirait que cela me permettait de réfléchir mes cas. Alors, il y a eu la maitrise c'est sûr, et puis il y a l'équipe, le R3.

La découverte de la recherche qualitative, associée aux humanités et aux sciences sociales répondent à la soif qu'elle éprouvait au début de sa scolarité. Le fait de pouvoir donner du sens à ses apprentissages permet à Mai de se créer un regain d'intérêt pour la médecine. Il faut également mentionner que Mai ne fait pas cela toute seule dans son coin, elle mentionne l'équipe qui n'est pas sans évoquer l'importance de la rencontre déjà mentionné précédemment.

4.1.1.6 Moment 6 : Déconstruire le savoir pour mieux le reconstruire

Mai continue sa résidence dans une autre équipe en milieu urbain. Elle évolue dans une équipe multidisciplinaire et elle passe d'un statut de star qu'elle avait en région éloignée et celui de devoir montrer ce qu'elle a à amener. Après avoir été habituée à être mise en valeur par ses pairs en région, Mai découvre que dans un milieu plus urbain, il faut faire ses preuves et être en mesure d'apporter quelque chose, une plus-value envers l'équipe avant de pouvoir être reconnue.

> On était dans l'excellence et il fallait connaitre les guides de pratiques et puis là, j'arrive à Sainte-Agathe tu as une psychologue qui est là, qui amène toute l'expertise de la psychologie. Tu sais, il y a un savoir en psychologie, moi, comme je te dis, j'étais très instinctive mais il n'y avait personne pour me challenger, j'étais là, au sommet, parce que juste par intérêt ou par talent, je ne sais pas trop. Mais, j'arrive là et il y a toute l'expertise…en tout cas bref, pour moi, cela a été une déconstruction totale de tous mes savoirs. De plus, la recherche qualitative allait à l'encontre de tout ce que j'avais appris de la science positiviste. En plus, on me dit que je ne connais rien en santé mentale, dans le fond, on ne me l'a pas dit comme cela, mais c'est ce que je comprends et là l'excellence. Bref, gros coup à l'ego, mais en même temps, plaisir formidable, comme je découvrais vraiment un monde cela faisait sens, j'avais l'impression d'être vraiment à la bonne place pour comprendre ce qui se passe en médecine de famille, parce que comme je dis, il y a tellement de chose qui se passent dans la rencontre avec les patients : le transfert, les enjeux, la tension, les relations et on ne m'avait pas appris à le réfléchir, je le voyais, je le sentais instinctivement, je m'y intéressais, toute seule.

Mai évolue alors dans un milieu où il faut connaitre les guides de pratique. Chacun possédant sa propre expertise, elle se sent stimulée par la nécessité de devoir faire face à l'expertise de ses collègues. Cette expérience résonne comme une déconstruction de ses savoirs. Elle ajoute que la recherche qualitative allait à l'encontre de ce qu'elle avait appris de la science positiviste. La santé mentale auquel elle s'intéresse depuis ses débuts ne lui est pas reconnue comme domaine d'expertise, ce qui donne un coup à son égo. Toutefois, elle éprouve parallèlement le plaisir formidable de découvrir un monde qui fait sens à ses yeux et au sein duquel elle se sent à la bonne place pour comprendre ce qui se passe en médecine de famille, à travers la rencontre avec les patients, elle découvre le transfert, les enjeux, la tension, les relations, autant d'éléments sur lesquels on ne lui a jamais appris à réfléchir. À partir de cette situation elle est en mesure de voir, de sentir, d'éprouver avec les sens et pas seulement intellectuellement.

> Mais, là, j'apprenais qu'il y avait un savoir qu'on pouvait mettre là-dessus et que l'on pouvait réfléchir cela et que le médecin de famille à travers la puissance de la continuité,

> à travers la puissance de la connaissance de l'autre et puis de la relation comme outil et par la puissance de son rôle perçu, c'est-à-dire que l'on n'est pas le grand spécialiste – je ne sais pas comment dire – c'est comme si on me montrait une nouvelle couleur. Donc, encore une fois, la R3 a comme consolidé, ça m'a permis de réfléchir – à un niveau plus méta – ce qui est en train de se passer, de se regarder faire avec les patients.

Parallèlement, Mai découvre qu'il y a un savoir à mettre sur les éléments de la rencontre avec le patient, que ce savoir peut être réfléchi par le médecin de famille. Mai établie un lien entre ce savoir comme connaissance de l'autre et la puissance de son rôle entant que médecin et elle voit dans la relation, un outil qui lui permet de réfléchir autrement :

Pour Mai, cet acte de réfléchir est sur quatre plans :

1. La continuité;
2. La connaissance de l'autre;
3. La relation;
4. Le rôle perçu.

Même si elle n'est pas perçue comme le grand spécialiste, Mai à l'impression qu'on lui montre une nouvelle couleur, elle peut réfléchir à un niveau métacognitif à ce qui est en train de se passer et de se regarder faire avec les patients.

4.1.1.7 Moment 7 : Au-delà des normes vers une quête identitaire

Mai vit un moment de tension identitaire. Cette tension lui fait ressentir une insécurité. Elle cherche à fuir la science positiviste et le savoir médical, mais elle se rend compte que cette fuite en avant l'insécurise et lui fait se sentir imposteur. Au cours de la fin de sa résidence. Mai éprouve un sentiment d'imposture qu'elle parvient à dépasser grâce à l'équipe qui lui permet de légitimer ce sentiment et de faire comprendre à Mai que cela fait partie du travail du médecin.

> Cela a été aussi un moment de tensions identitaires très fortes chez moi. En termes d'insécurité, parce que là il y avait aussi quelque chose que je fuyais dans cette science positiviste, ce savoir médical et puis quand tu fuis à un moment donné cela t'insécurise, tu te sens imposteur et puis tu sens que ce n'est pas la norme. Ce R3 était quand même une façon de se dire : il y avait peut-être moyen de le vivre, sans être imposteur. Parce que j'ai eu une équipe autour de moi qui a légitimé ça, qui lui a donné la place, qui l'a mis en lumière. C'est-à-dire que ce n'est pas un bonus, ce n'est pas quelque chose en surplus du travail médical, c'est dans le travail du médecin, cela fait partie du travail.

Mai parvient à consolider ses apprentissages qui deviendront parmi les apprentissages les plus précieux de son parcours et qu'elle classe parmi les apprentissages de l'expertise. Elle estime que cette partie de l'expertise n'est pas encore assez comprise. Pour elle, ce qui est important c'est d'écouter le patient avec justesse et authenticité. C'est à ces conditions que la relation va changer et que le médecin peut être vu comme un médicament, c'est-à-dire que médecin lui-même devient thérapeutique, par sa personne et pas juste par ses actions. Ce qui est intéressant c'est que Mai semble souligner qu'il y aurait quelque chose de thérapeutique dans la passivité du médecin, lorsque ne faisant rien, dans sa présence, dans le moment d'écoute des besoins du patient.

> Ce sont les apprentissages les plus précieux de mon travail. C'est-à-dire que ce que j'apprends là, c'est vraiment l'expertise du médecin de famille et puis je trouve qu'elle n'est pas encore assez comprise […]. Par exemple, si j'observe une relation entre le résident et puis la patiente. Le résident écoutait la patiente mais elle ne s'est pas sentie écouté et moi je lui donne des trucs pour lui dire comment elle pourrait se sentir plus écouté et si elle se sent plus écouté cela va changer la relation, mais ça peut avoir l'air d'un truc de magie, d'un faux truc. Mais, l'important c'est que tu l'écoutes, mais non ce n'est pas juste ça. C'est là où j'essaie de leur expliquer comment tu es comme médecin un médicament ! Comment tu es thérapeutique toi-même, par ta personne, pas juste par tes actions, tes médicaments, etc. Mais c'est très difficile à expliquer parce que pour eux, ce n'est que le savoir médical qui compte.

Finalement, Mai évoque le problème que pour les résidents en formation qu'elle accompagne, toutes ces habiletés et savoirs-être sont difficiles à expliquer et à transmettre. De plus, elle, souligne que pour les résidents le savoir médical occupe une place très centrale. Ce qui semble laisser penser que les étudiants en médecine opèrent une hiérarchisation épistémologique, accordant plus d'importance au savoir issu des sciences médicales qu'aux savoirs issus de la pratique.

4.1.1.8 Moment 8 : Mais où est passée la vraie médecine ?

Mai aborde la question de l'identité du médecin de famille à travers le doute identitaire qu'elle éprouve. La construction de son identité professionnelle reste marquée par une hésitation entre être médecin de famille et devenir psychologue. Elle se demande si elle n'est pas en train de faire de la médecine comme moyen de faire de la psychologie ou si elle est vraiment médecin de famille.

> Quand je fais le soin à domicile, je vois les gens et puis il y a beaucoup de chose que je vais faire, je peux arranger un petit truc pendant que je passe et puis je l'écoute et je lui donne la main et puis…et j'avais une discussion avec Patrick justement et puis je lui disais que j'aimais à un moment donné, quand je ne faisais pas de la médecine, c'est ça

> que j'aime, dans ces moments on dirait que je retiens les moments où j'ai fait un geste, j'ai dit un mot.

Quand elle évoque sa pratique du soin à domicile, Mai revoit tous les petits gestes qu'elle peut faire pour les patients au quotidien. Dans le fond, Mai se demande si ce qu'elle aime dans la médecine c'est lorsqu'elle ne fait pas de la médecine (au sens strictement médical). Ce qu'elle retient de ces moments comme médecin ce sont les moments où elle fait un geste comme un petit rien.

4.1.2 Les moments de Fre

4.1.2.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine comme une entrée dans la vie

Le premier moment évoqué par Fre concerne son parcours dans la médecine. Fre fait un parallèle : pour lui l'entrée dans la médecine est comme une entrée dans la vie et l'on peut constater que son parcours est imbriqué dans la construction d'une identité professionnelle qui repose sur des valeurs qu'il met en lien avec ce qu'il enseigne et ce qu'il cherche.

> Je suis entré en médecine à 18 ans. La médecine n'est pas juste une époque de ma vie, c'est devenu ma vie ! J'ai passé plus que la moitié de ma vie en médecine. Je suis médecin jusqu'à la plus profonde fibre de moi-même. Même quand je n'y pense pas, j'ai vraiment internalisé ça. J'ai beaucoup réfléchi à qu'est-ce que c'est être médecin. J'ai fait mon mémoire de maîtrise là-dessus, sur les valeurs des jeunes médecins, alors je suis très habité par cela. J'enseigne, je fais de la recherche, c'est vraiment quelque chose qui est très nourrissant et qui est très exigeant aussi.

Pour Fre, il n'y a pas de réelle différence entre sa propre vie et la médecine. Fre se définit comme médecin au plus profond de lui-même et au fil du temps et de sa pratique ce sont les valeurs des jeunes médecins qui continuent de l'intéresser et de faire partie de son enseignement et de son questionnement.

Lorsqu'il évoque le début de son parcours. Fre souligne qu'il est entré en médecine en 1998 avant tout parce qu'il savait que cela aller faire plaisir à ses parents et les rendre fier. Puis dans un second temps, il souligne qu'il avait les notes lui permettant de prétendre à étudier la médecine. Fre explique qu'il est entré en médecine pour deux raisons :

1- pour faire plaisir à ses parents

2- il a les notes pour le faire

> J'ai la chance d'avoir eu des grands mentors en médecine, dont un qui l'est encore. Il a fait mon entrevue d'admission et puis c'est quelqu'un avec qui je travaille encore. Un bon ami maintenant. Puis quelques années plus tard, alors que j'étais dans un stage avec lui, il m'a demandé : « pourquoi es-tu rentré en médecine ? » Et puis je lui dis : « Bien tu m'as déjà posé la question il y a quatre ans quand tu m'as admis » et il m'a dit : « non, cette fois-ci je voudrais la vraie réponse ! ». Je me souviens que j'ai dit : « OK, donnez-moi la soirée, je vous en reparle demain, je vais mettre un peu d'ordre dans ma tête ». Et puis je suis arrivé et ma réponse était très simple, j'ai dit : « je suis rentré en médecine pour faire plaisir à mes parents ». C'est ça la vraie raison. À cet âge-là, à 18 ans, en sortant du cégep, je savais que cela allait rendre mes parents très fiers. Alors la vraie raison, c'était ça, l'autre raison, c'est que je pouvais. J'avais les notes pour. À cet âge-là, je disais : c'est cool, c'est une belle profession.

Fre ne vit pas facilement ses débuts en médecine. Ne se sentant pas vraiment à sa place, il n'éprouve pas de sentiment d'appartenance et il dit être arrivé en médecine à une époque où c'est la spécialité qui est surtout valorisé. Mais Fre, rêve de devenir médecin de famille.

> Au tout début, autant je me sentais à ma place, autant je ne sentais pas que je faisais partie de cette caste, de ce groupe. J'avais un peu de difficulté, je n'avais pas les mêmes référents. Je me souviens, je suis arrivé en médecine en 98 c'était une époque différente ou ce qui était très valorisé ; c'était la spécialité, la spécialisation. Depuis la première année, je voulais être médecin de famille, j'avais ce rêve un peu fou et romantique d'être un médecin de famille de campagne mais au centre-ville de Montréal.

4.1.2.2. Moment 2 : Les humanités

Les humanités et les sciences sociales exercent une influence majeure dans l'expression du rapport au savoir de Fre. À travers son parcours, Fre manifeste un grand intérêt pour la philosophie qui occupe une place importante dans son rapport au savoir. De plus, Fre prend soin d'exprimer un intérêt marqué à l'égard de la recherche qualitative et sur le plan de l'épistémologie de la recherche. Avec cet intérêt marqué Fre, tente de compenser un manque qui semble suggérer que les études en médecine du moins pendant les premières années ne sont pas suffisamment ouvertes vers les approches qualitatives de la recherche et l'ouverture vers une mise en dialogue des épistémologies.

> J'ai toujours eu aussi un grand intérêt pour tout ce qui est humanité, sciences humaines. Je me souviens en première année de médecine je me choisis des cours à option qui sont en Anthropo, en Philo. Je commence à poursuivre un peu plus d'études en philo à ce moment-là. Il y a toujours le spectre des humanités ou des sciences sociales qui n'est pas trop loin qui m'intéresse et puis d'ailleurs j'y reviendrais à la fin de mon parcours quand je finis tout et qu'en pratique, je me remets aux études en éducation médicale vraiment pour développer tout l'axe de recherche qualitative, épistémologie, tout ce qui m'a manqué pendant mes études, on dirait.

4.1.2.3 Moment 3 : La dure réalité du généraliste

À un moment, Fre dit s'intéresser de façon académique à partir d'une posture épistémologique plus en adéquation avec une vision de la recherche qualitative. Fre cherche à exercer une influence sur son propre rapport à la médecine, comme pour corriger un manque vécu au cours des premières années de formation. Il s'interroge sur ce qui caractérise la différence entre le raisonnement du généraliste et celui du spécialiste. Pour Fre, le spécialiste est celui qui sait ce qu'il sait et qui applique ses connaissances. Le généraliste est celui qui, ne sachant pas nécessairement, cherche à faire des liens entre les connaissances.

> Je me suis intéressé de façon académique à cette question un certain moment, comprendre la différence entre un généraliste et un spécialiste. La façon la plus simple de l'expliquer c'est quand je dis : « moi, quand je vais sur Wikipédia, je ne finis jamais une section, il y a toujours un mot en bleu que je peux cliquer et j'y vais et à la fin, si tu me demandes : « qu'est-ce que tu as appris ? » Eh bien, je ne sais pas, mais je viens de passer deux heures à être curieux et puis à lire, à faire des liens que je ne pensais pas faire ». Elle est là la richesse du généraliste. Le spécialiste, il sait ce qu'il sait, le généraliste, il fait des liens.

Il est important de souligner que Fre exprimera plus loin, qu'il ne voit pas d'opposition entre ses deux fonctions, mais plutôt une sorte de complémentarité intrapsychique. Il parlera des deux têtes du médecin pour bien illustrer qu'il existe en lui une dialogique entre le raisonnement du généraliste et celui du spécialiste. La réflexion de Fre sur la distinction entre le raisonnement du généraliste et celui du spécialiste l'amène aussi à parler des difficultés éprouvées par le généraliste pour « vendre » son raisonnement car il manque de cette rigueur que le spécialiste doit acquérir pour appliquer son savoir et faire usage de ses connaissances. Toutefois, la façon privilégiée d'apprendre de Fre passe par l'expérience, la curiosité et la capacité de s'intéresser à tout, en même temps. Il mentionne avoir vécu cette rigueur obsessionnelle du spécialiste comme un apprentissage douloureux, mais dont l'issue se révèlera très bénéfique pour sa pratique clinique. Fre explique que la marchandisation des compétences dans notre société moderne est plus difficile pour le généraliste. Car il est plus facile de vendre un savoir déjà modélisé que de vendre des liens permettant de modéliser son propre savoir.

> Dans notre société moderne, c'est un peu moins monnayable, les compétences d'un généraliste. Je suis un généraliste, mais la médecine est difficile pour un généraliste. On a beau dire qu'on valorise ça – c'est difficile – parce que même apprendre la médecine, réussir ses cours, réussir ses stages, on te demande d'avoir une approche spécialiste, pour connaitre : « là, on est en cardiologie simplement et puis il faut connaitre ça à fond », on ne te demande pas de faire des liens, c'est ça qu'il faut connaitre et cela

> demande une rigueur que je n'avais pas nécessairement. Ce n'était pas quelque chose qui était inné en moi la rigueur obsessionnelle du spécialiste. Donc, moi, pour étudier, j'avais tous mes livres d'ouverts en même temps et j'étudiais quatre matières en même temps.

Le rapport au savoir de Fre semble toujours osciller entre la recherche de ses intérêts, sa curiosité et son besoin de faire des liens entre les éléments de savoir et le besoin de satisfaire aux exigences de rigueur de la médecine. Pour Fre être un bon médecin passe par la compréhension de la complémentarité entre le raisonnement du spécialiste, capable de focaliser sur un aspect en particulier et celui du généraliste, capable d'établir des liens entre plusieurs aspects.

À travers une discussion difficile, Fre découvre la nécessité d'apprendre autrement, c'est-à-dire d'apprendre à laisser de côté ses divers intérêts, pour mieux focaliser sur un aspect et un seul. Il découvre les bienfaits de la capacité du médecin à faire abstraction du contexte pour mieux se centrer sur l'action.

> À un moment, quelqu'un m'a remis à ma place. Un tuteur en pneumologie m'a dit : « je le vois que tu as plein de talent, plein de… » mais il me dit : « Là, à un certain moment, il va falloir que tu acceptes que ce n'est pas comme ça qu'on apprend, il va falloir que tu mettes des choses de côté et que tu focus là-dessus, uniquement là-dessus » Et puis c'était bien, mais c'était une discussion dure, difficile et qui a été marquante pour moi. J'ai compris qu'il fallait que j'aie ça aussi. Il fallait que j'aie cette capacité à focuser et à oublier le reste, par moment oublier le contexte. C'est un truc très utile en médecine être capable d'oublier les contextes. On a beau dire qu'on est dans le contexte, mais souvent on te demande juste d'être dans l'action, de prendre la décision, pas d'être dans la philosophie du contexte et j'ai compris à ce moment-là que pour être un bon docteur il fallait avoir la capacité de faire ces deux choses-là.

4.1.2.4 Moment 4 : Les deux têtes du médecin

Fre parle des deux têtes du médecin. Une tête est dans l'action, dans le raisonnement clinique. C'est la tête qui réfléchit à la prochaine question, qui cherche à établir un diagnostic à partir des mots du patient. Une autre tête est en recul. C'est la tête qui observe comment les choses se passent. C'est une tête réflexive, qui cherche à comprendre ce qui se joue dans la relation. Ce sont ces deux têtes qui font le médecin. La tête généraliste qui observe de plus loin et la tête spécialiste qui agit et prend des décisions et cette dernière a fait l'objet d'un grand travail intérieur de la part de Fre.

> C'était très forçant ! Pour moi, ce n'était pas naturel, mais je l'ai développé. Je me souviens le nombre de fois où j'ai étouffé une curiosité parce que j'essayais de voir les liens avec ça et puis même pas juste en médecine mais avec d'autres systèmes, avec les sciences sociales, avec la vie. Non, on revient, on revient…Cela a durée des années et c'est peut-être pour cela qu'après j'ai compensé largement avec les humanités,

> l'éducation médicale, le partenariat patient, la recherche qualitative. J'en parle mais ce n'est pas négatif du tout parce que cela fait de moi quelqu'un qui adore la clinique. Mais, j'ai un côté très positiviste. En fait, je trouve ça émouvant l'esthétique et la beauté des statistiques. Ainsi j'ai les deux et si j'avais à me définir comme médecin, c'est cette capacité à jongler entre ces deux têtes, ces deux façons d'être et puis de ne pas sentir que cela me déchire. Peut-être dans mon historique, je me lancerais même à une interprétation à faire un lien avec mes origines aussi ethniques, donc avec tout un background oriental, ma langue maternelle c'est l'arabe, j'ai quelque chose de très old school oriental, collectiviste mais je suis né ici et puis j'ai quelque chose de très moderne et occidental en même temps et puis, à l'adolescence peut-être que je sentais la tension entre les deux, aujourd'hui, ce n'est pas une tension, c'est une richesse, c'est vraiment les deux ensemble, par moment, mais jamais parfaitement les deux, c'est toujours une danse où tu es un peu d'un bord ou de l'autre. C'est comme une manière d'être !

Lorsqu'il aborde cet aspect de son rapport au savoir, nous pouvons saisir, à travers le choix des mots combien cela a pu être éprouvant pour Fre. Il établit un lien entre la capacité de jongler entre les deux têtes du médecin et un certain métissage culturel dont il est le produit. Pour Fre, le travail de se faire une tête de spécialiste capable de focaliser, donc de se concentrer sur un aspect particulier a été très forçant. Pour y parvenir, il a dû passer par différentes étapes, dont l'une a consisté à étouffer sa curiosité. Il trouve une compensation dans les humanités, l'éducation médicale et la recherche qualitative. Pour lui, ce travail forçant n'est pas négatif et c'est même cela qui fait de lui un médecin qui aime la clinique. Fre revendique un côté positiviste. Il est capable de s'émouvoir devant l'esthétique et la beauté des statistiques. Fre se définit comme médecin à partir de cette capacité à jongler entre les deux têtes : celle du spécialiste et celle du généraliste. Un pôle où il voit dans ses origines ethniques, quelque chose de plutôt collectiviste et très ancré dans la tradition. Un pôle où il se sent appartenir à un monde occidental, moderne. Après avoir vécu des tensions entre ces deux pôles à l'adolescence, il découvre que c'est aussi une richesse. Il exprime cette idée qu'il existe toujours en lien une fluctuation entre tradition et modernité et que cela définit sa manière d'être au monde, y compris en tant que médecin de famille.

> C'est cela les deux têtes du médecin que je décris, c'est une manière d'être. C'est un moment important. J'en garde un beau souvenir. Il y a quelque chose du registre quasiment initiatique dans ces moment-là, dans la tradition des romans initiatiques quand le personnage découvre, à un moment donné il y a comme une révélation et c'est dans ce registre-là, la révélation, elle n'est jamais facile, ce sont des moments violents. Saint-Paul sur la route de Damas, ce n'est pas quelque chose de beau, de facile et léger! Tous ces moments où l'on prend conscience de notre rapport au monde, qu'il faut ajuster quelque chose, où que le monde nous invite à le regarder d'un angle différent et bien c'est toujours difficile, c'est toujours douloureux, il y a toujours un deuil à faire. Je réalise maintenant en parlant que je pense souvent à ce moment-là, mais je n'en ai jamais

> fait un moment, je n'en ai jamais fait quelque chose. Je ne me suis jamais raconter ce moment-là. Juste maintenant.

Il est intéressant de relevé que pour Fre, il y a une difficulté qui semble se dégager dans cette manière d'être en lien avec les deux têtes du médecin et que cette difficulté une fois surmontée correspond à moment important dans son récit. Pour Fre, il s'agit de l'exploration du vécu d'un moment initiatique qui n'a rien de facile, mais qu'il associe à quelque chose d'éprouvant qui comporte à la fois de la violence et des difficultés liées à la prise de conscience de son rapport au monde et à la nécessité de s'ajuster. Nous percevons que pour Fre, ce moment charnière de son parcours, correspond à une prise de conscience que le monde peut être regardé d'une manière différente et sous un autre angle, mais que cela comporte de la difficulté, de la douleur et la nécessité de faire un deuil. D'ailleurs, Fre prend conscience, en parlant avec le chercheur qu'il pense souvent à ce moment et qu'il n'en a jamais fait quelque chose, qu'il ne s'était jamais raconter à lui-même ce moment, jusqu'à notre entretien. Du coup, force est de constater que Fre est en train de passer, du fait même de l'évocation et de la mise en mots de ce moment, de la pensée muette à sa mise en mot. La forme d'une narration de cette même pensée, devient un récit porteur de sens, de valeur et qui lui permet de faire le lien avec son expérience.

4.1.2.5 Moment 5 : Défier les guides

Fre explique que le poids de la norme est important dans sa pratique. La peur de faire une erreur, d'être poursuivi, d'avoir une plainte et de se savoir être sous l'œil du Collège provoque également la peur d'être jugé par un collègue. Il éprouve le sentiment que l'on est de moins en moins subtile dans la façon de diriger les médecins et de donner des guides de pratiques. Au-delà des connaissances, il y a deux choses importantes pour lui dans la médecine :

1- La concentration

2- le courage

> Le poids de la norme est énorme. C'est-à-dire qu'on a toujours peur de faire une erreur, d'être poursuivi, d'avoir une plainte, d'avoir le Collège qui nous regarde, d'être jugé par un collègue. Et puis on est de moins en moins subtile dans notre façon de diriger les médecins et de donner des guides de pratique. Cela va demander du courage. Je dirais qu'il y a deux choses qui sont importantes pour moi dans la médecine, au-delà des connaissances, il y a la concentration et il y a le courage.

Ne pas faire comme disent les guides et les normes demandent du courage et de devoir se justifier par des notes plus longues. Pour Fre, le poids de la norme en médecine est si fort et pressant qu'il finit par exercer une influence certaine dans la relation médecin patient. Il éprouve de plus en plus de difficultés à libérer sa pratique de la pression exercée sur son agir professionnel. Il faut du courage pour défier les guides de pratiques et les normes et faire confiance au patient. Fre n'a pas toujours eu le courage de transgresser une règle, une norme et de faire confiance au patient. Cela demande du courage de transgresser ce qui a été internalisé comme attente ou comme norme de la part de la profession. En tant que médecin, Fre se dit bombardé par ce que les guides, les normes disent qu'il faut absolument faire. Il est plus facile de céder au poids de la norme, de ne pas remettre en question les guides de pratiques et de se contenter de suivre les règles.

> Là, on parle du courage, c'est un courage que je n'ai pas toujours, c'est-à-dire qu'il va falloir que je dise : « D'accord, je dois faire confiance au patient, je vais transgresser, ce que j'ai internalisé comme attente ou comme norme… ». Je ne sais pas à quel point c'est la vraie norme, ce n'est pas important, mais en tant que médecin on est tellement bombardé par cela. On se dit : « il faut absolument faire cela… ». Et si tu ne fais pas cela, il faut que ta note soit deux fois plus longue, il faut que tu expliques pourquoi tu ne fais pas et c'est du travail, cela demande du courage. C'est beaucoup plus facile de dire : « désolé Monsieur, moi c'est ça que je vous prescris parce que le Collège me dit de prescrire ça ».

Un des éléments importants qui structure le rapport à la médecine de famille de Fre est la place centrale qu'occupe la relation avec le patient dans le travail de soin. Être médecin, c'est protéger le patient et soi-même de la logique prescriptive des guides de pratique et des normes afin de protéger la relation selon une logique effective individuelle. Pour Fre, l'espace médecin-patient est quelque chose de sacré et il se sent investi de la responsabilité de la protéger afin de protéger le patient et lui-même de la façon de penser des guides ou des normes. Il précise que le système de santé, les guides et les normes sont pris dans une logique populationnelle tandis que dans la pratique le médecin doit être capable d'adopter une logique individuelle.

> Pour moi, l'espace médecin patient est sacré et ma responsabilité ; c'est quasiment de le protéger, de protéger le patient et moi de la bien pensance ou des guides ou de la norme. Le système de santé est dans une logique de santé populationnelle, jamais individuelle. Leur travail à la santé publique, c'est de penser à la santé populationnelle mais c'est différent de la santé individuelle. Alors, le Ministère, la façon dont il nous paie, c'est comme s'il y a plein de pression pour que les consultations durent de moins en moins longtemps. Alors, c'est comme s'il y a un espace sacré et puis vraiment cela a toutes les fonctions et toutes les caractéristiques du sacré.

Pour Fre, la relation de soin revêt quelque chose de sacré qu'il faut protéger. Le médecin fait face à plusieurs phénomènes qui impactent le soin soit, la marchandisation, l'opérationnalisation, la technicisation. Bien que ces phénomènes aient apporter des avantages et peuvent faciliter le travail du médecin, il demeure que c'est dans la relation privilégiée que Fre retrouve l'essence de la pratique. Or, Fre perçoit la relation de soin comme un des éléments menacés et qui pourtant représente l'essence même de la médecine de famille et le sens qu'un médecin peut donner à sa pratique. Nous retrouvons donc, là encore, l'idée d'une quête de sens à travers le discours de Fre.

> Pour moi la relation de soin à quelque chose de sacré qu'il s'agit de protéger dans une époque où l'on est de plus en plus dans une marchandisation, une opérationnalisation et une technicisation de tout cela et qui a plein d'avantages aussi mais c'est au sein de cette relation sacré que je retrouve l'essence, le sens de cette pratique.

4.1.2.6 Moment 6 : Kuujjuaq : dans les cas difficiles le médecin fera ce qu'il pourra

Fre se souvient d'un moment de liberté vécu au cours d'un stage à Kuujjuaq pendant sa résidence.

> J'ai comme moment de liberté dans mon historique naturel, un stage que j'ai fait à Kuujjuaq quand j'étais résident. C'était extraordinaire parce qu'on n'avait accès à rien en termes de plateau technique, très peu de spécialistes, pas grand-chose et on arrivait, moi et Nicolas, un de mes amis, deux résidents en médecine de famille, pas si compétents que cela et on nous donnait tout à faire. L'important ce n'est pas de faire le mieux, ce n'est pas de faire en accord avec ceci ou cela, l'important c'est de faire ce qu'on pouvait de mieux. C'est la plus belle médecine que j'ai fait dans ma vie !

Ce qui l'a marqué dans cette expérience c'est le fait d'être arrivé avec un autre collègue résident et de ne pas se sentir aussi compétent que des experts. Toutefois, devant l'obligation d'assumer de tout faire et de le faire avec très peu de moyens techniques et pas ou peu d'accès à des spécialistes, Fre retient que le plus important n'est pas de faire en accord avec les guides et les normes qui encadrent la pratique mais de faire ce qu'il pouvait faire de mieux – d'être enraciné dans l'agir professionnel. Finalement, il retient de cette expérience que c'est la plus belle médecine qu'il aura fait de sa vie.

> J'ai eu du plaisir à essayer des choses que je n'avais jamais essayé, mais du mieux que je peux. Cela nourrissait ma soif, je passais mes nuits à lire, après cela, j'étais tellement motivé dans ce moment-là mais je n'avais pas peur de me tromper. On me disait : « tout ce qu'on te demande c'est de faire de ton mieux et puis de toute façon il n'y a pas de cardiologue ici, il n'y a pas de chirurgien, c'est toi. Fais ce que tu peux ! » et puis j'ai été nostalgique de cela, on dirait qu'en vivant à Montréal, dans l'hôpital X avec tous les

> spécialistes, la médecine qui est de plus en plus surveillée par la société, par la RAMQ, par le Ministère, par les patients, par les journaux. C'est comme si j'avais l'impression que j'avais idéalisé la pratique à domicile en me disant : « à domicile, je n'aurai plus accès au plateau technique, aux examens radiologiques, à tout…et je vais pouvoir recommencer à être créatif et libre » c'est comme qXuand on loue un chalet et on fait exprès d'aller dans un chalet ou il n'y a pas de réseau internet et de réception cellulaire.

Lorsque Fre évoque sa résidence à Kuujjuaq, il associe le plaisir et à un type d'apprentissage par l'essai. Le fait « d'essayer des choses » par lui-même de faire des choses qu'il n'avait encore jamais essayé auparavant relève à l'évidence d'un apprentissage différents de l'apprentissage scolaire – davantage balisé par un programme académique. Ici, Fre nous parle de son apprentissage expérientiel – qui passe par le fait « d'essayer des choses » – qu'il caractérise comme un apprentissage sans la peur de se tromper. Finalement dans son expression : « fais ce que tu peux » on peut lire deux verbes essentiels pour lui : *faire*, qui renvoie à l'action et au savoir agir que comporte la pratique médicale et *pouvoir*, qui renvoie à l'idée d'*empowerment*, ce pouvoir d'agir du médecin qui peut aussi être associé à une certaine idée de la liberté.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que Fre décrit un contexte où la médecine est de plus en plus surveillée, à la fois par la société, par la RAMQ, par le Ministère, par les patients et les médias. Dans ce contexte, le médecin se demande comment faire pour retrouver un peu de cette liberté dans un pouvoir d'agir de plus en plus contraint auquel la technologie (à travers la référence au réseau internent) il semble y être perçue comme une dépendance. Comme si cette technologie contribuait à rendre Fre encore plus dépendant, le privant d'un pouvoir d'être créatif et libre.

Puis, Fre revient sur son expérience à Kuujjuaq pendant sa résidence. Il évoque dans un bref extrait deux choses : (1) la pureté du geste médical et (2) faire de son mieux. On peut y voir deux valeurs que Fre voit un peu comme des valeurs refuge lorsqu'il se trouve loin du tumulte d'un monde professionnel épris d'assistance technologique.

> J'ai adoré ce moment-là, mais ce que je retiens, au-delà de tout cela, c'est la pureté du geste médical. Tu es à l'autre bout du monde, il n'y a plus rien et on te demande d'être toi au mieux de toi même avec l'autre et c'est tout…

4.1.2.7 Moment 7 : Retrouver une souveraineté

Fre aborde son expérience de la pratique de la médecine de famille pendant la pandémie. Les transformations induites par le passage vers la télémédecine, la pandémie, la crise et la peur, semblent autant d'éléments à partir desquels il retrouve du plaisir dans la médecine. Fre évoque sa

quête du plaisir retrouvé d'exercer une médecine porteuse de valeurs telle la liberté ou la pureté du geste médical, c'est-à-dire sans les avatars technologiques, les plateaux techniques, le recours à des spécialistes et surtout sans la peur.

> Il y a un an environ la pandémie arrive. À ce moment-là on transforme tout en télémédecine ou presque tout. Je ne sais si c'est la télémédecine ou si c'est la pandémie et la crise et la peur, mais tout d'un coup je retrouve tout le plaisir dans la médecine.

Puis, il associe ce plaisir retrouvé à l'état de la situation de crise. Ne pouvant plus demander autant d'examen et devant minimiser les déplacements des patients, il semble que les médecins soient revenus à l'essence de la médecine, ce que Fre appelle une vraie médecine. À partir de ce sentiment vécu de pratiquer une vraie médecine, Fre se sent rajeunir de vingt ans et recommence à pouvoir faire ce qu'il aime.

> C'est surtout parce qu'on était en situation de crise et là tout d'un coup il ne fallait plus demander plein d'examen, il fallait minimiser les déplacements de patients. On revenait à une vraie médecine d'essence (des sens) et là je me souviens, je finissais mes journées en disant : « c'était extraordinaire, on dirait que j'ai rajeuni de vingt ans, je recommence à pouvoir faire ce que j'aime ! ».

À partir de son expérience de la pratique de la médecine de famille pendant la pandémie et des aspects positifs qu'il garde, Fre souhaite que pour l'avenir, il n'ait pas besoin d'une nouvelle pandémie pour se sentir libre, affranchit des contraintes techniques, de la technologie et faire la médecine qu'il aimerait faire.

> Espérons que pour l'avenir je sois capable d'aller dans un chalet ou il y a du réseau, mais ne pas connecter mon téléphone. Finalement, ne pas avoir besoin d'une pandémie ou du soin à domicile pour faire la médecine que j'aimerais faire.

Pour Fre, le plus grand défi de la prochaine étape de sa carrière sera de retrouver cette liberté et souveraineté dans la pratique de la médecine. Les mots utilisés par Fre : Espoir, émanciper, défis, liberté, et surtout souveraineté, ne sont pas sans évoquer une certaine idée d'être le maitre chez soi. Dans son for intérieur Fre aspire à plus d'autonomie, à plus de liberté pour agir et pour apprendre, donnant ainsi un regain d'intérêt à un développement qui ne sépare pas les plans personnel et professionnel, mais qui les relie dans la pratique par le fait même de l'intégrité de sa personne.

> Espérons que j'arrive à m'émanciper. C'est mon plus grand défi. Je pense que c'est le défi de la prochaine étape de ma carrière. Je me donne les dix à quinze prochaines années pour arriver à retrouver ça, sans pandémie, sans Kuujjuaq et sans soin à domicile, juste

> dans une pratique normale. En fait retrouver une liberté, une souveraineté…retrouver une souveraineté !

Pour Fre, la médecine demande des efforts et du temps alors qu'il n'est pas toujours évident d'avoir envie de le faire. Il est parfois difficile de résister aux attraits de la société des loisirs. Fre a un peu peur de perdre sa capacité à se concentrer sur cette médecine qu'il aime pratique et qui demande des efforts, du temps et de la réflexion.

> Pour moi, faire de la médecine c'est un peu comme lire un livre. C'est de plus en plus difficile. Je suis en train de lire un livre extraordinaire, c'est un effort, je dois réserver du temps, je n'ai pas envie de le faire. C'est beaucoup plus facile de prendre mon téléphone et de scroller des niaiseries, c'est plus facile de faire tout sauf me concentrer sur la lecture car on est tellement stimulé. Il a quelque chose, il y a une vertu millénaire là-dedans. J'ai tellement peur de perdre cette capacité à me concentrer sur un ouvrage difficile et de le faire au complet. Une œuvre exigeante, une œuvre littéraire exigeante qui te demande de voyager à l'intérieur, mais surtout de focuser et quand on le fait, c'est extraordinaire ce que l'on ressent à l'intérieur.

La relation entre médecin et patient nécessite aussi de la part du médecin, de se protéger de lui-même et d'une logique avec laquelle il doit composer, même si celle-ci ne correspond pas avec la réalité clinique de protection de la relation sacrée avec le patient.

> C'est ça aussi la médecine : ce moment-là, quand je parlais de protéger le côté sacré, il y a aussi de se protéger de nous-même, de cette logique de « c'est qui mon prochain patient après ? » et même du « ha, j'ai reçu un texto, mon téléphone a vibré dans ma poche est-ce que je regarde qui c'est ». Non, là il y a juste toi, il y a mon patient, il n'y a rien d'autre qui existe au monde et ça : c'est beau ! ça à l'air facile mais c'est super difficile tous les jours et cela ne devient pas plus facile avec le temps. Le moindrement que tu es fatigué, que tu es stressé, que tu es en fin de journée, que tu es avant tes vacances, etc. La première chose qui saute, c'est la capacité de se concentrer et là tu deviens dissipé dans ta tête et cela est extraordinaire le défis de rester là, ne rien faire d'autre…(silence)

Depuis les dernières décennies, la pratique médicale est influencée par de nombreux changements qui ont des effets importants sur la capacité des médecins à établir une relation privilégiée avec les patients. Parmi ces effets, l'on trouve notamment la fatigue et le stress, qui apparaissent comme des entraves dans la capacité de se concentrer du médecin.

4.1.3 Les moments de Jun

4.1.3.1 Moment 1 : L'entrée dans la médecine

Le parcours dans la médecine de Jun commence très tôt dans l'enfance. Il n'est pas évident pour une petite fille des années 1950 de s'imaginer devenir docteur tandis que la société projette sur elle une autre image, une autre profession. Jun doit s'affranchir du contrat social qui la destine à une profession dont elle ne veut pas et lui substituer son propre contrat, son propre projet de vie. Le parcours de Jun comporte trois caractéristiques spécifiques : de bonnes notes à l'école ; l'élan vers le savoir scientifique ; l'attrait pour la dimension humaine. À travers son parcours, Jun est exposé à de hauts standards académiques. Au nombre d'heures de cours, il faut ajouter le triple en heures de travail personnel. Le parcours universitaire des médecins a changé au fil du temps. Dans les années 1970, il fallait compter avec de grands exposés magistraux dans des amphithéâtre de 500 étudiants.

> Ce qui remonte à mon souvenir, c'est mon professeur de cinquième année à l'école primaire. Il disait : « les filles ça fait des infirmières, pas des docteurs ». J'avais déjà cette idée-là, dès toute petite, d'aller vers la médecine. À l'époque du secondaire cela a un peu bifurqué vers la psychologie pour travailler dans le social, mais il y avait en fait toujours la dimension humaine qui s'adressait plutôt au niveau psychologique à ce moment-là qui m'interpelait et puis comme j'avais un côté scientifique aussi, j'avais envie de savoir et de connaître plein de choses, la médecine allait pour moi combiner à la fois le point de vue humain et le point de vue scientifique alors ça s'est enligné vers ça et puis j'avais les résultats à l'école et au cégep pour permettre d'être admise en médecine en 1973, j'avais 19 ans donc j'étais quand même assez jeune et c'était à l'Université Laval et puis la première session était extrêmement difficile parce que dans le fond, je quittais pour la première fois ma ville natale et puis le lieu des parents, la famille et me retrouvais à Québec, sans attache, dans un milieu inconnu et ils nous disaient, ça c'était terrible, on avait trente-cinq heures de cours en présentiel et puis ils nous disaient pour chaque heure de cours vous avez trois heures d'études et là je faisais le compte et je me disait je n'y arriverais jamais. Alors la première session a été vraiment difficile, je cherchais mes attaches, mes points d'enracinement et puis là j'ai pris des liens en classe avec des collègues, etc. et puis là il y eu comme un…ça s'est fait, ça s'est bien fait, jusqu'à l'arrivée des cours en classe, on était regroupé jusqu'à 500 élèves, 500 étudiants par groupe dans le grand amphithéâtre, cela n'était pas des cours personnalisés comme formation.

Malgré des propos décourageant de son professeur de cinquième année de primaire, Jun a déjà l'idée d'aller vers la médecine. On peut aussi lire le prédéterminisme lié à la condition féminine de Jun derrière cette idée que les filles font des infirmières et non des docteurs. Pourtant Jun a déjà cette idée d'aller vers la médecine et c'est d'abord la dimension humaine qui l'attire. Puis, son côté

scientifique, le désir de savoir et de connaitre plein de choses lui semblait à l'époque composer une combinaison prometteuse.

Durant toute sa scolarité, Jun a d'excellents résultats et ses notes lui permettent d'être admise en médecine en 1973. Alors âgé de 19 ans, Jun est admise en médecine à l'Université Laval. Elle vit difficilement la première session à l'Université, quittant pour la première fois sa ville natale et éloignée des siens, elle allait se retrouver seule à Québec, sans attache et dans un milieu inconnu. Avec près de 140 heures de travail par semaine, Jun à l'impression que jamais elle ne parviendra au bout. Mais elle se trouve des attaches, se créée des liens avec des collègues et se souvient de prendre place dans de grands amphithéâtres pouvant contenir jusqu'à 500 étudiants à la fois. Les études de médecine de l'époque ne durant que 5 ans, Jun arrive à l'hôpital au milieu de sa deuxième année. Elle aime d'emblée le contact avec les patients qui lui semble facile et aller de soi. Mais, une fatigue intense s'installe, accentuée par les gardes de vingt-quatre heures dès la quatrième année au lendemain desquelles s'ajoutent des journées de travail harassantes.

> Après, on arrivait à l'hôpital en deuxième année et demie, parce qu'à l'époque les études ne duraient que cinq ans. Il n'y avait pas encore les deux ans de médecine de famille. J'ai aimé d'emblée le contact avec les patients, cela n'a pas été difficile pour moi. Cela allait de soi, sauf qu'il y a une fatigue intense qui s'est installée à l'époque, parce qu'on était…souvent on avait des gardes dès notre quatrième année et puis des gardes de vingt-quatre heure, donc on devait faire notre journée le lendemain et je donne toujours comme exemple aux jeunes d'aujourd'hui : pendant le stage de soin intensif j'avais choisi le mois de février parce que c'est le mois le plus court de l'année, on entrait à l'hôpital à 7h30 le matin, on en ressortait à 9h00 le lendemain après avoir donné notre rapport et on faisait comme cela aux deux jours. On était deux pour couvrir le mois au complet, alors cela sans fin de semaine, sans congés, sans rien, alors il y a eu une fatigue physique qui s'est beaucoup installée à l'époque et qui n'était pas ressentie, c'était tu avances et tu y vas !

Pour son stage de soins intensifs, Jun choisit le mois de février, étant le mois le plus court de l'année. Elle entre à l'hôpital à 7h30 du matin et en ressort le lendemain à 9h00 après avoir donné son rapport et doit suivre cet enchainement tous les deux jours. Ils ne sont que deux étudiants pour couvrir les gardes d'un mois au complet et non pas de fin de semaine, pas de congés. Jun insiste sur cette fatigue qui s'installe à cette époque et qui n'était pas reconnue, il lui fallait avancer coute que coute.

4.1.3.2 Moment 2 : De la souffrance au sentiment d'impuissance

Jun vit un moment de souffrance qui l'habite encore aujourd'hui. Il y a la souffrance liée au sentiment d'impuissance de voir sauver une vieille patiente arrivée au bout du chemin de vie et dans le même temps de voir mourir un tout jeune patient. Jun vit très mal le fait que parmi ces collègues, ni le pédiatre ni le médecin d'urgence, n'étaient là. Elle vit ce moment comme une tragédie auquel ces professeurs de médecine ne l'avaient pas préparé. Elle constate avec amertume qu'il y a une facette de la médecine qui peut apparaitre comme un non-sens. Ne pas avoir la capacité de rencontrer des patients qui vivent une situation de chaos, préférer se sauver pour ne pas avoir à affronter ce chaos que peut être la souffrance d'autrui : autant d'élément que Jun perçoit comme des lacunes dans son apprentissage de la médecine et dont nous verrons plus loin qu'elle fera une priorité de son cheminement professionnel et qui feront d'elle une médecin en quête de sens.

> Dans ces années de formation, il y a une chose qui est pour moi, un moment vraiment souffrant et qui m'habite encore aujourd'hui et qui est aussi un moment de non-sens et puis effectivement pendant ce mois de soins intensifs, une nuit ou j'étais là, est arrivé pour être admis dans mon unité de soins intensifs dont j'avais la responsabilité, une vieille religieuse de 88 ans qui avait été opérée en urgence pour un cancer du côlon qui saignait et elle avait une démence de type Alzheimer, donc avec des problèmes cognitifs importants et finalement on l'a sauvé à bout de bras et cette même nuit vers cinq heure du matin, il y a eu un code lancé sur lequel peu de gens se sont présenté et il y avait un petit enfant de deux ans et demie qui est mort d'une bronchiolite, cette nuit-là, on avait essayé de mettre une trachéo. Il n'y a pas eu beaucoup…parce qu'on était plusieurs résidents de garde cette nuit-là, mais il n'y en a pas beaucoup qui se sont présentés et le médecin d'urgence n'était pas monté non plus…et le petit enfant est mort. Pour moi, cela était une catastrophe et j'ai vu les parents arrivés…au moment où les parents arrivaient sur l'étage, j'ai vu le pédiatre quitter – parce que le pédiatre avait eu le temps d'arriver entre temps – quitter, dans l'ascenseur, sans rencontrer les parents…

Surmonter des situations difficiles, des coups durs et savoir les dépasser fait partie des compétences les plus complexes qu'un médecin puisse mobiliser à la fois pour lui-même et pour autrui qu'il s'agisse de collègues ou de patients. Qu'est-ce qui caractérise cette compétence et comment la nommer ? Face à l'adversité, à l'incompréhension, Jun a le choix entre s'avouer vaincue et souffrir ou bien faire face et chercher en soi, autour de soi des ressources pour l'aider à continuer et reprendre un bon développement professionnel et cela ne veut pas dire qu'elle oublie mais cela veut dire qu'elle fait quelque chose de ses blessures, de ses souffrances et qu'elle se remet en projet.

> J'étais vraiment effondrée et je rediscutais avec le chirurgien qui avait opéré cette vieille religieuse pendant la nuit le lendemain matin et il me disait et bien moi je ne peux pas laisser quelqu'un mourir au bout de son sang et le résident en chirurgie qui était là à

> l'époque, il disait, ha ben moi, j'étais occupé à l'urgence, je ne pouvais pas monter au code. Alors chacun se trouvait sa justification pour ne pas avoir été là et pour se sauver. Pour moi, là, il y a un non-sens en tout cas important qui est apparu à ce moment-là et ce sentiment d'impuissance de la médecine finalement qui m'a attrapé dès le départ finalement à travers ça.

Tandis que Jun est effondrée, elle entend les raisons invoquées par chaque collègue pour justifier leur décision Le chirurgien pour qui il est simplement impossible d'accepter de voir mourir quelqu'un même rendu au bout du chemin de vie. Le résident de chirurgie qui n'avait pas pu répondre au code car il était déjà occupé à l'urgence. Jun à l'impression que chacun se trouve une bonne justification pour ne pas avoir été là et s'être sauvé de cette situation. Qu'est-ce qui fait qu'un médecin se sauve ? Qu'est-ce que le fait fuir ? Jun éprouve un sentiment d'impuissance et constate que ne pas faire face au chaos peut provoquer une perte de sens. Elle porte sur ce moment un regard lucide qu'elle associe à un sentiment qui la heurte tôt, dès le début de son parcours dans la médecine.

4.1.3.3 Moment 3 : Première femme médecin à Saint-Cloud (petit village imaginaire du Québec rural)

Après son passage en soins intensifs pendant sa résidence, en 1978, Jun revient à Saint-Cloud, une petite ville de 18 000 habitants qui est également sa ville natale. Jun, alors âgée de vingt-quatre ans est la première femme médecin de Saint-Cloud.

> Puis après, je suis arrivée à Saint-Cloud dans une petite ville de 18 000 habitants dans laquelle je suis née. Première femme à pratiquer ici (sourire) alors que c'était encore beaucoup les hommes, à l'époque il y avait 20 % de femmes médecins donc, on n'était pas beaucoup. Alors on est en 1978, je viens d'avoir vingt-quatre ans quand je commence à pratiquer la médecine, cela fait deux mois que j'ai vingt-quatre ans donc je suis toute jeune et c'est une époque ou quand on est médecin de famille on fait vraiment de tout, alors quand j'ai commencé ma pratique je faisais du bureau qui était situé de l'autre côté de la rue de l'hôpital général dans lequel je faisais des gardes à l'urgence, je recevais les patients accidenté de la route – maintenant c'est dans les centres spécialisé, mais nous on recevait les accidentés de la route – je faisais les accouchements, alors je quittais mon bureau pour aller faire un accouchement, la secrétaire avertissait mes patients que j'étais partie faire un accouchement et que je reviendrais après, alors les patients attendaient que le docteur revienne de ses accouchements. J'hospitalisais mes patients en pédiatrie en même temps, je faisais ma tournée avant d'aller au bureau alors c'était vraiment une pratique…je faisais mes accouchements pendant mes gardes à l'urgence et je revenais finir ma garde après…alors c'était vraiment une pratique où on travaillait beaucoup et où on faisait vraiment de tout.

L'évocation de ses souvenirs rappelle à Jun combien le désir d'*advocacy* constitue une véritable caractéristique de sa pratique pour les patients. Jun se remémore comment se désir d'*advocacy* a pris forme dans sa carrière à partir du fait que dans les années 1970, en pédiatrie, les parents n'avaient qu'un droit de visite limité aux heures prévues par les règlements, soit de 7h00 à 19h30. À cette époque Jun s'occupait de bercer les enfants qui pleuraient et si cela rendait sa tournée moins efficace, cela avait tout de même le mérite d'être efficace pour les petits patients qu'elle berçait, comme quoi l'efficacité en médecine est toujours une question de point de vue. L'ouverture du droit de visite aux parents 24h sur 24, allait donc se heurter à des réticences. Jun mènera donc la première grande bataille de sa carrière, se rappelant qu'innovation et tradition ne sont pas toujours facile à concilier.

> Et je me rappelle et puis cela fait partie des caractéristiques des choses qui m'ont suivi tout le temps…ce désir d'*advocacy* (plaidoyer, défenseur, prendre le parti du patient) pour les patients et puis une de ces premières choses-là, c'était en pédiatrie, une infirmière me rapportait quelques années plus tard, je ne m'en souvenais plus, mais quand je faisais ma tournée et qu'il y avait des enfants qui pleuraient…je les berçais…alors je berçais mes petits patients, je les consolais, ce n'était pas très efficace pour la tournée médicale mais c'était très efficace pour les petits bébés qui étaient là et à l'époque, les parents n'étaient pas admis sur les unités de pédiatrie, juste en visite de 7 h 00 à 19 h 30, alors je me suis battu et il y avait beaucoup de réticence avec les vieux médecins dans mon hôpital pour que l'on ouvre les visites des parents 24h sur 24 en pédiatrie, je trouvais que cela faisait un non-sens incroyable cette partie-là. Donc, une première grande bataille, mais il y en a eu quelques-unes comme cela dans ma pratique.

L'*advocacy*, bien que peu explicitement définie, peut être comprise comme l'activité entreprise par une personne ou un groupe dans le but d'exercer une influence sur les décisions au sein d'institutions politiques, sociales et dans le cas qui nous occupe d'institutions du réseau de la santé. L'*advocacy* comprend des activités, mais aussi des publications qui visent à influencer des politiques publiques, des lois, des budgets à partir de la mise en relation de faits, de phénomènes et de faire circuler l'information à travers les médias pour que des messages passent et pour interpeler le public et les responsables gouvernementaux sur des questions en lien avec ces mêmes décisions.

4.1.3.4 Moment 4 : Fragments d'une vie de famille

Jun entame une grossesse à une époque où être une femme médecin et enceinte n'étaient pas très bien vues.

> À l'époque ce n'était pas très bien vu les femmes médecins qui devenaient enceintes, alors j'ai un peu camouflé l'état de grossesse pendant les premiers mois, en continuant à l'époque à travailler, en faisant des gardes de vingt-quatre heures, etc. tout ce que l'on ne ferait pas aujourd'hui…je me suis retrouvée en travail prématuré, hospitalisée à Montréal parce qu'il n'y avait aucune unité néonatale par ici, alors si j'accouchais à vingt-huit semaines…c'est le bébé qui avait besoin, pas moi, alors on s'est rapproché des grands centres à Montréal au cas où j'accoucherais, pour pouvoir transférer le bébé à Sainte-Justine, s'il y avait quelque chose.

Au total, Jun va rester alité pendant près de trois mois avant d'accoucher à 34 semaines et demie. Pendant un temps d'hospitalisation, elle ressentira la faim et devra rester allongée au repos total. Étant hospitalisé en obstétrique – un service où les repas sont donnés dans le corridor – ne pouvant se lever pour aller réclamer de la nourriture et ne voulant pas déranger le personnel, elle ne mangera pas ou peu et restera seul, loin de chez elle. Plus tard quand Jun travaillera en gériatrie, le souvenir de cette douloureuse expérience la rendra incapable d'endurer un signal auquel personne ne répond. Elle apprend à être plus à l'écoute, à savoir mieux anticiper les besoins des patients. Soulignons au passage qu'il s'agit bien d'une connaissance de soi développée par Jun. Il ne s'agit pas uniquement d'avoir des savoirs, mais d'être. Pour Jun, la question n'est plus tant d'intégrer quelque chose d'extérieur, mais d'interroger ce qu'elle est. C'est cette connaissance de soi de Jun qui lui permet de se définir en tant que médecin.

> Alors j'étais à l'hôpital du 6 au 31 octobre et puis après je suis restée au lit chez nous du 1er novembre au 19 décembre, j'ai accouché à 34 semaines et demie, mais pendant ces période-là, hospitalisées, pendant l'hospitalisation, j'ai eu faim, alors c'est bizarre de dire…moi, j'étais hospitalisée en obstétrique, donc, les dames qui venaient d'accoucher, je n'avais pas le droit de me lever, j'étais au repos total, je ne me levais que pour aller faire pipi, donc je n'avais pas le droit de me lever de mon lit. Les collations étaient dans le corridor, je n'avais comme pas de visite parce que j'étais très loin de chez-nous, comme je ne voulais pas déranger, je ne demandais pas de collation. J'avais plusieurs médicaments à ce moment-là, dont de la cortisone qui m'a fait faire un peu de diabète, alors j'avais une diète particulière. Pendant le mois ou j'ai été hospitalisé, alors que pendant une grossesse on doit prendre à peu près une ou deux livres par semaine, moi, je n'ai pas pris une livre mais j'ai eu faim et je n'ai pas voulu déranger alors quand j'ai retravaillé à l'hôpital en gériatrie par les années après, j'étais incapable d'endurer une cloche à laquelle on ne répondait pas…

4.1.3.5 Moment 5 : Sentiment d'impuissance

Tout au long de sa pratique, Jun va s'efforcer d'aller au-devant des besoins des patients, qui attendent, selon elle, la dernière minute pour demander de l'aide. Cette expérience comme patiente en souffrance qui s'ajoute à celle du petit enfant mort des suites d'une bronchiolite, vont laisser à Jun un profond sentiment d'impuissance. À ce sentiment d'impuissance se superpose une peur de

perdre son bébé, une peur des handicaps et une prise de conscience que la vie et la mort sont étroitement associées sur une même ligne. Jun va opérer une transposition didactique de ces aspects de sa vie personnelle à la médecine. Plus tard, Jun vivra une autre expérience douloureuse à la naissance de sa fille, qui aura une incompatibilité rare ABO, un ictère à la naissance, ce qui posera la question de changer son sang et devoir réaliser une opération que personne n'avait faite à Saint-Cloud depuis des années. Tout ceci inquiétera beaucoup Jun qui va vivre difficilement les premiers mois après la naissance. Les pleurs du bébé pendant toute une année vont considérablement fatiguer Jun qui avait repris le travail au bout de trois mois, mais avait dû s'arrêter de nouveau lorsqu'elle apprit que sa fille était atteinte de handicaps auditif et visuel.

> La majorité des patients ne sont pas dérangeant, ils attendent la dernière minute avant de demander de l'aide, donc j'ai essayé après cela dans ma vie d'aller au-devant des besoins des patients sachant qu'ils attendaient…cette expérience-là m'a amené aussi à cela et puis cette expérience était une première grande expérience – par rapport à l'enfant de deux ans et demi qui était mort – d'impuissance. Alors c'était encore là, la rencontre avec l'impuissance (24), la peur de perdre mon bébé, la peur que mon bébé soit avec des handicaps qui lui restent toute sa vie. Cette peur et le fait que la vie et la mort était tellement associés l'une à l'autre, tellement sur la même ligne. Alors dans ma vie personnelle c'est un sentiment d'impuissance qui s'est mis-là, transposé à la médecine. Après, il y a eu la naissance de ma fille, 21 mois plus tard, avec elle aussi des problèmes à la naissance, une incompatibilité rare ABO, elle avait un ictère (jaunisse) à la naissance, mon mari, qui est médecin et puis le médecin qui m'a accouché ne croyaient pas qu'elle était jaune, moi, j'avais vu cela dès qu'elle était sortie de mon ventre, mais finalement on s'est demandé s'il fallait changer son sang, il y a eu plusieurs heures d'inquiétudes par rapport à cela, c'est quelque chose que l'on n'avait pas fait à Saint-Cloud depuis des années et des années, donc vraiment une procédure qui était dangereuse, alors encore là, c'était l'inquiétude. Puis, avec ma fille qui a pleuré un an de temps, j'étais tellement épuisée. J'avais repris à trois mois et jusqu'à temps que l'on sache (mais ça tu le sais déjà) ses handicaps auditifs et son handicap visuel. Alors, à cette époque, j'ai haï la médecine, j'ai vraiment haï la médecine, parce que les exigences étaient de retourner travailler rapidement, de faire comme si de rien n'était et je me disais comment on peut faire ? Est-ce qu'on a le droit d'être une mère ? C'est comme si quelque part je n'avais pas le droit d'être une mère, pas le droit d'être autre chose qu'une professionnelle qui n'avait plus le droit à aucun espace dans sa vie et la vie entière devait être consacré à la médecine.

C'est une époque où Jun se rappelle avoir haï la médecine, avoir haï d'être soumise à l'exigence de retourner travailler si rapidement et faire comme si de rien n'était. Une époque où elle se demande comment faire, si elle a le droit d'être mère et médecin ? Ou si elle n'est rien d'autre qu'une professionnelle qui n'a plus d'autre espace dans sa vie et que celle-ci doit entièrement être consacrée à la médecine. Jun vit une crise identitaire qui remet en question la dimension vocationnelle de sa vie.

4.1.3.6 Moment 6 : À quoi sert la médecine ?

À l'époque des pressions politiques au regard de la fermeture progressive des services à Saint-Cloud pour être transférés à l'hôpital voisin font en sorte que Jun éprouve de la culpabilité, beaucoup de souffrance et de détresse. Par la suite, Jun apprend que sa fille souffre d'une maladie dégénérative de la rétine et qu'elle perdra progressivement la vue. Jun vit encore une de ces rencontres fracassantes avec l'impuissance et se demande à quoi sert la médecine si elle ne peut rien pour les êtres qui lui sont les plus chères, les plus important au monde. Malgré une période de découragement qui dure quelques mois, Jun reprend la route et continue.

> À cette époque-là, il y avait beaucoup de pression politique. Des politiciens et pas juste des collègues médecins, des politiciens en regard avec la fermeture progressive des services à Saint-Cloud pour être transférés dans l'hôpital voisin. Donc beaucoup de culpabilité et puis beaucoup de souffrance et de détresse, jusqu'à haïr la médecine. Cela a bien fini par se calmer par après. Alors, donc, le temps que les enfants étaient jeunes, j'ai travaillé juste une vingtaine d'heures par semaine, j'ai quand même choisi de passer du temps avec les enfants, j'ai gardé mon bureau. Il y a eu une période bien difficile à cette époque, c'est vraiment quand on a appris que ma fille avait une maladie dégénérative de la rétine et qu'elle perdrait progressivement la vue et cela aussi a été une autre rencontre fracassante avec l'impuissance. Si je ne peux rien…À quoi ça sert la médecine si on ne peut rien pour les personnes qui nous sont les plus chères, les plus importantes au monde ? C'est une période de découragement qui a duré quelques mois, puis après et bien on reprend la route et on continue.

À travers son parcours dans la médecine Jun s'est forgée un rapport particulier avec sa profession. Rapport qui n'est pas sans évoquer une posture particulière développée au fil de sa pratique de la médecine et sur laquelle, aujourd'hui, elle peut mettre des mots. Pour Jun, cette posture part du constat que la vie est injuste, qu'elle n'y peut rien et qu'il n'y a ni justification ni explication à attendre. La posture adoptée par Jun consiste à prendre appui sur ce qu'elle peut faire pour la vie, c'est-à-dire aimer et soigner du mieux qu'elle peut.

> Et, cela m'a permis, je pense…je peux mettre des mots maintenant sur la posture que j'ai développé à l'époque…dans le fond, la vie est injuste, c'est un fait, je n'y peut rien, c'est comme ça, il n'y a pas de justification, il n'y a pas d'explication, mais je peux [faire] quelque chose pour la vie et ce quelque chose pour la vie : c'est d'aimer et de soigner du mieux que je peux, alors je pense que c'est à cette époque-là que cette posture de prendre soin s'est cristallisé davantage comme si ma propre souffrance m'avait ouvert les yeux à la souffrance des autres, de mes patients et comme si l'immense impuissance ressentie qui s'est traduite dans mes valeurs et dans mon chemin de vie à essayer d'aimer le plus possible, d'abord mes enfants pour aider ma fille à traverser sa vie et les difficultés qu'elle avait à rencontrer et bien quoi de mieux que de se sentir aimé, soutenu et c'était la même chose pour mes patients finalement, je ne peux parfois rien mais je peux être là et je peux ne pas me sauver, je peux ne pas prendre l'ascenseur quand

> l'enfant meurt et puis affronter les parents et de dire je n'ai pas de mots, je n'ai pas de mots …ben…je n'ai pas de mots, juste pas de mot, je sais que vous avez mal, je suis là. C'est cette posture finalement que j'ai travaillé dans ma vie. Je pense que c'est cette posture qui m'a habitée avec mes patients le plus, en disant, quand on a des diagnostics de cancer, quand on a des diagnostics de démence, des diagnostics difficiles…d'être là, ok, et de ne pas me sauver. Quand on est devant une souffrance qui m'a été raconté d'abus sexuel, d'agression, de moments de vie tellement difficiles, encore là d'écouter, de ne pas ne sauver, d'être capable d'écouter, d'écouter l'horreur qui m'est racontée et de l'accueillir avec le plus d'amour et le plus d'ouverture possible, le plus d'accueil, en reconnaissant et en redonnant à l'autre, à travers mon regard, la reconnaissance de ce qu'il est et la reconnaissance de ce qu'il vit pour qu'il puisse se réapproprier que sa vie ce n'est pas que cela, c'est aussi la belle personne, qui est en moi, qui a beaucoup souffert et puis qui est un autre être humain.

Jun cristallise cette posture de prendre soin à partir de la prise de conscience que sa propre souffrance lui ouvrait les yeux sur la souffrance des autres. Elle transforme son sentiment d'impuissance et le traduit dans ses valeurs fondatrices et dans son chemin de vie en essayant d'aimer le plus possible. Elle s'accorde à aimer ses enfants, pour permettre à sa fille de traverser la vie et les difficultés qu'elle aurait à rencontrer avec ce sentiment d'être aimé. Il s'agit d'un sentiment qu'elle cherche à provoquer aussi chez ses patients et qui prend la forme d'un amour du prochain qu'elle met en acte lorsque vient le temps de faire face au fait qu'elle ne peut rien faire, rien ; à part être là, présente, ne pas fuir la détresse, la souffrance et le chagrin. S'accorder simplement d'être là et à mettre des mots sur les maux.

Cette posture que Jun travaille tout au long de sa vie et qui l'habite, consiste à faire face au chaos, au diagnostic de cancer, à la démence et à toute situation difficile par la présence à soi, à l'autre et au monde, c'est-à-dire être là en conscience, ne pas chercher à se sauver, être capable d'écouter vraiment, c'est-à-dire avec authenticité, d'accueillir la souffrance, la violence, avec le plus d'amour possible. Il s'agit d'une posture d'ouverture, d'accueil et de reconnaissance. Car cette reconnaissance de la douleur et de la souffrance, de la peine et du chagrin, lui permet de redonner à l'autre à travers son regard, la reconnaissance de ce qu'il est, de ce qu'il vit pour qu'il puisse se réapproprier le fait que sa vie n'est pas uniquement douleur, souffrance, peine et chagrin et que la beauté est en chacun, même en celui qui souffre. Cette posture adoptée par Jun lui permet de donner un regain d'humanité à sa pratique. N'est-ce pas aussi cela qui rend le métier de médecin si difficile puisqu'il ne s'agit pas de savoir uniquement toutes les choses théoriques, d'avoir une connaissance biomédicale encyclopédique, car ce savoir théorique ne sert la cause du patient qu'en amont de la pratique, mais pas lorsque vient le temps d'affronter la réalité de l'état dégradé d'un

patient en soin intensif ou un diagnostic qui donne un couperet, ou pour annoncer à un patient qu'il ne lui reste que quelques mois à vivre.

> Alors, ce sont ces éléments qui m'ont mis dans cette posture et si je regarde, je reviens dans un autre élément…quand j'étais enceinte de mon premier enfant, j'avais Henriette une de mes patiente que je suivais depuis le début de ma pratique en 1978 et puis Henriette, elle me disait toujours : « si j'ai un cancer, je ne veux pas le savoir, si j'ai un cancer je ne veux pas le savoir ! », et finalement, juste avant d'être hospitalisée en urgence, Henriette a eu un diagnostic de cancer du pancréas très agressif et après avoir accouché, Henriette était en soin palliatif à Montréal et je suis allée pour la rencontrer. Elle m'avait tricoté un petit bonnet, des petites pantoufles et un petit gilet pour mon bébé à venir. Je suis allée pour la voir et je suis arrivée sur le bord de la porte de sa chambre et je l'ai vu jaune, au bout de sa vie et je n'ai pas été capable d'entrer, j'avais le sentiment…le sentiment profond de l'avoir trahi, de ne pas l'avoir protégé contre son cancer et je suis retournée, j'ai viré de bord comme on dirait en québécois et – ça aussi je m'en suis voulu après, de ne pas avoir osé aller jusque-là, de l'avoir abandonné finalement, et ça aussi, ça a été quelque chose de marquant pour moi, après ça, j'ai dit plus jamais…alors je suis entrée dans la chambre de me patients mourant et je restais là, quand j'avais quelque chose à dire de difficile je ne me suis pas sauvé, j'ai été présente et je l'ai dit. Donc, cela va à la période qui mène au retour au travail à temps plein au CLSC.

4.1.3.7 Moment 7 : Les limites de la médecine

Au début de son parcours académique Jun entretient un bon rapport au savoir. Les savoirs fondamentaux et le paradigme positiviste de la science nourrissent son côté scientifique. Cependant, vers la fin de sa formation médicale, lors de la dernière année de médecine, Jun vit une expérience dans un service d'hémato-oncologie (un service ou l'on offre des soins à des patients souffrant de pathologies cancéreuses et de problèmes hématologiques, incluant l'anémie, les problèmes de coagulation et les cancers hématologiques). Au cours de cette expérience, Jun est souvent confrontée à la mort des patients.

> À l'époque, pendant les études ça va, parce que le positivisme, c'était bien, c'était mon côté scientifique et cela le nourrissait bien, c'était correct, mais il reste que la science, quand tu te rappelles l'hôpital Saint-Sacrement ou j'ai fait ma dernière année de médecine au complet hé bien l'hémato-onco était là, donc il y avait plein de jeunes hommes, de jeunes filles – c'est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, les lymphomes – qui mourraient. Il y avait plein de leucémies et il y avait dans cette médecine positiviste beaucoup de gens qui mourraient sans que l'on ne puisse rien pour eux, alors cela m'a aussi ouvert les yeux sur le fait que la science avait ses propres limites et c'est grâce à ces années d'études que je comprends pourquoi on dit beaucoup que les jeunes en médecine se referment. C'est le danger quand on voit tant de souffrance, tant d'impuissance, quand on voit comment les choses se font, une des façons de se protéger, c'est de fuir, de se blinder et de faire que cela n'existe pas.

Jun réalise que la science à ses propres limites. C'est grâce à cette expérience, au fait d'y revenir pour en faire une réflexion que Jun comprend pourquoi l'on dit que les jeunes en médecine se referment sur eux-mêmes. Elle aborde cet aspect de la pratique ou les professionnels se trouvant confronté à leur souffrance associée à l'impuissance et la manière dont les choses se font, cherchent à se protéger, en fuyant et en faisant comme si ces choses n'existaient pas.

> Mais je reviens et je pense que j'étais une ainée de famille, ma mère à 19 ans quand je suis née, je suis un enfant parentalisé, j'ai eu à prendre soin de mes sœurs et de mon frère très jeune dans la vie. Je ne me souviens pas beaucoup avoir joué. Je me souviens d'avoir veillé puis j'ai consenti à cela comme enfant parce que je ne me suis pas rebellé, je ne me suis pas révolté, j'ai pris ce rôle-là et j'en ai tiré probablement beaucoup de reconnaissance de la part de mon père alors j'ai habité ce rôle-là toute petite. Je suis allée chez les Jeannette et chez les guides dans le mouvement du scoutisme, dans un mouvement où on nous apprend beaucoup à prendre soin de la nature, à prendre soin les uns des autres. J'ai été éduqué au secondaire par les Ursulines, avec Sœur Aline qui était notre directrice et qui était une femme merveilleuse, qui nous ouvrait sur le monde. Comme femme, c'est quelqu'un qui encourageait ses filles à apprendre des métiers et à faire leur place dans le monde. Elle nous disait : « vous avez eu des talents, vous avez des dons, vous devez le rendre à la société », donc, j'ai été façonnée certainement d'une certaine façon, à prendre soin.

Jun se définit alors comme une enfant parentalisé. Elle prend soin de ses frères et sœurs. Elle ne joue pas, elle veille. Elle exprime également le fait qu'elle accepte ce rôle car il lui permet d'obtenir beaucoup de reconnaissance de la part de son père qui apparait comme une figure tutélaire positive marquante dans son parcours. Jun explore différentes dimensions du soin notamment à travers des expériences variées. Il y a le scoutisme ou elle apprend à prendre soin de la nature et d'autrui. Ensuite, l'école secondaire chez les Ursulines ou elle fait la rencontre d'une autre figure tutélaire positive en la personne de Sœur Aline. Jun la dépeint comme une femme merveilleuse qui l'ouvre sur le monde. En tant que femme, Sœur encourage ses filles à apprendre des métiers et à faire leur place dans le monde, à faire usage de leur talent, de leurs dons pour le rendre à la société. Jun y voyant une opportunité de formation tout au long de la vie, se dit façonnée, par cette expérience, à prendre soin. Jun trouve, tôt dans son parcours, un élan créateur, à travers la rencontre avec Sœur Aline qui lui donne l'élan d'aller vers les dons et les talents les envies profondes et les qualités. Jun peut très tôt exprimer des choses très lumineuses qui lui permettront par la suite de court-circuiter les histoires malheureuses auxquelles elle doit faire face. Jun, associe le positivisme à un côté scientifique qui lui vient de la famille de son père où un oncle savant et surdoué a fait des découvertes dans le domaine de la météorologie. Elle caractérise le fait que dans la famille de son

père, déjà, avant elle, il y a eu ceux qui l'ont précédé, pour qui la connaissance et les sciences ont de l'importance. Jun manifeste son désir de s'inscrire dans cette lignée pour suivre le sillage tracé. Son éducation aussi bien formelle qu'informelle, les expériences vécues, ont contribué à façonner l'aspect humaniste en elle, venant prendre la relève de l'aspect scientifique qui l'a déçu.

> Le positivisme, c'est mon côté scientifique. Dans la famille de mon père, il y a un oncle qui est un surdoué et qui a au niveau mondial, en météorologie, trouvé des systèmes. Au niveau des découvreurs, c'était très brillant dans la famille de mon père. Donc, il y avait cette idée des sciences qui était là. Une de mes tantes qui était la première femme en comptabilité à l'Université Laval, alors il y avait vraiment quelque chose et donc la connaissance et les sciences, c'était super important. Mais, je pense que c'est là ou l'éducation et mon histoire personnelle, les religieuses, les ursulines au secondaire, le scoutisme, avaient façonné l'aspect humaniste en moi et à ce moment-là, c'est ce qui est venu prendre la relève de l'aspect scientifique qui m'a déçu.

Jun voit le positivisme à travers l'*evidence-based practices* (la pratique selon les données probantes). Lorsqu'elle commence sa pratique, dans les années 1970, cette approche de la pratique clinique fondée sur des faits oriente la pratique médicale en matière d'injection d'hormones de certaines patientes en ménopause, mais les résultats des données probantes, ont permis de démontrer que ces injections seraient à l'origine de cancer de l'utérus associé au fait que les médecins donnaient des hormones. Les médecins ont donc dû faire campagne pour informer les patients des effets négatifs des hormones sur leur santé. Cependant, des études portant sur des données probantes, ont permis de démontrer que les hormones étaient finalement bénéfiques dans la prévention de l'ostéoporose et des maladies cardiaques. Jun a donc entrepris de convaincre ses patientes des bienfaits des hormones sur la base de données probantes jusqu'au moment où il s'est avéré que les hormones causaient des cancers. Jun a donc dû à nouveau faire volte-face et convaincre ses patientes qu'il fallait arrêter de prendre des hormones. Finalement, Jun se dit que l'on peut faire dire aux études ce que l'on veut. Elle s'interroge sur les études menées par les grands groupes pharmaceutiques et elle porte un regard critique par rapport à *l'evidence-based practices* et au fait que ce dernier change en trois décennies, tout en prétendant être de la science.

> La médecine en tant que science, elle est très, très limité et en tant que science, j'ai travaillé pendant treize ans en gériatrie et j'ai vu beaucoup que la vieillesse peut être intéressante mais qu'aujourd'hui on peut faire vivre les gens plus vieux mais ils vivent déments, sourd, aveugle et on a donnée des années à la vie mais est-ce qu'on a donné de la vie aux années ? Et jusqu'à quel point cette science qui vise à faire vivre plus longtemps à tout prix, est-ce que c'est vraiment ça qui est la vie ? Et ce questionnement pour moi, il est important et surtout sur le plan éthique aussi : vivre mieux ou vivre plus. Qu'est-ce qui est le plus important et comment on peut essayer de vivre mieux plus

> longtemps mais sans aller au-delà de ce que la vie humaine est faite pour être. Et pour moi, pendant les treize années ou j'ai été au service de gériatrie, cela a été une de mes réoccupations d'intégrer une mort digne et sans souffrance et de savoir dire ça suffit et d'assumer, moi, comme médecin, sur mes épaules, cette décision pour ne pas faire porter ce fardeau des décisions impossibles aux familles.

Pour Jun, la médecine en tant que science est très limitée. Après avoir travaillé treize ans en gériatrie, Jun a vraiment vu que la vieillesse pouvait être intéressante, qu'aujourd'hui l'on pouvait faire vivre les gens de plus en plus vieux, mais elle dit aussi que s'ils vivent plus vieux, on les faits également vivre déments, sourd, aveugle. Finalement Jun se dit que l'on a donnée des années à la vie, mais pas de vie aux années. Jun s'interroge et se demande jusqu'à quel point cette science qui vise à faire vivre plus longtemps à tout prix, c'est vraiment ça qui est la vie ? Pour Jun, ce questionnement est important et il l'est également sur le plan éthique : vivre mieux ou vivre plus[3].

4.1.3.8 Moment 8 : Que signifie être médecin ?

Pour Jun, être médecin renvoie également à une relation fiduciaire – c'est-à-dire en lien avec des valeurs et fondée sur la confiance en celui qui les émet – entre le médecin et le patient, où le médecin apporte une connaissance que le patient n'a pas. Jun emploie une formule à propos de cette relation qui consiste à « mettre son savoir professionnel au service du projet de vie du patient ». Dans ce sens, le médecin n'est pas là pour servir la science mais pour servir une personne. Pour Jun, le problème de l'*evidence-based* practices réside dans le fait que les données, chiffres, algorithmes et autres traitent de statistiques, de chiffres de pressions, de chiffres de cholestérol, mais les chiffres ne traitent pas le patient qui n'a pas les moyens d'aller à l'épicerie pour s'acheter des légumes et qui, même si on lui demande, ne peut pas le faire. À l'*evidence-based* practices, Jun substitut l' « *evidence-based patient* » comme pratique qui prend en compte les besoins et limites du patient. Pour Jun, la posture qui consiste à partir de la science puis à imposer des choses au patient devrait se substituer à une posture qui consiste à voir ensemble patient et médecin ce qui est possible et réaliste pour le patient de faire. Au lieu des 30 minutes d'exercice prescrites par les études, peut-être commencer par en faire 5 minutes en fonction des contraintes et de l'emploi du

[3] La loi canadienne en matière d'aide médicale à mourir vise à respecter l'autonomie individuelle des personnes qui demandent l'accès à une telle procédure, tout en protégeant les personnes vulnérables et les droits à l'égalité de tous les Canadiens. Le 17 mars 2021, les modifications aux dispositions du *Code criminel* portant sur l'aide médicale à mourir sont entrées en vigueur. Elles ont été apportées par suite de la décision *Truchon*, rendue par la Cour supérieure du Québec en septembre 2019. Elles découlent également de consultations menées en janvier et en février 2020 auprès de particuliers, d'experts, de praticiens, d'intervenants, de groupes autochtones ainsi que de représentants des provinces et des territoires, et des plus de 300 000 réponses obtenues au moyen d'un questionnaire en ligne.

temps du patient. Cette posture qui est totalement différentes est également beaucoup moins décourageante et protège l'estime de soi du patient, en lui permettant d'être une personne, de faire des choix et d'être dans le succès plutôt que dans l'échec devant son médecin.

> C'est aussi ça être médecin pour moi, il y a cette relation fiduciaire entre le médecin et le patient ou le médecin a une connaissance que le patient n'a pas et je dis souvent ça à mes étudiants et j'ai eu le plaisir de voir qu'un externe qui présentait sa demande d'admission dans une spécialité qui me disait, est-ce que je peux utiliser la phrase que vous m'avez dite Docteur Jun, qui est : « Je mets mon savoir professionnel au service du projet de vie du patient ». Alors pour moi, c'est cette relation là ou mon savoir professionnel n'est pas là pour servir la science mais il est là pour servir une personne, alors moi je parle de l'*evidence-based patient*, car les chiffres, les algorithmes et toutes ces affaires des sciences traitent des statistiques, des numéros dans une cohorte avec des chiffres de pressions, des chiffres de cholestérol, mais cela ne traite pas le patient derrière cela qui n'a pas les moyens d'aller à l'épicerie pour s'acheter des légumes et qui quand bien même on lui demanderait, il ne peut pas le faire. L'*evidence-based* patient, pour moi, c'est remettre la médecine au service du patient et puis rediscuter avec le patient. Quand tu vois un patient devant toi tu dis, bon là vous faite du diabète, faudrait perdre du poids, il faut que vous fassiez de l'exercice 30 minutes par jour, il faut arrêter de manger du sucre, vous buvez trop de boissons gazeuses, il faut arrêter cela aussi, etc…et puis il faut arrêter de fumer aussi et là, on garoche tout ça au patient et on lui dit allez-y. Là, ben, le patient ne va rien faire de tout ça, parce que c'est bien trop décourageant. Alors, plutôt que de faire cela, tu vas dire et bien là vous avez des problèmes de santé, qu'est-ce que vous pensez que vous pourriez faire pour vous aider, qu'est-ce qui est réaliste pour vous dans votre vie, avec vos horaires de travail, etc. Et, là, on se fixe un petit objectif, peut-être deux objectifs, ok, je vais boire une boisson gazeuse au lieu d'en boire trois par jour ! Merveilleux et puis on regarde dans deux mois comment vous avez fait, et bien je vais marcher 10 minutes par jour. Parfait ! C'est bon on part de là, mais on est loin de nos trente minutes qui disent dans les études, mais au moins le patient va avoir fait ses 10 minutes. Alors, on part de la science pour imposer des choses au patient, alors qu'on devrait voir avec le patient ce qu'il peut faire avec la science. C'est une posture totalement différente mais qui est tellement moins décourageante et qui protège l'estime de soi et permet au patient d'être une personne, de faire des choix et d'être dans le succès et non pas toujours dans l'échec devant son médecin.

Pour Jun être médecin s'exprime travers la pratique, les relations avec les patients et une approche sensible de l'être. C'est-à-dire qu'elle s'autorise à percevoir également les faiblesses, les fragilités, sur le long terme. Ceci l'amène également à prendre en considération les limites des patients, à ne pas chercher à soigner selon une logique populationnelle, à l'aide de statistiques, mais plutôt selon une logique personnelle, c'est-à-dire qui prenne en compte le patient en tant que la personne incluant les histoires dont sa vie est émaillée. Il s'agit également de prendre en compte de petits gestes anodins tels, prendre un patient dans les bras, poser un regard bienveillant, etc. qui sont comme autant de petits pansements de l'âme pour le patient.

> Je dirais qu'il y a un moment qui m'a été donné quand j'ai quitté ma pratique au bureau il n'y a pas très longtemps. J'avais comme patiente une jeune femme depuis l'âge de ma fille, donc trente-quatre, trente-cinq ans, que j'ai suivi, qui était toute petite toute menue justement physiquement et qui me faisait beaucoup penser à ma fille, que je suivais depuis qu'elle était petite mais quelque fois seulement et heu…donc j'ai suivi la mère aussi et cette jeune femme était venue l'été précédent, elle habite à Québec, elle était venue pour son rendez-vous chez moi, on avait tout fait les prescriptions en vue de mon départ et on avait parlé parce que sa mère, malheureusement a un problème lié à la consommation d'alcool. Elle m'avait parlé de comment c'était difficile pour elle et puis comment essayer d'aider sa mère et puis qu'elle n'y arrivait pas et comment ça la bouleversait et puis j'avais quand même bien discuté avec elle, on avait bien échangé, partagé, c'était quoi sa responsabilité à elle par rapport à sa mère et puis quelle était la limite sur laquelle…on avait eu une bien belle conversation, bien intime. Et je la revois, alors qu'elle a reçu la lettre comme quoi je termine en février et puis je la revois au mois d'août, alors je me disais, mais pourquoi elle vient dans le bureau alors que toutes ses prescriptions sont faites et il n'y a rien de spécial, alors je lui demande et bien là c'était pour être sûr que tout était correcte et puis bon, je pose mes questions, il n'y a rien de particulier qui sort et puis là, c'est le temps de terminer l'entrevue, elle est debout, je me lève pour aller…heureusement il n'y avait pas la Covid, j'ai pris dans mes bras mes patients au dernier rendez-vous, pour leur dire merci, et là, je la vois debout, près de la porte elle a les yeux, elle se met à pleurer et elle me dit : « je voulais vous remercier pour ce que vous m'avez dit au sujet de ma mère l'année passée, ça a changé ma vie » Ok, et là, bien, je me suis trouvée les yeux dans l'eau autant qu'elle. Je me disais, quelle grâce que ce métier qui me permet de faire une différence pour sa vie, une jeune femme de trente-quatre ans, quel merveilleux métier…(silence)

Lorsque Jun évoque sa construction comme médecin de famille elle fait référence un moment clé et fondateur de sa pratique professionnelle où il est davantage question de la relation qu'elle est parvenue à instaurer au fil de sa pratique. On voit également que Jun est le genre de médecin qui peut prendre ses patients dans ses bras et laisser libre cours à ses émotions lorsque le moment est propice.

4.2 Synthèse des moments clés

Les entretiens biographiques visaient à répondre au premier objectif de notre enquête : identifier les moments clés où les médecins se posent des questions sur le plan de leur pratique. Cette identification a permis d'obtenir une description, aussi fine que possible, des moments clé évoqués par les médecins lors des entretiens biographiques et d'entretenir le lien avec notre objectif général qui était de décrire et de mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de la pratique professionnelle à certains moments-clés de leur expérience.

La profondeur et la densité des données ont permis de mettre en lumière différents types de rapports que les trois médecins de notre enquête entretiennent d'une part avec la médecine et d'autre part avec les savoirs dont le médecin fait usage lorsqu'il se trouve en situation de pratique. Lors de notre analyse en mode écriture, il nous a semblé intéressant de mettre en avant que chaque moment clé évoqué par les participants pouvait avoir un sens particulier, le titre donné à chaque moment nous a permis non seulement de mieux nous repérer dans l'histoire de la personne participante, mais aussi de saisir l'essence des expériences évoquées. De plus, cela a permis de voir apparaitre des similitudes dans les récits et dans les points de repères dans l'espace et le temps que représentent les moments. Ces similitudes semblaient toutes indiquées pour permettre cette émergence du sens dont parlent Paillé et Mucchielli (2016). Ainsi, si nous voyons se dégager trois profils sensiblement différents nous avons cependant été intrigué par quelques occurrences dont nous allons faire état dans cette section. Le tableau 8 permet d'illustrer ce constat de notre synthèse des portraits biographiques des trois médecins ayant participés à notre enquête de terrain.

	Les moments de Mai	**Les moments de Fre**	**Les moments de Jun**
1	L'entrée dans la médecine : hésitation et groupe d'intérêt	L'entrée dans la médecine comme une entrée dans la vie	L'entrée dans la médecine
2	L'externat : le rapport au savoir	Les humanités	De la souffrance au sentiment d'impuissance
3	Le prix à payer de la médecine	La dure réalité du généraliste	Première femme médecin à Saint-Cloud
4	Défier les « guidelines »	Les deux têtes du médecin	Fragments d'une vie de famille
5	La croisée des chemins	Défier les guides	Sentiment d'impuissance
6	Déconstruire le savoir pour mieux le reconstruire	Kuujjuaq : dans les cas difficiles le médecin fera ce qu'il pourra	À quoi sert la médecine ?
7	Au-delà des normes vers une quête identitaire	Retrouver une souveraineté	Les limites de la médecine

8	Mais où est passée la vraie médecine ?		Que signifie être médecin ?

Tableau 8. – Tableau récapitulatif des moments clés identifiés dans les récits

Le tableau 9, illustre les rapports que ces médecins entretiennent avec la médecine. Dans un premier temps, il sera question des moments qui jalonnent un parcours dans la médecine et qui permettent d'une certaine manière de répondre à notre premier objectif de recherche : (1) identifier les moments où les médecins se posent des questions sur le plan de leur pratique (objectif spécifique 1). À travers leur parcours et leur rapport au savoir, il a été rendu possible de restituer aussi fidèlement que possible les questions que les médecins se posaient et qui se trouvaient dans un interstice d'espace et de temps. En effet, les moments évoqués par chacun semblaient entrer en écho au moment présent de l'entretien biographique et de nouvelles questions pouvaient émerger à partir de questions de départ. Cela a contribué à alimenter notre réflexion analytique sur le canevas investigatif que nous avons développé au chapitre précédent et qui permet de voir les liens entre ces différentes composantes de la recherche.

Médecins de l'enquête	**Le parcours vers la médecine**	**Le rapport au savoir**	**Questions vives et enjeux identifiés**
Mai	• Hésite, s'engage • Passe par l'informel, le réseau, pour assurer son cheminement • Perds la motivation d'apprendre et la rechercher • Surmonte les difficultés	• Fait l'expérience du pouvoir de la pratique • Apprend l'histoire des gens • Apprend à être efficace dans l'apprentissage • Les études manquent de saveur, de pratique et de sens	• Comment faire pour donner du sens aux sciences fondamentales ? • Comment faire pour apprendre à apprendre ? • Comment faire pour raisonner avec le patient ?
Fre	• S'engage • A peu de sentiment d'appartenance • Trouve la motivation dans les humanités • Surmonte les difficultés	• A un goût prononcé pour la philosophie et la littérature et la recherche qualitative • Passe par la curiosité • Fait l'expérience de la complémentarité entre les connaissances fondamentales et la connaissance de soi	• Qu'est-ce qui distingue le raisonnement du généraliste de celui du spécialiste ? • Comment mettre en valeur le raisonnement du généraliste • Comment faire pour mettre en dialogue les deux

			raisonnements du médecin ? • Comment retrouver un pouvoir d'agir ?
Jun	• S'engage • S'affranchi du contrat social • Surmonte les difficultés	• Se sent attiré par la science appliquée • Remet en question le paradigme positiviste de la science appliquée	• Qu'est-ce qui fait qu'un médecin se sauve ? • Comment composer avec un sentiment d'impuissance ?

Tableau 9. – Les parcours biographiques en lien avec le raisonnement des médecins de famille notre enquête

En tant que médecin plutôt en début de carrière, Mai, nous donne un certain regard sur la médecine, soulignant les préoccupations et les enjeux auxquels une jeune médecin de famille doit faire face aussi bien sur le plan de la formation médicale que sur celui de la pratique et sur le plan personnel également. Tous ces plans étant traversés par un questionnement général sur l'identité du médecin et le sens que la médecine peut avoir dans un contexte de chaos.

Pour le cas de Fre, il s'agit d'un médecin qui – rendu en milieu de carrière – se pose des questions sur le sens de sa pratique de la médecine et sur le sens de la vie en général. Avec un questionnement sur ce qu'il serait intéressant et utile socialement de retrouver et comment faire pour donner à la recherche scientifique un regain de sens qu'il pourra, le cas échéant, redonner à sa pratique pour qu'elle ait plus d'intérêt à ses yeux et lui permette de retrouver un sentiment de pouvoir agir en tant que médecin.

Le cas de Jun fait un peu figure de cas contraste. À travers une longue carrière, Jun est une médecin qui a connu beaucoup de réformes et qui a vu comment les changements pouvaient opérer dans le réseau de la santé et quels impacts ces changements – tantôt subit, tantôt provoqué – pouvaient avoir sur la profession et sur la relation patient/médecin. Elle se dit elle-même engager dans une quête de sens. C'est cette quête qui l'amènera à remettre en question l'*evidence-based practice* par ce qu'elle nomme l'*evidence-based patient*. Pour Jun, la relation patient/médecin est au centre du développement d'un raisonnement médical qui relie à la fois le corps, le cœur et l'esprit. Pour Jun, sans les liens entre ces composantes essentielles qui fondent son intégrité – comme médecin et comme personne – la médecine manque d'humanité, de tendresse et de gentillesse. Sans ces qualités, la rationalité technique qui sous-tend le raisonnement médical ne saurait constituer à elle

seule une composante capable de nous relier les uns aux autres dans une relation qui inclurait l'amitié et l'unité.

CHAPITRE 5 – ANALYSE DES ACTIONS ET DES GESTES PROFESSIONNELS DES MÉDECINS

5.1 Deuxième niveau d'analyse : les actions et les gestes associés

Ce deuxième niveau d'analyse réfère à la deuxième vague d'entretiens. Il s'agissait d'entretiens qui ont été scindés en deux temps. Un premier temps (environ une heure) correspond à l'explicitation et un second temps (environ quarante-cinq minutes) correspond au décryptage du sens. Ces deux temps ont été analysés séparément, mais pour des raisons de clarté, de pertinence et de cohérence pour le chercheur, nous avons choisi de relier l'explicitation et le décryptage du sens. C'est aussi une manière de relier la description de l'action et la conscientisation du geste posé par le médecin participant ainsi que le sens donné par ce dernier à son geste professionnel, le tout faisant écho au chapitre 2 sur les assises conceptuelles de notre enquête.

Rappelons que les entretiens d'explicitation et de décryptage du sens visaient à répondre au deuxième et au troisième objectif de notre enquête : (2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales, des médecins face à l'incertitude de la pratique (objectif spécifique 2) ; (3) décrire le sens donné par les médecins à leurs gestes professionnels dans ces moments clés (objectif spécifique 3). Ces deux objectifs ayant également pour fonction de contribuer à notre objectif général qui était de décrire et mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de la pratique professionnelle à certains moments-clés de leur expérience.

La mise en forme de ce chapitre de la thèse ne permettait pas de maintenir le « nous » de modestie jusqu'à présent utilisé pour donner un vernis de neutralité. À partir de maintenant, j'utiliserai le « je » pour endosser ma responsabilité dans les interactions. C'est, selon moi, la manière la plus honnête de rendre compte de la juste distance prise par le chercheur dans sa quête d'objectivité sans étouffer l'évidence de sa subjectivité. C'est aussi un choix méthodologique qui vise à ne pas accorder au *nous*, un pouvoir qu'il n'a pas nécessairement en soi et qui serait de faire de notre écriture analytique une écriture analytique scientifique.

De plus, les phrases mises en italique servent à illustrer soit mon questionnement comme chercheur, soit l'observation que je fais des gestes des médecins participants.

5.1.1 L'exemple de Mai : Prise de décision en contexte d'étrangeté

Mai est en train de superviser un résident en même temps qu'elle voit des patients. Ce soir-là, elle voit un jeune enfant âgé d'un an et demi atteint de diarrhées. Elle rencontre les parents et puis elle fait l'examen. Elle examine l'enfant, le couche sur la table d'examen. Elle se dit alors qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter. De plus, elle ne trouve rien d'inquiétant dans le dossier du patient. Toutefois, elle a un contact particulier avec cet enfant. Mai sent quelque chose. Elle dit aux parents qu'elle n'a pas de quoi investiguer plus avant, qu'elle entend leur inquiétude et qu'elle la partage. Elle comprend les parents et leur propose d'aller à l'urgence, car cela vaudrait la peine de faire une prise de sang et des examens plus approfondis. Elle explique qu'elle a atteint sa limite et qu'elle préfère qu'un deuxième avis soit donné. Comment le déroulement de l'action de Mai contribue-t-il à la compréhension du phénomène de mise en œuvre de son raisonnement médical face à l'incertitude dans le chaos de sa pratique ?

5.1.1.1 Reconstitution du déroulement du raisonnement médical de Mai

Mai commence par dresser le portrait du cas, une rencontre avec un patient dans une clinique de sans-rendez-vous. Le patient est un enfant qui vient pour des diarrhées. Elle voit le patient un enfant âgé d'un an et demi. Elle rencontre les parents, puis elle fait l'examen et elle entend l'inquiétude des parents. Mai couche l'enfant sur la table d'examen et cherche des signes de souffrances, d'irritabilités.

Mai ne trouve pas de quoi s'inquiéter, mais elle a un contact avec l'enfant et sent quelque chose. Elle dit qu'elle ne sait pas quoi faire, que cela peut-être une gastro, que les signes vitaux étant bons, l'examen physique est rassurant. Elle comprend ce que veulent dire les parents et leur propose d'aller à l'urgence. Mai pense que cela vaut la peine de faire d'autres examens plus poussés, car de son point de vue elle a atteint sa limite et puisqu'elle ne sait pas trop, elle préfère demander un deuxième avis.

Mai confirme le lieu et le moment de la journée pour amorcer la mise en œuvre de son raisonnement clinique. Elle se sert de ses apprentissages sur le partenariat et entreprend de décrire son raisonnement aux parents. Pour ce faire, elle verbalise ce qu'elle fait, ce qu'elle regarde et confirme

ce qu'elle entend de ce que les parents disent (reformule les propos des parents). Une fois, les parents et l'enfant partis à l'urgence, elle n'a plus de nouvelles. Plus tard, Mai regarde dans le dossier électronique du patient s'il y a eu une prise de sang. Elle vérifie et il n'y a pas eu de prise de sang. Elle rappelle les parents et demande comment s'est passé le passage à l'urgence. Mai suggère aux parents de retourner à l'urgence puisqu'ils sont encore inquiets et de dire qu'ils se sont revus et qu'elle aussi est inquiète.

Mai reçoit un rapport un mois plus tard d'une échographie qui montrait que c'était un cancer. Mai pense que c'est un cas où elle a eu un feeling. Elle exprime avoir été touchée par ce cas.

Mai reçoit un mot des parents disant qu'ils avaient apprécié leur rencontre avec elle. Elle ne savait pas que les parents avaient aussi été touchés par la rencontre. Mai dit qu'elle n'a pas fait grand-chose, qu'elle a juste envoyé les parents et leur enfant malade à l'urgence.

Mai est touchée que les parents lui fassent savoir que quelque chose les avait aussi touchés. Elle aimerait savoir ce qui fait que les parents se sont sentis touchés par la rencontre. Elle est habitée par ce cas. Puis, Mai confirme le moment où elle amorce son raisonnement et où elle prend la décision avec les parents.

> Mai : Non, et bien c'est cela, je pense cette fois-là, je…pas toujours, dès fois je vais le garder pour moi, mais là, je l'ai vraiment mis sur la table, ça a été mis en lien, en fait, je leur ai montré que le fait qu'ils me disaient cela et que ce que j'observais aussi, mais avec…parce que s'ils m'avaient dit : « écoutez, on n'est pas inquiet, mais il a de la diarrhée et depuis il est un peu moins joyeux, mais tu sais… ». J'aurai vu l'enfant et j'aurai fait comme bon, il…je ne sais pas comment j'aurai réagi, peut-être j'aurai été très inquiet, mais je pense probablement beaucoup moins, j'aurai fait, écoutez, on va observer, clairement j'aurai probablement dis ça, « revenez dans deux jours et on va poursuivre », tu sais, mais là, cette inquiétude que je sentais, qui était tout à fait légitime et soutenue d'une réflexion… Comme je te dis, ce n'est pas une inquiétude…juste…heu…de la nature des choses …juste pouf de même, là…

Ils décident ensemble et elle sent qu'il y a quelque chose d'important qui se passe. Elle a les sens en éveil. Mai confirme le contexte, elle se tient debout avec le père et la mère autour de l'enfant qui est allongé sur la table d'examen. Mai est appuyée sur la table d'examen. Elle écoute les parents et s'efforce de répondre à leur inquiétude. En fait, Mai essaie vraiment d'être au plus près des parents afin d'entendre quelle sorte d'inquiétude ils éprouvent. Elle sent que les parents éprouvent une inquiétude liée à une réflexion, à un raisonnement. Alors, elle écoute vraiment le raisonnement des parents, leur perception. Mai utilise le langage non verbal pour faire sentir aux parents qu'elle

entend leur inquiétude et qu'elle sent qu'ils réfléchissent ensemble et que quelque chose d'important est en train de se passer. Mai s'assure que les parents verbalisent leur réflexion. Elle pose des questions d'observation et des questions de réflexion. Elle se place en position de partenariat avec le patient et va chercher la réflexion dans l'inquiétude des parents. Elle fait la même chose que ce qu'elle demande aux parents : Mai explique ses observations et elle explique les options de réflexion.

Mai écoute, elle reçoit toute l'information et s'assure de tout laisser sortir, y compris l'inquiétude, avant de rassurer, si nécessaire. En fait, elle donne une place à l'inquiétude dans son raisonnement. Elle entend l'inquiétude des parents, examine la situation, attend le moment propice pour parler. Puis, verbalise son raisonnement, reformule le raisonnement des parents et présente les options possibles. Enfin, elle expose ses doutes et incertitudes et choisit de s'en remettre au jugement et à l'inquiétude des parents.

5.1.1.2 Reconstitution du déroulement d'une prise de décision en contexte d'étrangeté

Que fait Mai lorsqu'elle se trouve en présence de l'étrangeté du cas ?

Elle commence par éprouver un sentiment d'étrangeté. Mai décide alors d'écouter cette étrangeté et ne pas penser que le problème vient d'elle. Elle peut alors reconnaitre que l'étrangeté vient de l'enfant et de la situation. Dès lors, elle parvient à reconnaitre que le sentiment d'étrangeté qu'elle éprouve est légitime.

> Mai : Hum…ben, moi, ce qui m'a marqué et puis c'est drôle parce que j'ai reparlé de cas le lendemain à plusieurs collègues…parce que j'avais l'impression…l'enfant m'a marqué…l'enfant…mais je n'étais pas capable de dire exactement…de relire ma note…de relire qu'est-ce que j'ai pu marquer parce que je te dis, il n'y avait pas de signe, mais j'avais l'impression que c'était comme extraterrestre, tu sais, il…l'enfant…il était comme…Tu sais, il te regarde, puis il te salue, il me salue avec son pied, là, tu sais, il lève son pied pour me toucher…tu sais c'était comme…c'était étrange…je me souviens d'un sentiment d'étrangeté…de ça…Et puis, c'est un peu ça aussi que…je n'ai pas dit comme cela, mais c'est d'écouter l'étrangeté, j'ai écouté l'étrangeté aussi du truc et puis c'est comme ok…

Comment Mai perçoit-elle ce sentiment d'étrangeté du cas ? Tout d'abord elle n'est pas bouleversée, mais plutôt calme. Elle est consciente des pistes possibles. Elle n'est pas à la recherche de la bonne piste, car elle préfère quand il n'y a pas une bonne façon de faire.

Elle n'aime pas non plus quand il y a la bonne solution prescrite par un guide de pratique, mais elle préfère quand les guides de pratiques ne donnent pas la bonne piste à suivre et qu'il existe plusieurs choix, plusieurs options qui nécessitent une réflexion. Finalement, elle est à l'aise dans l'étrangeté et dans le fait de prendre une décision dans cette étrangeté du cas. Elle est aussi à l'aise avec l'idée de prendre une décision tous ensemble. Elle essaie de communiquer avec l'enfant. Pendant qu'elle éprouve l'étrangeté Mai a l'impression de vivre une rencontre du troisième type.

> Mai : Tu sais, donc, étrangeté, elle m'appartient et puis là, merde, je ne sais pas…et puis là, ça me met encore plus mal à l'aise et puis là, ok, qu'est-ce que je vais faire et puis je dis…blabla…mais cette fois-là, l'étrangeté, elle ne m'appartenait pas, elle n'était pas à moi, elle était dans l'enfant, dans la situation, il y avait une étrangeté qui était là et elle était légitime, dans le sens qu'elle était…pas légitime, mais le sentiment d'étrangeté en moi, je le sentais légitime…heu…
>
> Yves : À quoi tu perçois que ce sentiment-là, il est légitime ?
>
> Mai : ben…je n'étais pas…intérieurement je n'étais pas boul…comme en doute existentiel sur moi-même…heu…ou mal en essayant de répondre et de faire éteindre une voix qui était comme « ha, tu ne sais pas » ou quelque chose…j'étais comme…assez calme…petit silence…et puis j'étais consciente qu'il y avait plusieurs pistes possibles, donc, je n'étais pas à la recherche de la bonne…Je déteste ça moi, quand il y a la bonne façon – mais ça existe ça tu sais – mais le guide line, le truc qu'il fallait que tu fasses et puis là, tu ne l'as pas fait, ou tu l'as-tu fait ? tu sais, fait que là, je sentais que…moi, je suis plus à l'aise quand il y a comme plusieurs…plusieurs pistes et puis, là on réfléchit ensemble et là, on choisit, pour moi c'est ça comme un peu l'art de la médecine ou c'est de là que je me sens confortable, quand c'est…quand je sens qu'il y a comme une ligne et bien, là je suis comme anxieuse de l'avoir et de ne pas la trouver. Fait que là, je sentais qu'on était là-dedans, il y avait cette étrangeté-là, il y avait une décision à prendre et puis dans toutes les décisions j'aurais été quand même à l'aise, donc, c'était plutôt d'aider…que l'on prenne une décision tous ensemble pour le bien-être de l'enfant et puis de la famille.

Comment Mai s'y prend pour interagir avec l'enfant ? Elle touche le pieds de l'enfant. Mai communique avec le pied de l'enfant, puis elle regarde l'enfant qui la regarde et accepte de communiquer avec l'enfant de manière anormal. Elle observe que la communication est anormale en comparaison avec les façons habituelles de communiquer des enfants. Elle énumère les façons habituelles de communiquer des enfants, les états qui sont associés et les réactions prévisibles des enfants. Puis, elle énumère les situations où un enfant peut être calme. Elle se dit que l'enfant est très réveillé et qu'en même temps, il ne joue pas. Mai a l'impression qu'un extraterrestre a pris possession de l'enfant. Elle est curieuse de voir ce que l'enfant peut ressentir dans son corps. Pour finir, Mai éprouve un sentiment de compassion.

5.1.1.3 Synthèse du vécu d'une prise de décision partagée

Que fait Mai lorsqu'elle est dans une zone grise de la pratique ?

Lorsqu'elle se trouve dans cette zone grise de la pratique, Mai « réquisitionne » les parents : pour ce faire, elle s'informe de l'évolution de l'état de l'enfant à la maison, opère un retour à l'histoire des parents pour se faire une image de l'état de l'enfant lorsqu'il est à la maison et le comparer avec son état lors de l'examen et finalement, précise qu'elle se trouve en zone grise et fait des aller-retours.

> Yves : Donc, tu es là, tu viens d'avoir cette interaction étrange avec l'enfant, tu es en train de prendre un petit peu le pouls de la situation, tu entends les parents…tu entends l'inquiétude de la mère et à ce moment-là qu'est-ce que tu fais ?
>
> Mai : Eh bien, j'ai réquisitionné les parents…j'ai dit : « donc, là, ce que je vois en ce moment, c'est comme ça qu'il est à la maison ? », Oui ! « Tout le temps ? » Oui ! « Mais, là, quand vous dites qu'il est assis, il ne joue pas ? », non ! Ok, et là, tu sais, j'essaie de simuler, j'essaie de…elle dit : « Non, c'est ça…il est vraiment tout le temps comme ça. », là, ok… « est-ce qu'il y a déjà été comme ça ? », Non ! Bon ok, ça fait que je vais retourner à l'histoire des parents pour vraiment comme me…là, essayé de voir, de me donner une image de comment il est…parce que nous, le défi c'est que l'enfant n'est pas habituellement comme il est à la maison que quand il est avec nous, parce qu'il a peur, parce qu'il est fatigué, qu'il a sauté sa sieste…ça fait que moi je veux avoir une idée de comment il est chez lui…puis tout cela c'est que on est dans la zone grise donc, c'est ça aussi, parce que quand tu n'es pas dans la zone grise, admettons, il a fait quarante de fièvre, avec – je ne sais pas – des signes vitaux anormaux , un cœur qui bat trop vite, c'est clair, on n'a pas de question à se poser…je m'en fou qu'il y ait une inquiétude parentale ou pas…on s'en va à l'urgence, ok ? […] Donc quand c'est très clair, c'est clair, mais, là, c'était zone grise, donc c'est pour cela qu'il a fallu comme tout utiliser, revenir, donc j'ai fait des espèces un peu d'aller-retour…

Comment Mai identifie une zone grise et comment elle agit ?

Tout d'abord, Mai suit la procédure d'examen de l'enfant, elle constate l'absence d'anomalie clinique du cas et en même temps elle constate des anomalies du cas.

> Yves : À quoi tu vois que c'est une zone grise ?
>
> Mai : Heu…parce que les signes vitaux sont tous normaux, l'examen physique ne révèle…tu sais, je n'ai pas de douleur dans l'abdomen, je n'ai pas de masse, l'enfant n'a pas bougé, j'examine les oreilles, le nez, tout ce que j'examine, il n'y a pas d'anomalie qui porte. Euh…l'enfant n'est pas…l'enfant est bien éveillé, il n'est pas amorphe, il n'est pas comme un enfant qui est inquiétant…Euh…donc, cliniquement on n'a pas…Euh…et puis un enfant malade pourrait ne pas vouloir jouer…ok, ça n'est pas…le fait de ne pas vouloir jouer ce n'est pas tant…c'est ça que pour moi…là si tu creuses un peu pour voir ce qui se passe…c'est que, pourquoi c'était étrange, ce n'est pas qu'il ne

> veuille pas jouer, mais un enfant qui est malade et qui ne veut pas jouer, il veut faire quelque chose, il veut se coller, il veut dormir, il veut pleurer parce qu'il n'est pas bien…mais un enfant qui reste assis comme en…genre méditation, là, ce n'est pas normal…ce n'est pas normal, c'est ça qui est étrange…alors on ne m'a appris ça dans les livres, j'ai déjà vu des enfants…et puis tu sors ton feeling…

À partir du moment où Mai constate les anomalies dans la situation de l'enfant, elle essaie de mettre le doigt sur ce qui n'est pas normal. Elle se met alors à la recherche des traces des anomalies et évite de rester dans le flou.

> Mai : Et bien j'essaie de mettre un doigt, s'il y a quelque chose de pas normal, il faut que j'essaie de le nomme parce que moi, j'ai une note à écrire aussi et il va falloir que ce soit explicite, ça ne peut pas rester juste floue, il faut que ce soit quand même explicitement dit, pourquoi j'ai décidé d'envoyer un enfant à l'urgence, tu sais ?

Puis, Mai essaie de se faire une représentation globale du cas. Ce faisant, elle éprouve un sentiment d'étrangeté par rapport à ce cas. Elle pense alors à d'autres cas – avec des diagnostics plus graves – qu'elle a eus dans sa carrière. De ce fait, elle pousse un peu plus en profondeur l'examen physique de l'enfant et porte une attention particulière sur certains signes en particulier. À cet instant, un silence se fait et j'observe un ralentissement du débit de parole de Mai. Elle semble chercher à se mettre dans une certaine disposition, y compris physiquement. Les mains croisées sous le menton, elle se remémore le moment avec de petites mimiques sur le visage tout au long de ses phrases. Puis, Mai verbalise son raisonnement, elle amorce une réflexion à haute voix avec les parents, nomme la situation et essaie de dresser un tableau de la situation incluant ce qui est normal et peu inquiétant et ce qui est anormal et inquiétant. Elle fait part verbalement aux parents de ses trouvailles et expose son raisonnement clinique aux parents.

> Mai : Est-ce qu'il n'y a pas eu ça ? bon ok, il n'y a pas eu ça, ok…et puis là, je vais essayer de me redire mais pour cela je vais réfléchir à haute voix avec les parents…je dis : « ok, écoutez, bon…heu…voici la situation… », on a comme nommé la situation, vous avez un enfant de deux…aussi l'autre chose c'est que cela ne faisait pas tant longtemps qu'il n'était pas bien…cela faisait peut-être deux jours. Si cela fait un mois, c'est plus inquiétant…cela fait que tu as plein de signes, de choses qui vont bouger, qui vont faire que tu t'inquiètes plus ou moins…fait que là, c'est comment mettre tout cela en…comment faire un tableau là, si tu veux. Et puis après cela, une fois que tu dis, bon, il y a quelque chose qui m'achale, quelque chose d'anormal…après ça c'est qu'est-ce que tu fais ? Quelle est l'action qui va être posée ? Quel est le plan qui va être proposé? Ça c'est une autre étape…Donc, moi après ça je vais essayer…ce que je trouve beau peut-être dans cette histoire c'est que je n'ai pas porté à moi seule le poids de l'enfant sur moi, j'ai vraiment…puisque de toute façon, les parents le portaient déjà, ils sont inquiets, ils ont observé des choses, ils sont arrivés et puis tu sens qu'ils veulent qu'il y ait quelque chose qui se règle, quelque chose qui aille mieux, donc…oui après cela, ça

a été d'expliciter vraiment les trouvailles. Et ils ont vu et puis c'est montrer aussi aux parents que tu fais les choses, là, que tu examines, ils te voient vraiment examiner, tu montres…parce que si admettons, ma conclusion ça avait été de dire : on va surveiller…ok ?

5.1.1.4 Exploration du geste professionnel de Mai

Retour sur le vécu de l'action

Lorsque je demande à Mai ce qui est important pour elle dans ce qu'elle a évoqué de son action de prendre une décision partagée, un long silence se crée.

À cet instant, Mai à les mains jointes devant le menton, un peu comme en prière. Son débit de parole ralenti.

> Mai : Bien, à partir de là, quand tu lui donnes la place…parce que dès fois, des gens vont considérer…tu sais…que les inquiétudes parentales, ça peut être un peu du bruit, tu sais comme…ok, bon, les parents sont inquiets, c'est comme si on se coche la case : parents inquiets, coché ! Rires…mais tu as différentes sortes d'inquiétudes évidemment…Bon à un moment tu entends ça…et que tu les…c'est ça…tu lui donnes de l'importance et bien, là, à la lumière de ça, l'examen physique est inquiétant…ok…et donc, à la lumière de ça, il y a une décision qui est à prendre et que l'urgence de l'envoyer à l'hôpital devient…est une option. Si, tu n'as pas écouté les parents, où tu ne les as pas…tu as minimisé…ce que je vais faire des fois…des fois, je minimise l'inquiétude parentale, mais dans ce cas-là, je ne l'ai pas minimisé et qu'est-ce qui fait qu'on minimise ou qu'on ne minimise pas, ça c'est une autre question, mais le fait de ne l'avoir pas minimisé, ça a légitimé l'option de l'envoyer à l'hôpital…tu sais, à la lumière de l'examen…tout à fait du sens…tout s'est mis…tous les éléments se sont…ont émergé pour permettre la décision…

Mai a les deux mains, paumes en l'air qui remontent vers le haut. Puis, elle aborde les différentes sortes d'inquiétudes que les parents peuvent ressentir dans une pareille situation. Elle écoute l'inquiétude des parents avec toute sa sensibilité et cela la rend capable de donner de l'importance à l'inquiétude et de rendre légitime l'option d'envoyer l'enfant à l'hôpital. À cet instant, je constate que Mai cherche à faire du sens pour faire émerger des éléments de la prise de décision partagée et que c'est cette émergence de sens qui permet la prise de décision alors qu'elle dit se trouver dans une zone grise de sa pratique.

> Mai : Donc quand c'est très clair, c'est clair, mais, là, c'était zone grise, donc c'est pour cela qu'il a fallu comme tout utiliser, revenir, donc j'ai fait des espèces un peu d'aller-retour…

> Yves : À quoi tu vois que c'est une zone grise ?

> Mai : Heu…parce que les signes vitaux sont tous normaux, l'examen physique ne révèle…tu sais, je n'ai pas de douleur dans l'abdomen, je n'ai pas de masse, l'enfant n'a pas bougé, j'examine les oreilles, le nez, tout ce que j'examine, il n'y a pas d'anomalie qui porte. Euh…l'enfant n'est pas…l'enfant est bien éveillé, il n'est pas amorphe, il n'est pas comme un enfant qui est inquiétant…Euh…donc, cliniquement on n'a pas…Euh…et puis un enfant malade pourrait ne pas vouloir jouer…ok, ça n'est pas…le fait de ne pas vouloir jouer ce n'est pas tant…c'est ça que pour moi…là si tu creuses un peu pour voir ce qui se passe…c'est que, pourquoi c'était étrange, ce n'est pas qu'il ne veuille pas jouer, mais un enfant qui est malade et qui ne veut pas jouer, il veut faire quelque chose, il veut se coller, il veut dormir, il veut pleurer parce qu'il n'est pas bien…mais un enfant qui reste assis comme en…genre méditation, là, ce n'est pas normal…ce n'est pas normal, c'est ça qui est étrange…alors on ne m'a appris ça dans les livres, j'ai déjà vu des enfants…et puis tu sors ton feeling…

Résultat du décryptage du sens donné par Mai à son geste professionnel

Le sens de la collaboration est une des valeurs que Mai exprime à travers le fait de faire équipe ensemble. Elle mime le scénario de la réaction possibles des parents, en prenant un air agacé et un peu menaçant…

> Mai : et bien moi, ce qui important, c'est que les parents, viennent faire équipe avec moi. Tu sais la peur, c'est un peu que les parents fassent…heu…il y a plusieurs scénarios possibles, mais un des scénarios c'est quand… Ha…non…vous pensez vraiment qu'il faut aller à l'urgence ? Mais, on ne peut pas faire ça, ici, là ? Tu vois…ça fait que ça, ce n'est pas une bonne réaction que j'aime…Parce que, là, je sens qu'il y a comme une déception et des attentes qui ne sont pas répondues…heu…ils n'ont pas compris ce que je voulais faire, ça fait que là, il faut que je me reprenne, donc ça s'en est une…

De plus, ce qui est important pour Mai, c'est que la zone grise soit claire. C'est-à-dire que les choses soient explicitement évoquées et non pas cachées et non nommées.

> Mai : Dans cette zone grise ce qui est important c'est que les choses…que la zone grise soit claire étrangement…que : un, on nomme que c'est une zone grise…ce n'est pas caché, parce que dès fois, c'est caché cette zone grise mais toi tu la portes la zone grise mais le patient n'est pas au courant, le patient il sait que c'est une zone grise mais, il n'est pas au courant, donc, ça c'est nommer la zone grise. Après cela, c'est pourquoi elle est grise, nommer pourquoi elle est grise pour que les gens comprennent…en tout cas, il faut moi que je le sache. C'est souvent cela que je vais enseigner aux résidents, parce que je fais beaucoup de soins à domicile, ce sont beaucoup des zones grises, c'est…et puis souvent les résidents, ils disent : « on va faire ça… » pourquoi ? En fait moi, j'ai un …ça ne me dérange pas la décision que tu prends, elles sont toutes bonnes, mais il faut que tu sois au courant de c'est quoi les différentes options et après tu la prends ta décision, donc, tu as une décision libre et éclairée. Donc pourquoi elle est grise, c'est expliquer quels sont les pour, les contre un peu, c'est sans le détail, mais que l'on sache un peu les grandes…les grands trucs. Et après cela…c'est ça, je dirai, l'essentiel, après c'est…on peut aider, je peux pousser plus des fois les patients me disent « mais vous qu'est-ce que vous feriez », bref, peu importe, et là, je peux aider ou pas.

Quel geste peut évoquer cette zone grise de la pratique ?

> Yves : Quand tu es dans cette zone grise, c'est quoi l'image…est-ce qu'il y a un geste qui te vient ?

Un silence. Les mains de Mai sont placées en prière devant le menton, tête droite et le regard de côté au loin. La posture du chercheur est similaire à celle de Mai, la tête légèrement inclinée et la regardant…

> Mai : Et bien je vois vraiment un nuage gris…

Mai fait un geste des deux mains qui passent de la position de prière devant le menton à une ouverture des bras, les paumes tournées vers le haut… Elle, fait de petits mouvements du bout des doigts qui s'agitent en remuant doucement les bras comme si elle touchait un nuage du bout des doigts.

> Mai : Et là, ça ce peut même que je fasse des gestes comme cela… Et puis après ce qui va être important pour moi, c'est partir du nuage, ce que je vais faire, c'est de montrer, donc on va essayer de repartir du nuage…

Elle revient à la posture de la prière, mains devant le menton… Mai fait le geste de lever les bras en l'air et de figurer un nuage, puis, elle fait comme si elle prenait, avec chaque main, une brassée du nuage pour l'amener un peu plus bas devant elle.

> Mai : Comme cela…clic, clic…

Onomatopée[4] de Mai qui exprime le mécanisme de faire glisser un morceau du nuage vers le bas, puis un autre…

> Mai : On a cette option-là, cette option-là, on à cette option-là…

> Yves : Et à qui tu t'identifies ?

---

[4] L'onomatopée est une catégorie de sons émis pour simuler un bruit particulier associé à un objet, par l'imitation des sons que celles-ci produisent. Certaines onomatopées sont improvisées de manière spontanée, d'autres sont conventionnelles (comme c'est le cas ici).

> Mai : Euh…et bien, il y a vraiment le côté professionnel du médecin, le médecin professionnel… il y a le côté très médecin de famille, qui a une expertise dans les zones grises, avec le plusieurs options…les autres aussi remarque, mais, je ne sais pas, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose vraiment de la médecine de famille qui parle…et puis, après il y a moi personnellement qui est assez à l'aise dans les zones grises…tu sais… Qui est beaucoup plus à l'aise en gris qu'en noir et blanc, si tu veux… donc…tolère…et puis, il y a quelque chose chez moi qui veut…je pense qui est important…Et ça, c'est quelque chose qui m'appartient plus à moi …je trouve ça beau que des gens, d'une zone grise, prennent une décision…je trouve que ça c'est émancipateur. Je trouve qu'il y a quelque chose d'empowering, là-dedans, tu sais…c'est ta…parce que vue qu'il y a la zone grise, c'est ta décision, ça t'appartient…

Mai explore une partie de son identité professionnelle. *Elle a la tête en arrière. Le regard tourné vers le plafond. L'on peut observer une intensification de la voix de Mai, avec un timbre particulier du son de sa voix dans le micro. Elle fait un geste de prendre quelque chose dans son cœur et elle le met devant elle. Puis, Mai refait le geste mais avec les deux mains jointe comme si elle prenait quelque chose en elle du bout des doigts.*

> Mai : Oui…parce que tu y mets du tiens, fait qu'il y a quelque chose de ta couleur que tu mets, il y a quelque chose du patient qui va émerger, on n'est plus juste dans le robot, là sais, on n'est pas…parce que quand c'est clair…c'est que c'est clair, tu n'as aucune individualité là-dedans, mais quand c'est gris et bien là, c'est là que…je vais refaire le geste là. Que tu deviens… toi, tu y mets ta couleur, toi, tu rentres là-dedans, dans l'histoire…moi je vais rentrer dans l'histoire, toi tu rentres dans l'histoire, mais moi, mon rôle, c'est de t'aider à prendre cette décision. Ça je pense, que c'est un côté plus personnel qui à cette tendance-là, je ne suis pas sûr que tout le monde tripe là-dessus.

Mai nomme des valeurs qui font du sens pour elle : La beauté, l'unicité, être à la bonne place et la rencontre. Ce sont des valeurs qui contribuent également pour une part à définir qui elle est comme médecin et plus largement comme personne. Nous pourrions dire pour finir, que Mai évoque assez clairement son intégrité, à la fois comme médecin de famille et comme être humain. Mai exprime également que cette intégrité joue un rôle dans la construction de son identité professionnelle.

> Yves : Qu'est-ce qui important pour toi dans ce geste ?

> Mai : Ben dans ce geste, il y a que l'on part de quelque chose qui est assez… on garde… le miel qui coule, ou si tu veux là… La beauté, l'unicité aussi, on est à la bonne place, il y a quelque chose de centré… Oui, on est à la juste place, l'unicité, la rencontre…oui, quelque chose comme ça.

> Yves : et quand tu fais ce geste-là… Tu es qui quand tu fais ça ?

> Mai : J'suis tout ! Tout en même temps…

5.1.2 L'exemple de Fre : Dialogue intérieur d'un médecin dans le chaos

Fre revient sur un moment difficile avec un patient. Ce dernier a été référé à Fre par son mentor qui est parti à la retraite. Fre ressent d'emblée quelque chose de spécial avec ce patient qu'il perçoit comme « un chic type, quelqu'un de bien, humble et gentil mais sur qui la vie et la maladie semblent s'acharner ».

Pendant le printemps, Fre découvre que le patient souffre d'un cancer de la prostate multi métastatique (avec des métastases à peu près partout dans le corps). Le patient est très souffrant. Fre prend un congé de quatre mois. À son retour Fre se demande dans quel état il va retrouver son patient. Il sait qu'il va devoir organiser les choses pour son patient, lui offrir une sorte de quartier général, un lieu à partir duquel le patient peut se reposer et envisager la suite. Fre ne se sent pas très au clair avec cette dimension de sa pratique et certaines actions posées par Fre restent difficiles à consigner par écrit comme le fait d'être présent à l'autre dans la souffrance. Se tenir aux côtés de celui qui souffre, faire une place à cette sorte d'écoute d'autrui qui traverse les pires moments d'une vie, c'est ce dont Fre a du mal à faire part dans ses notes de médecin. Comment traduire en langage médical, ce qui relève de la condition humaine, au sens large : de la vie et de la mort ? Fre ressent l'écart entre médecine et philosophie et il se demande qu'elle sorte de philosophie la médecine peut bien offrir au monde pour que toute cette souffrance ait un sens.

5.1.2.1 Reconstitution du déroulement d'un agir en contexte de chaos

Comment Fre s'y prend lorsque ce qu'il fait n'est pas très clair ?

Fre a conscience de surinvestir. Il passe des appels téléphoniques pour organiser les rendez-vous du patient, s'assure que rien ne reste en suspens et que les rendez-vous du patient s'enchainent bien. Il joue un rôle de chef d'un quartier général pour son patient, réceptionne les éléments des rendez-vous et permet au patient de venir valider des intuitions, des tracasseries. Fre aide son patient à ramasser ce qui « tombe entre deux chaises ».

Fre éprouve le sentiment que ce qu'il fait n'est pas très clair. Il éprouve des difficultés à écrire ses notes. À son retour de congé, Fre découvre que son patient est content, mais il éprouve le sentiment de n'avoir rien fait.

> Fre : Et déjà d'emblée, j'avais comme un peu surinvesti, j'avais fait…des fois on fait plus…j'avais appelé pour lui organiser ses rendez-vous, être sûr que les choses ne sont pas entre deux chaises et puis…et puis vite, il m'a comme un peu investi dans ce dont on parlait tantôt…c'est-à-dire là il est entouré de plein de médecins spécialistes…(hoche de la tête) et puis il n'a pas besoin de psychologue dans sa vie mais il a besoin d'un genre de quartier général, où les choses vont se déposer, où il vient valider certaines intuitions, certains trucs qui hantent, où on peut ramasser tout ce qui tombe entre deux chaises, où…Où ce n'est pas très clair qu'est-ce que je fais…ce n'est pas très clair ce que je fais et mes notes sont dures à écrire…quand il quitte…mais il n'arrête pas… et je suis revenu et finalement il était très content quand je suis revenu et on a repris tout récemment, il me dit sans cesse à quel point c'est hyper important pour lui et puis je suis encore…quand il sort, mon premier réflexe ; c'est de me dire comme mes résidents, mais pourtant, je n'ai rien fait. Et puis, récemment, tu sais c'est toujours un peu transgressif pour nous de…il y a comme un certain problème de lymphœdème5, une jambe qui est enflée plus que l'autre et puis tu sais, je réalise assez bien avec lui et je l'examine et on réalise…ok, on peut aller plus dans la médecine, on peut donner plus de médicaments et de traitements ici et là, mais ça va toujours….heu…rendu là il est assez malade que ça va toujours être comme…tu sais le jeu aux arcades où il y a toujours une tête qui sort et il faut que la tape et quand tu en tapes une, il y en a une autre qui sort…bon, on a beau contrôler quelque chose ça…

Puis, Fre identifie un problème de lymphœdème sur une jambe du patient. En examinant le patient, Fre réalise que même s'il peut aller plus loin dans la médecine, donner plus de médicaments, plus de traitements, cela ne suffira pas à régler le fait que le patient est très malade et qu'il y aura toujours d'autres problèmes qui demanderont aussi des médicaments et des traitements. À cet instant, Fre réalisant qu'il n'a plus le contrôle de l'évolution de l'état du patient, Fre choisit d'adopter une approche plus holistique et recommande à son patient des soins non formellement prescrit par les guides de pratiques et les normes de médecine.

> Fre : […] une approche peut-être un peu plus holistique pour certains problèmes et puis je lui dis…tu sais en tant que médecin, je n'ai pas le droit de prescrire de l'ostéopathie, il n'y a pas d'ordre professionnel, il n'y a pas…tu sais…ou je peux, mais tu sais, ce n'est pas…je lui dit, je n'ai pas de preuve à l'appui, quand je prescris quelque chose d'habitude j'ai des…ça fait que ce n'est pas le docteur Fre qui vous conseille d'aller en ostéo […]. Je me suis senti tout drôle après quand il est parti. Je l'ai fait…ça va j'ai parlé à l'ostéo, il était tout à fait enthousiaste…puis j'ai reparlé à Monsieur…je l'ai référé mais c'était la semaine dernière et là depuis ce temps-là j'ai vraiment l'impression

---

[5] Le lymphœdème, c'est l'enflure qui se produit quand la lymphe ne peut pas circuler normalement et qu'elle s'accumule dans les tissus mous d'un membre. Le lymphœdème apparaît habituellement dans des parties du corps où des ganglions lymphatiques ont été enlevés ou endommagés par le traitement d'un cancer. Ces régions sont entre autres l'aisselle (creux axillaire), le cou, l'aine et le bassin. Le risque de lymphœdème augmente en fonction du nombre de ganglions lymphatiques affectés. Les ganglions lymphatiques font partie du système lymphatique. (Société canadienne du cancer). Source internet : https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/lymphedema

> d'avoir fait quelque chose d'un peu transgressif. Premièrement, j'ai explicitement mis plus de moi, J'ai parlé de mon père, de ma mère, tu sais il y a encore ce mythe du médecin neutre, bienveillant, objectif, qui n'existe presque pas de lui-même et puis deuxièmement, je l'ai quand même référé en ostéopathie…tu sais, c'est un truc qui…moi ça me va là et puis je n'ai pas…mais ce n'est pas ce que le collège des médecins applaudi au plus fort…tu sais, il y a un truc de…(il me jette un petit regard avec un sourire complice). Et puis troisièmement, il n'arrête pas de me dire à quel point je l'aide mais sans trop comprendre ce que je fais…et donc, au bout de tout cela, même si je me sens extrêmement bien dans cette relation maintenant et puis je trouve que c'est une grande chance dans la vie de…et c'est extrêmement exigeant en même temps, mais de…d'assister à toute cette souffrance…

Peu après, Fre a l'impression d'avoir fait quelque chose de transgressif en mettant explicitement plus de lui, en parlant de sa famille et en référant le patient vers un professionnel du soin non officiellement reconnu par le Collège des médecins et ne relevant d'aucun ordre professionnel. Mais d'un autre côté, il écoute son patient dire combien il se sent aidé et soutenu. Fre se sent bien dans la relation tout en continuant d'éprouver l'extrême exigence d'être dans une relation où il doit assister à toute la souffrance de son patient. Il a l'impression que la vie lui fait le cadeau de lui permettre d'accompagner ce patient-là dans toute cette souffrance.

5.1.2.2 Reconstitution du dialogue intérieur du médecin confronté au chaos de la pratique

Que se passe-t-il lorsque Fre entame un dialogue intérieur ?

Lorsque Fre éprouve cette impression que la vie lui fait le cadeau de lui permettre d'accompagner ce patient-là dans toute cette souffrance, il entend une autre voix. Celle-ci lui dit que ce qu'il fait commence à ressembler à du charlatanisme. Mais Fre éprouve malgré tout le sentiment de bien faire, d'être bien dans la relation et de poser les bons gestes pour son patient. Du coup, Fre ressent le besoin de rédiger des notes « hyper médicus », c'est-à-dire très complètes sur le plan médical.

> Fre : […] et puis d'être là, un peu dans cette impuissance, mais en même temps c'est comme avec nos patients, tu sais…non ! je ne suis pas en train de ne rien faire…je suis en train d'être là…et puis cela fait toute la différence pour lui. Je ne suis pas en train de lui donner des médicaments, je ne suis pas en train de…mais donc, j'ai l'impression qu'il y avait quelque chose dans ce registre-là, j'ai l'impression que, vraiment, c'est un grand cadeau que la vie me fait, de me permettre d'accompagner ce monsieur-là dans toute cette souffrance…
>
> *Silence*

> Fre : Donc, il y a tout cela en même temps et là, il y a une autre voix qui apparait-là…Tu sais le…le petit diable dans notre…et là, il y a une voix qui est le traumatisme de la médecine, notre…ce que je vais appeler le…attend un peu…et si ce que tu es en train de faire…ça commence à ressembler à du charlatanisme, tout d'un coup…tu comprends ? tu sais…attend un peu, là on commence à être loin de la façon dont la médecine se défini et aime se définir et c'est…wow attend un peu là ! ostéo, ton père, ta mère, tu l'accompagnes, le truc pas trop…tu sur investi parce que là en plus c'est comme ton mentor qui te…tout est dans la relation finalement, mais même si moi je sais que c'est ça qui faut faire…c'est vrai que je suis un peu plus gêné là, je ne voudrais pas que le collège des médecins…tu sais…fais que donc, si tu lisais mes notes avec lui…elles sont hyper médicus…

À cet instant, Fre expose comment il s'y prend pour articuler sa réflexion intérieure. Il décrit comment il procède pour passer d'une voix à l'autre (l'une étant la voix du généraliste et l'autre celle du spécialiste) et ce qu'il fait, l'action qu'il engage, lorsqu'il écoute la voix du spécialiste.

> Fre : Heu… (Autre silence) …oui, c'est ce moment, quand il est avec moi, avec nos masques et avec tout le…et moi, j'ai ma visière, j'ai mon…tu sais, c'est un truc qui est extrêmement peu chaleureux là. Et puis…c'est justement quand j'ai transgressé quelques règles…quand je lui ai dit : « écoutez, moi, là, on peut faire plus de médecine, mais on peut aussi prendre un pas de recul et puis essayer de voir est-ce que l'on peut regarder tout cela différemment un peu », puis…heu…Il était très content, en fait de ça…très content…en même temps c'est le moment où il m'a un peu fait comprendre…et puis, il aimerait bien vivre parce qu'il aime la vie…

D'une façon générale, Fre expose comment il s'y prend lorsqu'il entame le dialogue intérieur du médecin. La transgression des règles semble opérer un peu comme un point de bascule qui permet à Fre de passer de la voix du généraliste – celle plus chaleureuse, plus en lien avec les émotions – à celle du spécialiste – plus objective, plus « médicus » selon les termes de Fre.

> Yves : À quoi tu sais qu'il est content ?

> Heu…(*Petit silence*) Un mélange de lecture non verbale et puis là, c'est compliqué avec les masques et il l'a explicité assez clairement en fait…heu…il est assez valorisant pour un médecin ce patient-là, c'est-à-dire que sans cesse il va me dire qu'il apprécie énormément et puis que cela lui fait du bien…

> Y : et là toi, tu fais quoi quand il est content ?

> Fre : Et bien je reste froid de l'extérieur…heu…ça fait beaucoup de bien quelqu'un qui est content quand tu ne comprends pas exactement ce que tu es en train de faire pour lui…

Fre sait que le patient est content, car le patient lui dit verbalement. Du coup, Fre a juste à écouter le patient lui dire. Il observe également le comportement non verbal du patient malgré le fait d'éprouver de la difficulté à percevoir son expression faciale (à cause des équipements de protection individuel due au contexte de la pandémie). Pendant tout ce temps, Fre reste froid de l'extérieur, il ne comprend pas exactement ce qu'il est en train de faire pour le patient. Il réalise qu'il se trouve dans une situation expérimentale et éprouve du bien-être en voyant que le patient est content. En fait, si Fre mesure ce qu'il fait en constatant que le patient est content, il garde tout de même le réflexe de tenir le patient éloigné de lui pour ne pas avoir à assister à la souffrance, tout en pensant à toutes les possibilités pour s'échapper de la situation.

> Fre : Finalement, c'est la seule façon de mesurer ce que je fais…bon en tout cas une des seules… en même temps…et puis, je dis tout cela et j'ai l'air valeureux mais il y a une grande partie de moi qui a envie de le tenir à distance…j'étais très heureux d'avoir un masque et une visière ce jour-là…[…] Parce que bien sûr j'ai tout le réflexe de le tenir loin de moi parce que je préférai ne pas avoir à assister à toute cette souffrance. […] Et je pourrais très bien lui dire, allez faire votre suivi avec votre oncologue, votre radiooncologue, votre urologue, votre ci, votre ça, il y a plein de médecins au CHUM, il y a l'infirmière pivot, il y a tout le monde, là ! Ça fait que c'est cette ambivalence de…tu sais, j'aimerais bien qu'il ne me rappelle pas pour trois ou quatre semaines.

Que fait Fre lorsqu'il transgresse les règles ?

Fre aimerait oublier ce cas, mais il se souvient d'avoir pensé à ce patient la veille de leur rencontre et d'avoir songé que le patient avait le même âge que son père. Il évoque toute l'ambivalence et la complexité de cette situation. Puis, Fre explique au patient les directives un peu contraignantes dû à la pandémie et à la nécessité de réduire considérablement les durées de visites. Mais le patient parle beaucoup. Tandis que Fre donne des signes non verbaux de la nécessité d'écourter la rencontre, il prend en considération que le patient ne voit pas ces signes et observe que le patient est bien, confortablement installé sur la chaise. Fre constate que le patient est à sa place, qu'il ne bouge pas et qu'il est calme. À cet instant, Fre arrête de se dire qu'il doit écourter la rencontre et il se met à l'écoute des besoins du patient, il choisit d'accepter de prendre quelques minutes supplémentaires avec le patient quitte à enfreindre les protocoles, procédures et normes en vigueur en cette période de pandémie. Fre saisit le petit moment où le patient quitte le désir de plaire au soignant pour être vraiment lui-même.

> Fre : C'est une autre mini transgression, c'est que on parle beaucoup dans cette rencontre et puis tu sais les rendez-vous physiques cette année, avec la pandémie, on a encore la directive et puis la ça va changer un peu, mais que disons ton parlage tu le fais au

téléphone et quand tu vois la personne tu fais ça comme le plus vite possible et tu examines et…

Fre : Puis ce n'est pas cela qui s'est passé, il est venu se déposer vraiment, là et puis…et puis à la fin, autant il est très, très bon pour sentir d'habitude quand c'est la fin. Il ne veut surtout pas déranger, il se lève…là, j'ai donné comme trois, quatre signes non verbaux et il n'a pas compris que c'était la fin…

Fre : Et puis, il était bien, là, et puis en fait c'est ça qui m'a fait sentir qu'il était bien, c'est qu'il était extrêmement confortable et lourd sur sa chaise pour vrai, là. Il était à sa place et il ne se levait pas et il ne m'emmenait pas non plus d'autres raisons de consultation, d'autres plaintes, d'autres questions. Il était calme et bien et puis…d'un coup j'ai arrêté et je me suis dit, attend un peu, c'est le fait ! C'est ça qu'il faut à ce moment-ci ! Alors j'ai comme décidé d'accepter un trois ou quatre minutes de plus. Puis, après j'ai dit : « il faut qu'on s'arrête… » et il dit : « ha oui, mon dieu ! Je m'excuse, j'ai pris votre temps, je me suis oublié…mon dieu, d'habitude, je suis beaucoup plus… », il s'est excusé cinq fois et puis il est revenu à lui-même, il y a un petit moment où…

Silence

Fre : Où il n'était pas dans le désir de plaire au soignant. Il y avait quelque chose de…de…ça fait que je ne sais pas pourquoi j'ai choisi ce moment-là, mais peut-être juste parce que c'est très proche et que cette fin de semaine j'y ai pensé trois fois…

Fre confirme l'importance de la place de son mentor dans la relation et dans la rencontre de ce jour-là. Il explique au patient qu'il a parlé de lui à son mentor et que son mentor transmet à son ancien patient ses salutations et du courage et qu'il pense bien à lui. Fre réalise alors l'importance accordé par le patient à cette relation, à la succession et à la continuité de soin entre lui et son mentor. Il ne peut s'empêcher de se demander ce que son mentor aurait fait à sa place. Finalement Fre souligne que beaucoup de choses modulent une relation dans un petit moment. Je jour-là, à ce moment-là, Fre ressent la présence de son mentor et la nature profonde de la relation.

Fre : Ce jour-là, c'est moi qui lui ai parlé de lui…ce jour-là, je lui ai dit : « j'ai parlé à X, j'ai pris la liberté de lui parler de vous un peu, il vous salue chaleureusement, il a été attristé d'apprendre tout ce qui se passe, il vous souhaite bon courage et il m'a dit qu'il pense à vous. »…et là on a comme parlé de lui pendant deux, trois minutes et il me racontait comment…c'était très important pour lui d'entendre ça et puis que…le geste le plus important qu'il a posé ça aura été de vous choisir comme son successeur pour moi…il dit : « je suis très reconnaissant… », pour ce patient-là, je m'inscris en continuité avec ce que l'autre fait. D'ailleurs, c'est quelque chose que j'ai internalisé, donc je me sens un peu moins libre aussi…et ce n'est pas négatif…ce n'est pas négatif, mais ce que je me dis : « qu'aurait-il fait…

> Fre : Dans ce moment-ci. », tu sais, donc c'est…ça fait beaucoup de choses qui modulent une relation finalement…il y a beaucoup de choses qui modulent ce petit moment…Mais…tu vois, il était là…il était pratiquement là dans le bureau avec nous…

Derrière cette idée de « beaucoup de choses qui modulent une relation », l'on y devine l'importance des petits riens, des petits gestes, les regards, les élans de générosité, le temps accordé alors qu'il se fait si rare et précieux et pourtant si important pour le patient…il faut de la patience pour prendre soin de l'autre et cette idée que le contact humain devrait toujours avoir priorité sur le reste quitte à transgresser les règles et les normes.

5.1.2.3 Synthèse du vécu d'un dialogue intérieur

Que fait Fre lorsqu'il procède à l'examen physique du patient ?

Fre s'apprête à examiner les jambes du patient tandis que celui-ci est assis sur sa chaise. Lorsque Fre dit au patient qu'il doit enlever ses chaussettes, il réalise que cela va être compliqué pour lui de les enlever, à cause de la souffrance et de l'impossibilité pour lui de se pencher.

Comment Fre s'y prend pour enlever les chaussettes du patient ?

Fre, prend alors l'initiative de quitter le siège derrière son bureau pour venir enlever les chaussettes de son patient. Il a l'impression que le patient se sent mal de voir son médecin lui enlever les chaussettes. Fre pose un genou à terre et enlève la chaussette. Il examine le pieds du patient, regarde s'il y a une pulsation cardiaque, puis remet la chaussette au pieds du patient.

Alors que Fre examine les jambes du patient, il comprend quelque chose de médical à propos de l'état du patient. Il comprend que le patient a de gros ganglions dans le bassin à cause de son cancer. Il comprend que ce sont les ganglions qui empêchent la jambe droite d'être bien drainée, car il observe que la jambe droite est deux fois plus grosse que la jambe gauche, il remarque le rôle de l'insuffisance cardiaque du patient sur l'état des jambes de celui-ci.

> Fre : Quand j'ai examiné ses jambes…là, j'ai compris quelque chose…de médicale […] j'ai compris un peu que c'était…en gros il a des gros ganglions dans le bassin à cause de son cancer ce qui fait en sorte que sa jambe droite ne draine pas bien et puis elle est deux fois plus grosse que la jambe gauche actuellement…il a aussi de l'insuffisance cardiaque et là, il n'arrivait pas à comprendre c'est quoi la part…qu'est-ce qui cause quoi dans ces enflures, parce que sa jambe gauche est un peu enflée, sa droite, elle l'est beaucoup…puis, en l'examinant…cela faisait longtemps que je ne l'avait pas vu et là,

> en l'examinant, j'ai été un peu capable de lui expliquer qu'est-ce qui causait quoi dans tout ça ! C'est devenu très clair en prenant les signes vitaux, en mesurant, en examinant, en regardant la couleur, la vascularisation, le pouls, c'était très médicus dans ma tête puis…c'est vrai si tu me dis le moment, et bien c'est probablement le seul moment où je faisais mon vrai travail…

Puis, au moment où Fre m'explique son raisonnement médical, il dit éprouver le sentiment de vivre le seul moment où il fait son vrai travail. Il est heureux d'être de retour dans sa tête du spécialiste, opérationnel et interventionniste. Il revient plus dans la technique. Il quitte une zone grise de la tête du généraliste en présence d'un cas difficile pour entrer dans une zone de confort de la tête du spécialiste en présence d'un cas qu'il maîtrise et où il retrouve un certain contrôle.

> Fre : À ce moment-là, tout ce que je viens de te dire qui est un peu inconfortable…disparait, je suis dans une zone, là, de maîtrise, de contrôle, je comprends ce que je fais à ce moment-ci, dans le monde, je suis à ma place, je suis en train de faire ce pourquoi j'ai étudié, c'est clair, ça aurait été facile d'écrire ma note après. Je peux intervenir, je peux…tout d'un coup tout est simple…et je me sens bon parce que j'ai découvert quelque chose qui n'était pas si facile que ça à catcher, puis je ne suis pas sûr de mon coup, c'est l'intuition, mais j'ai quand même l'impression que wow…et là, c'est comme textbook et c'est sûr que ça va être le médecin de famille qui va faire ce lien là parce que tous les autres spécialistes regardent leur organe et moi, je viens un peu faire les liens entre les trucs et puis, c'est comme si je viens de trouver la clé pour dénouer une petite impasse, mais c'est vraiment médicus, c'est bien contextualisé…

En même temps, qu'il expose la situation, Fre donne des indications très éloignées du raisonnement rationnel médical – celui plus en lien avec la tête du spécialiste. Il explique qu'il se sent vraiment bien, qu'il a l'impression de faire ce qu'il faut et qu'il éprouve de la simplicité. Il évoque une métaphore religieuse, celle de Jésus lavant les pieds des lépreux pour signifier l'importance du rôle du *Thérapon* que le médecin peut jouer dans la vie des patients. Cette évocation par Fre du *Thérapon*, n'est pas sans évoquer une certaine vision du « care ». Vision que l'on retrouve également, chez le philosophe Philon d'Alexandrie (Leloup, 1999) et son prendre soin de l'être.

> Fre : mais ça, c'est dans le mythe fondateur de la médecine, du thérapon…se mettre au service de l'autre…et puis là, je suis en train de faire ça…et il y a la chanson de Radiohead, Everything In Its Right Place, tout est à sa place maintenant, bien plus que dans tout le support, la compréhension, les mots, c'est là, maintenant, je suis en train d'examiner ses jambes , assis par terre…tu sais…

À ce moment, Fre expose un raisonnement d'une toute autre nature, moins rationnel, moins en lien avec la tête et plus relié au cœur du médecin et à un imaginaire auquel il donne moulte détails et qu'il interprète à sa façon avec ses propres mots.

Pour Fre, le mot *Thérapon* renvoie à l'un des mythes fondateurs de la médecine. Le *Thérapon*, celui qui prend soin de l'être, est celui qui – ne contentant pas d'une simple proximité – prend courageusement et complétement en charge les excès de l'autre dans sa fragilité, qu'il s'agisse de souffrance, de violence, etc.

> Fre : J'ai un genou par terre, oui…je suis agenouillé devant lui et puis lui, est assis…oui…je suis en train d'examiner son pied, de voir s'il y a une pulsation cardiaque, j'ai enlevé la chaussette, j'ai remis sa chaussette après…puis dans ce moment-là…je me sens vraiment bien. J'ai l'impression que je fais ce qu'il faut que je fasse…

Fre donne une description de son geste où l'on retrouve une sorte d'alignement entre le corps du médecin, puis sa pensée – c'est-à-dire les fondements rationnels qui lui permettent d'opérer dans sa tâche – et enfin ses émotions – c'est-à-dire ce qui lui permet d'être bien – le tout lui permettant de passer de l'expression de son action à celle de son geste professionnel

5.1.2.4 Exploration du geste professionnel de Fre

Fre repart du contexte. Il répond à une question en lien avec son identité. Il reste un instant silencieux, puis il fait un large soupir…Pour Fre, c'est compliqué. Il dit ne plus savoir, qu'il lui est de plus en plus difficile de distinguer entre son identité personnelle et son identité professionnelle. Il ajoute qu'avec le télétravail et l'espace de la maison qui devient l'espace de travail, cela vient ajouter de la confusion à ses identités.

> Fre : Ha pouffff ….ça c'est compliqué…ça c'est compliqué… Je ne sais plus…je ne sais plus …je…je pense que c'est de plus en plus difficile de voir la différence entre Fre (il prononce son prénom) et le médecin, le père et…je ne sais plus…peut-être encore plus cette année avec la paternité puis avec le télétravail et puis là l'espace maison et devenu un espace de travail…

Décryptage du sens donné par Fre à son geste professionnel

D'abord, Fre revient sur le fait que pendant qu'il était en présence de ce patient en train de lui enlever les chaussettes et d'examiner sa jambe, il était ému.

> Fre : je ne sais plus…je sais que pendant que j'étais en train de faire ça…j'étais ému…

Lorsqu'il est ému, Fre explique qu'il est content d'être dissimulé derrière son masque. Il cherche à refouler et dit faire ce qu'on lui a appris à faire, ne pas exprimer, ni montrer ses émotions. Les verbes d'action employés par Fre sont : réprimer, refouler et cacher. Ce sont des verbes d'action que Fre dit avoir appris dans sa formation médicale. On peut voir que Fre prend conscience du refoulement de son émotion et en cela nous pouvons dire qu'il est engagé dans un processus de réflexion dans et sur l'action.

> Fre : Et bien, là, je me dis que je suis bien content d'avoir une visière, un masque un ci un ça…cela ne parait pas et je me dis : « il ne faut surtout pas que cela paraisse… », réprime, refoule, cache, comme on nous a si bien enseigné à faire…

Puis, à travers un souvenir d'enfance, Fre explore un espace bienveillant ayant contribué à la construction de son identité professionnelle.

> Fre : Oui…ça fait vraiment du bien, cela rassure…cela me donnait l'impression quasiment, comme si, je retournais dans la maison de mon enfance… […] Et puis je rentrais chez ma mère et elle avait préparé le plat que j'aimais quand j'étais petit…tu sais, quelque chose qui est là…

*À cet instant, Fre fait un geste avec les mains qui portent en creux quelque chose d'invisible devant lui…*illustrant ainsi l'importance de se créer, dans son intimité, un espace sécuritaire, positif et constructif, afin d'être en mesure d'agir, d'avoir un pouvoir d'agir et d'être pleinement soi-même.

> Fre : C'est ça qui est important en médecine…c'est ce qui permet d'explorer, de faire d'autres choses, d'être dans le moment présent complètement…et tu sais que tu peux toujours revenir à ça…[…] qui est le safe space.

Quelle importance Fre donne à son geste ?

> Fre : Bien, probablement qu'une des choses qui expliquent à quel point c'est important pour moi d'examiner les pieds et de faire mon petit moment médicus après et de faire le lien intellectuel, raisonnement clinique, c'est que cela vient complètement éteindre cette voix-là…

Fre explique que l'examen des pieds du patient et le lien intellectuel effectuer grâce à son raisonnement clinique, vienne complètement éteindre la voix généraliste, moins rationnelle, plus en lien avec la dimension sensible. Puis, Fre explore comment cette voix lui apparait. Que se passe-t-il pour Fre lorsqu'il entame son dialogue intérieur ?

Tout d'abord, Cette voix apparait au moment où Fre parle au patient de son père et de sa mère et lorsqu'il se dit qu'il est allé trop loin.

> Fre : Haaa, très difficile…je vais faire un petit effort, mais…et puis ce n'est probablement pas comme cela qu'elle est apparue mais comme dans un psychodrame ou un…c'est la façon dont on le raconte qui est importante et …(silence) si j'avais aujourd'hui à m'en rappeler, j'ai l'impression que c'est associé au moment où j'ai parlé de mon père et de ma mère…

Puis Fre précise que c'est au moment où il parle de sa famille, ou il s'engage personnellement dans la relation, que les choses ne sont plus si claires, qu'il entre dans une zone grise de la pratique.

> Fre : Oui…silence…mais qu'est-ce que je suis en train de faire ? Et là, ce n'est plus clair du tout. Autant c'était clair quand j'examinais les pieds, autant What The Fuck Am I Doing ? Qu'est-ce que je suis en train de faire là ? Là, je suis en train de…

Fre bouge doucement les bras dans un mouvement de moulinet. Il se dit que ce qu'il est en train de faire n'est pas clair et qu'il brise un cadre. Il hoche de la tête et entame un moment de silence. Puis, il associe cette petite voix à la norme et au poids que la norme fait peser sur sa pratique.

> Fre : Je suis en train de faire un pas de plus, un pas à côté, je suis en train de faire quelque chose d'autre en tout cas… et c'est là, que cette voix qui est la norme, le poids de la norme, qui est le…c'est là que cette voix arrive. […] Elle se joue dans quelque chose qui est très subtile. La plupart du temps cela se joue dans la façon d'écrire une note, pour moi. Ce moment où j'ai cette réflexion-là, c'est souvent quand la personne est sortie de mon bureau, dans les cinq minutes après, j'écris ma note et là, je transforme ce que je viens de vivre en termes digeste pour la norme et le petit diable…

Pour Fre l'arrivée de la voix se joue dans la façon qu'il a d'écrire sa note lorsque le patient est sorti de son bureau et dans la façon qu'il a de transformer ce qu'il vient de vivre et qui n'est pas toujours normé en quelque chose que la norme peut intégrer. D'une certaine façon Fre explique comment il s'y prend pour rendre sa pratique conforme aux normes, en soulignant que les normes ne sont pas toujours pertinentes et applicable face à la complexité. Puis, Fre va sur son ordinateur et commence à taper sur le clavier. Il reprend la lecture de sa note ce jour-là avec ce patient. Il s'attend à relire une note de trois lignes.

> Fre : C'est probablement une note de trois lignes pour une rencontre qui a duré une heure et demie.

Il cherche dans les fichiers de son ordinateur et fini par trouver la note en question. Il est étonné par ce qu'il découvre et par la brièveté de la note.

> Fre : wow…je te la lis, ok…de toute façon tu ne vas pas mettre les noms mais je te la lis…

Fre lit sa note à haute voix puis, nous nous regardons en souriant. Il fait un geste avec les deux mains comme pour tirer un trait.

Fre explique comment il s'y prend pour rendre quelques aspects de la note plus légitimes face aux normes. Il choisit des termes plus médicaux et s'assure de ne retenir que les aspects les plus conformes aux normes, écartant du même coup une partie de sa pratique certes moins conforme, mais dont il expliquait plus haut qu'elle représentait quelque chose d'important à ses yeux, Quelque chose qui avait de la valeur et qui donnait un sens à sa pratique.

Fre me regarde en hochant de la tête.

> Fre : Ah oui et tu vois, toute cette rencontre dont on vient de parler pendant quarante minutes, qui m'a habité pendant trois jours avant et qui m'habite depuis et qui a duré une heure et demie, ça se résume par cette note là…

Puis, Fre précise que la petite voix – celle qui le sort de la tête du généraliste pour le ramener dans celle du spécialiste – n'est pas négative. Il accorde de la valeur à cette voix dans la mesure où elle lui permet de se structurer, de revenir dans un cadre plus formel ou il peut jouer son rôle. Finalement cette voix est importante pour Fre dans le sens qu'elle lui permet de jouer plusieurs rôles et d'être protégé, faisant de lui un meilleur médecin.

> Fre : Elle n'est pas négative, hein… Cette petite voix, pour moi, elle est importante…elle est importante avec ce que je t'ai raconté dans mon historique d'étudiant, de…c'est ce qui me ramène la plupart du temps, ça restructure, ça recadre mon rôle…ça fait de moi, je pense un meilleur médecin parce que…elle va toujours être là quand…et ça me protège en même temps…

5.1.3 L'exemple de Jun : Retour sur le vécu d'un grand tournant d'une pratique

Jun choisit d'expliciter ce qu'elle nomme un moment fondateur de sa pratique professionnelle. Il s'agit d'un moment vécu en 1980 auprès d'Henriette.

Après Un temps de silence, Jun ferme les yeux, redresse le buste. Je me place de trois quarts, je regarde légèrement en l'air vers ma gauche par la fenêtre, Jun met fin au silence par un geste de la main droite qui vient caresser sous le menton, en disant…

> Jun : Je crois que j'ai le gout d'aller revisiter Henriette, parce que cela a vraiment été un moment fondateur dans ma pratique professionnelle et puis c'est un moment fondateur important puisque cela fait de cela…c'était en 1980, on est rendu en 2021 et puis c'est quelque chose qui m'habite et dont je parle encore régulièrement et à mes étudiants et dont j'ai fait un récit phénoménologique, un « je me souviens… » pendant ma maîtrise et qui a été un des moments que je t'ai raconté pendant l'entretien sur mon récit de vie.

Henriette fait partie des premières patientes que Jun suivra au tout début de sa carrière. Henriette est célibataire, elle a environ soixante-dix ans. Jun la suit pour son hypertension et parle de choses importantes de la vie. Henriette fait part à Jun de son désir de ne pas savoir si quelque chose de grave lui arrive. Au même moment Jun apprend qu'elle est enceinte. Tandis que Jun vit une grossesse difficile et doit être hospitalisée, Henriette pour qui Jun avait prescrit des analyses suite à des problèmes digestifs reçoit un diagnostic de cancer du pancréas.

Jun souligne qu'à l'époque, aucun traitement n'était disponible pour traiter ce cancer à part une chirurgie compliquée à laquelle Henriette n'avait pas droit car la maladie était à un stade trop avancé. Jun ne sachant comment faire pour dire les choses à Henriette, a le sentiment d'une trahison, de ne pas avoir protégé sa patiente de son cancer. Pour Jun, à ce moment, tout l'enseignement de la médecine, basé sur le fait de pouvoir guérir et d'endosser ce rôle de médecin guérisseur plutôt que celui de soignant, vient nourrir le sentiment de trahison envers Henriette et par extension, Jun éprouve un sentiment de culpabilité par rapport à son engagement comme médecin.

> Jun : […] C'était quelque chose qui était extrêmement bouleversant pour moi et c'était plein de culpabilité à l'époque et aujourd'hui, c'est encore quelque chose qui me fait rugir à l'intérieur de moi, quand je vois des spécialistes entre autres, faire des examens à n'en plus finir d'acharnement thérapeutique pour trouver ce qu'un patient a et quand il n'y a plus rien à faire, on abandonne le patient. Pour moi, déjà à l'époque en 1980, c'était quelque chose qui me préoccupait beaucoup et si je reviens au moment charnière,

> j'étais dans le fond, c'était deux mois après avoir accouché, je passe par l'hôpital où Henriette est hospitalisée, pour les derniers temps, en soins palliatifs, je me présente à la porte de sa chambre et elle dort. Elle est…elle est complétement jaune, ictérique (cela signifie qu'elle a la jaunisse) suite à l'obstruction du foie et…et… – mon bébé à deux mois, il n'est pas avec moi – je suis à la porte de la chambre et je reste là, je n'ose pas rentrer dans la chambre, je n'ose pas – et puis le mot qui monte c'est – affronter Henriette, avec le sentiment de l'avoir complètement trahis et de ne pas l'avoir protégé et je m'en retourne sans lui avoir dit au revoir et dans le fond, c'est quelque chose qui me poursuit encore aujourd'hui, mais qui a vraiment transformé ma pratique à partir de là.

5.1.3.1 Reconstitution du déroulement d'une réflexion sur la pratique de la médecine

Jun choisit de revenir sur le moment où elle se trouve dans le cadre de la porte de la chambre et où elle voit Henriette dans son lit.

> Yves : hum, hum. Alors dans tout ce que tu m'as raconté est-ce qu'il y a quelque chose qui se détache, un petit espace de temps, quelque chose de particulier qui se détache et sur lequel tu souhaiterais revenir ?
>
> Jun : Et bien c'est le moment pendant lequel je suis dans le cadre de la porte de sa chambre. Qui…la porte est entre ouverte et je vois Henriette dans son lit…

Que voit Jun lorsqu'elle regarde Henriette ?

Jun a les yeux mis clos tournés vers le bas, elle se gratte l'oreille droite. Elle voit Henriette amaigris. Elle voit son teint ictérique et qu'elle a les yeux fermés. Elle la voit toute rabougrie, ratatinée, amaigrie et avec un teint qui lui fait réaliser que c'est la fin.

> Jun : Et bien, c'est au quatrième étage, de l'hôpital et j'ai le sentiment que la chambre et du côté de la rue et les toiles sont fermées, c'est assez sombre dans la pièce, c'est une chambre d'hôpital avec des murs beige ternes et puis un lit d'hôpital ancien tout en métal très…et puis la table de chevet est là et puis il y a une chaise droite pour les visiteurs d'un côté et puis il y a un soluté d'installé et Henriette est recouverte des couvertures de l'hôpital et moi, je suis dans la porte qui est entre ouverte et sur le pas de la porte je la regarde.
>
> Yves : et quand tu la regardes, qu'est-ce que tu vois ?
>
> Jun : Je la vois amaigrie, avec son teint ictérique, ses yeux sont fermés, donc je ne vois pas que ses yeux sont jaunes, je la vois toute rabougrie, ratatinée, amaigrie et avec le teint, un teint qui dit que c'est la fin finalement… Oui, un teint qui dis que c'est la fin, comme si quelque part…comme la mort approche elle s'est inscrite déjà dans son corps et elle me salue… La mort me fait un pied de nez finalement.

Comment Jun s'y prend pour faire face au chaos de la mort ?

Cet évènement difficile de son parcours, Jun en fait un levier de réflexion en vue d'interroger le décalage vécu entre l'enseignement et la pratique, elle en fait un élément moteur de développement en vue de transformer sa pratique professionnelle. Le sentiment de perte de sens exprimé par Jun aura une incidence importante dans sa capacité à faire de son expérience une voix d'apprentissage qui lui permettra de sortir d'un cadre de sa pratique étouffant ou contraignant à certains moments pour adopter un autre cadre qu'elle estime plus souhaitable à son développement. Il y a peut-être un souffle à trouver entre les cadres, les référentiels de compétences, les guides de pratique et la posture réflexive adopter eu égard à des situations vécues sur le terrain de la pratique.

> Jun : J'hésite…je suis sur le bord de la porte j'hésite et puis je sens un sanglot remonter que je retiens. Je sens aussi une peine immense, je sens aussi une culpabilité intense et c'est comme si à ce moment-là, pendant l'espace d'un instant ce qui monte c'est : « à quoi ça sert la médecine si c'est pour en arriver là », c'est comme un moment de non-sens et de désespoir qui se pointe à l'horizon et à quoi ça sert toutes ces années d'études si c'est pour en arriver là. Et le sentiment de…une immense peine finalement. Et puis l'hésitation finalement c'était est-ce que je rentre la réveiller ? Est-ce que je rentre ou est-ce que je ne rentre pas ? il y a toute cette ambivalence-là qui est là. Oui, mais elle ne va pas savoir… si je viens, qu'est-ce que je vais lui dire ? Comment je vais lui dire ? De quoi on va parler ? je l'ai trahi, elle va mourir et puis je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas quoi dire et puis alors tout cela se passe dans le moment et puis je pense que l'abandon n'est pas là, le fait de l'avoir abandonné n'est pas là à cet instant-là. À cet instant-là, c'est plus le fait de dire « ho est-ce que je l'ai trahi finalement » et c'est toute la…la…comme si ce qui remonte c'est le désespoir de la médecine qui n'y peut rien finalement. Et c'est vraiment le non-sens qui émerge au creux de ce sentiment de trahison et qui fait que finalement je ne suis pas capable à ce moment d'entrer dans la chambre parce que c'est comme si j'y aurais apporté…j'ai le sentiment que je vais y apporter le non-sens et que ce n'est pas le moment, je ne suis pas en état finalement de…je ne suis pas en état de rencontrer Henriette, je ne suis pas en état de lui apporter de la lumière, je suis juste en état de…en état de désespoir finalement et cela ne donnerait rien d'être à côté d'elle à ce moment-là. Je l'ai à la fois trahi et en plus c'est comme si ce serait en plus y déposer le désespoir que je ressens à ce moment-là, alors je retourne de bord et puis je retourne chez-moi.

Jun regarde Henriette, lui dit un dernier adieu silencieusement dans son cœur et elle s'en retourne, sans parler. Elle repart avec sa peine et son désespoir. Mais avant cela, Jun explique qu'il y a un mouvement de colère.

Que se passe-t-il lorsque Jun éprouve un mouvement de colère ?

Jun, transforme un malheur réel, pour en faire un élément fondateur de sa pratique professionnelle, il lui faut comprendre et s'engager dans une quête de sens. Cela lui demande du courage pour que

le sens qu'elle donne aux choses puisse lui permettre de dépasser le ressentiment. Si l'on peut dire que Jun a été façonnée par le milieu qui l'entoure, l'on peut également dire qu'elle cherche et trouve comment agir sur le milieu qui agit sur elle, ce qui lui permet de *trans*former (au sens de passer à travers en vue de dépasser) ce qui lui est arrivé, c'est-à-dire de se créer un sens propre à ses aspirations, à ses valeurs et à la façon particulière dont elle perçoit ce moment. Ce qu'elles décident d'en faire lui permet pour ainsi dire de retrouver une certaine liberté dans son pouvoir d'agir.

> Jun : Une grande colère qui se lève à l'intérieur de moi, mais que je ne laisse pas monter et qui dit, pourquoi ils ne m'ont pas appris cela ? Pourquoi ils ne m'ont pas enseigné que c'était cela aussi la médecine ? Les patients qui meurent malgré les soins qu'on leur donne, des patients pour qui on ne peut rien faire sur le plan de la guérison. Pourquoi on ne m'a pas appris que soigner c'était bien autre chose que de guérir les gens ? et que soigner c'était être là, jusqu'à la fin, peu importe l'issue, à la fois choisi par les patients ou l'issue ? Alors j'étais fâchée, il y avait une colère contre la médecine qui m'avait fait accroire que j'avais la toute-puissance de guérir tout ce qui se présenterait à moi. Alors, en même temps que la peine et que le désespoir, il y avait une colère qui s'est installée contre ceux ou ces professeurs qui ne m'avaient rien appris finalement de ce que la médecine était pour de vrai parce que finalement la mort fait partie de la vie, c'est comme si on m'avait occulté pendant les cinq années de cours de médecine que la mort ferait partie de ma pratique pendant tout le temps que je la ferais et que j'aurai à annoncer à des patients qu'il n'y avait plus rien à faire sur le plan de la guérison mais je pouvais encore être là pour eux, jusqu'à la fin, pour les accompagner dans cette dernière étape du chemin. Alors, oui, il y a une étincelle de colère qui a monté mais que je n'ai pas laissé monter plus que cela puis, je pense que par après, cette colère s'est transformée en quête, en disant « bon ils ne me l'ont pas montré et bien tant pis pour eux, moi, qu'est-ce que je peux faire pour l'apprendre, comment soigner jusqu'à la fin finalement ».

Jun ne laisse pas la colère monter. Elle se met à l'écoute de la colère. Elle se demande pourquoi on ne lui a pas enseigner à composer avec la mort. Elle se demande pourquoi on ne lui a pas appris que soigner c'est autre chose que guérir et que soigner pouvait impliquer d'être simplement présent jusqu'à la fin de la vie.

Jun éprouve de la colère contre les professeurs qui ne lui ont rien appris de ce que la médecine était pour de vrai. Elle réalise que durant toute ses années d'études de médecine on lui a occulté que la mort fait partie de la vie et que dans certains cas, il n'y avait rien de plus à faire que d'être là et d'accompagner la dernière étape du chemin de vie des patients. Jun fait de sa colère une quête transformatrice. À partir de là, elle cherche comment apprendre à soigner jusqu'à la fin.

5.1.3.2 Exploration d'un geste professionnel de Jun

Retour sur le vécu de l'action

Lorsque je demande à Jun ce qui est important pour elle dans ce moment qu'elle a évoqué, où elle se trouve sur le pas de la porte de la chambre d'Henriette et où elle se trouve un peu comme dans un espace de transition entre l'extérieur et l'intérieur et où elle se trouve là, un peu comme en suspens, Jun répond :

> Jun : L'instant le plus important à ce moment-là c'est quand je réalise que dans le fond, c'est ce sentiment de trahison que je suis en train de…de faire de ma promesse à Henriette et que je l'ai trahi, je lui ai promis cela parce qu'on m'a trahi moi-même pendant mes études. J'étais prise avec…j'étais prise entre un enseignement faux, finalement, un enseignement basé sur la toute-puissance de la médecine et là, je me retrouvais devant l'impuissance de la médecine et comme je n'avais pas appris qu'entre les deux, il y avait une façon d'être et d'accompagner l'impuissance, qui permettait aux patients de retrouver un certain pouvoir dans les derniers temps de leur vie et que je pouvais être un instrument qui les aide à traverser cette dernière étape. On ne m'avait pas appris cela et j'étais…c'est là…c'est comme si dans le cadre de la porte c'est cela qui me sautait à la figure. Comme si quelque part on m'avait dit que la médecine était toute-puissante et on m'avait menti et que finalement je me retrouvais devant quelque chose que c'était évident que ce ne serait pas la seule Henriette et que je ne savais pas quoi faire et que quelque chose avait manqué dans ce que l'on m'avait enseigné finalement, on m'avait menti, on m'avait trahi dans cet enseignement-là.

À cet instant, Jun réalise qu'elle éprouve un double sentiment de trahison. D'une part, elle sent au fond d'elle qu'elle a trahi une promesse faite à Henriette et d'autre part que cette première trahison était reliée à une seconde parce qu'on l'avait elle-même trahi pendant ses études de médecine, en lui offrant un enseignement de la médecine basé sur la toute-puissance et non sur la façon d'être et d'accompagner. Jun dit qu'elle se trouve confronté à l'impuissance de la médecine.

Comment Jun s'y prend pour faire face à une situation de souffrance ?

Jun a opéré un tournant à l'intérieur d'elle. Elle explique que c'est l'attention portée vers son bébé qui lui a permis de détourner la souffrance vécue par rapport à Henriette.

Durant toute cette période passée à prendre soin de son bébé et au cours de laquelle Jun va opérer ce mouvement intérieur qui lui permet de faire face à la souffrance, elle dit avoir beaucoup marché. Pour Jun, la marche est un mécanisme d'écoute de soi. Jun fait allusion à son enfance et elle fait

un lien avec le développement de sa capacité d'écoute de l'autre. À l'époque, Jun aime écouter ses camarades de classe et leur prodiguait des conseils.

> Jun : Le tournant qui s'est passé à l'intérieur de moi et puis qu'est-ce que j'ai fait, finalement à l'époque mon fils était tout petit, c'était un enfant facile, c'était un prématuré mais qui grossissait bien, c'était un bébé facile, j'allaitais et puis moi, cela faisait partie de mes rêves de vie d'avoir des enfants, j'en voulais six, mais les circonstances de la vie, avec un enfant avec une maladie génétique, un accouchement prématuré et tout cela ont fait que cela s'est arrêté à deux, mais c'était vraiment un rêve de vie alors j'avais ce petit bébé-là qui était présent et qui m'a probablement détourné de cette souffrance pendant les mois qui ont suivi. […] J'ai beaucoup marché, je marchais cinq à six kilomètres par jour […], les jours où je ne travaillais pas je marchais beaucoup, c'était l'hiver, c'était dehors, cela fait qu'encore là, je me rappelle quand j'avais six ou sept ans, je mettais mon imperméable, mes bottes de pluie et j'allais marcher sous la pluie, donc […] pour moi, marcher, c'est quelque chose qui remonte à très, très loin. Alors j'ai marché beaucoup cet hiver-là et je pense qu'il y a quelque chose qui […] je marche et j'ai mon petit bébé, je reprends la médecine et là, je pense qu'il y a une prise de conscience de ma chance, parce que j'étais dans un milieu pauvre et je me retrouve dans un milieu économiquement très favorisé, à faire quelque chose que j'aime, j'ai beaucoup de patients, parce qu'il n'y a pas d'autre femme, alors rapidement j'ai une clientèle et le lien de confiance s'établis rapidement avec les patients.

L'action de marcher semble opérer comme un levier qui permet à Jun de se donner le moyen de prendre conscience de la situation et de faire un point sur soi.

> Jun : […] puis moi, j'écoutais. Alors j'écoutais et puis je donnais parfois quelques conseils. Donc, cela fait longtemps que je prends soin et que j'écoutais, parce que c'était menaçant de parler de moi, alors écouter était plus facile…bon alors je me perds, je suis là, je marche et j'ai mon petit bébé, je reprends la médecine et là, je pense qu'il y a une prise de conscience de ma chance, parce que j'étais dans un milieu pauvre et je me retrouve dans un milieu économiquement très favorisé, à faire quelque chose que j'aime, j'ai beaucoup de patients, parce qu'il n'y a pas d'autre femme, alors rapidement j'ai une clientèle et le lien de confiance s'établis rapidement avec les patients.

Jun explique que tout au long de sa pratique, ses patients l'appellent par son prénom. Elle estime que de ce fait, elle peut plus facilement développer un lien de confiance. Pour Jun, se faire appeler par son prénom, laisser voir des photos de sa famille sur son bureau, sont autant de petits riens qui lui font du bien, qui la soigne et lui permettent d'entrer en complicité de façon plus intime avec les patients.

> Jun : Au cours de ma pratique la plupart de mes patients m'appellent par mon prénom. Et je pense que ce lien qui se construit facilement, la confiance, cela me fait du bien, cela me soigne et me permet d'entrer dans une complicité plus intime avec les patients. Alors, comme il y a des photos des enfants, ils s'informent du bébé, je suis dans une petite ville alors il y a cette complicité qui s'installe rapidement et puis si on se met deux

> ans plus tard, j'ai ma fille qui a de graves problèmes de santé, les patients le savent et en même temps il y a cet intérêt pour ma situation et donc il y a rapidement un lien qui est bien au-delà du lien juste « le patient dans le bureau vis-à-vis du médecin ». Il y a un lien d'affection, un lien de sens un lien de complicité qui se construit.

Finalement, c'est une partie du sens de sa compétence à entrer en relation avec le patient que Jun est en train d'explorer. Jun exprime le fait que sa relation avec les patients dépasse le lien juste : « patient dans un bureau vis-à-vis du médecin », qui renvoie davantage à une définition normalisée, c'est-à-dire balisé par les normes médicales. Puis, Jun fait référence à une forme d'amitié pour qualifier le type de relation de confiance, intime qu'elle a su au fil de sa pratique établir avec les patients. Soulignons au passage que l'amitié dans la relation médecin-patient n'est pas quelque chose de recommandé et que les institutions en lien avec la médecine et son enseignement recommandent au contraire de ne pas avoir de relation de type amicale avec ses patients.

> Jun : […] c'est cela, c'est un peu cela, c'est une forme d'amitié, qui n'est pas une amitié avec nos amis intimes, mais qui est une forme d'amitié pareil ou qui est une forme…bien, il y a l'amour, l'agapè, l'éros, il y a toutes sortes de mots pour l'amour, je pense que c'est agapè, qui est le mot pour ce type d'amour-là, mais je me…il faudrait que je retrouve la définition mais oui, il y quelque chose qui s'est installé. Je pense que c'est une chose qui s'est installée dans la relation avec les patients qui m'a guéri de la douleur de l'impuissance et qui m'a permis de ne pas enlever la douleur de l'impuissance complétement mais de pouvoir rester là, même dans l'impuissance, ce lien et le fait de dire non plus jamais je vais abandonner cela me fait trop mal. Finalement, cela fait plus mal d'abandonner que de rester là et de prendre soin de la souffrance, la mienne comme celle des patients. Et il y a eu tout le parcours de formation pour aller explorer ces éléments-là aussi.

Jun explique que ce qui s'est installé dans la relation avec les patients la guérit de la douleur de l'impuissance et qui lui a permis de ne pas enlever la douleur de l'impuissance en totalité mais suffisamment pour lui permettre de pouvoir rester présente, même dans l'impuissance. Jun attribut cette capacité à deux éléments : en premier grâce à la relation dont elle prend soin et en second grâce à un travail sur elle-même. Le résultat de ce travail étant de pouvoir se promettre à elle-même que plus jamais elle ne va abandonner un patient, car cela lui fera trop de mal.

> *Qu'est-ce qui est le plus important pour Jun au moment où elle se trouve dans l'interstice de la porte de la chambre d'Henriette ?*

Lorsque je lui pose cette question, Jun me sourit et je lui souris à mon tour.

> Jun : À ce moment-là, ce qui est le plus important pour moi c'est de retourner vers mon bébé.

Jun précise qu'à ce moment-là, le plus important, c'est la vie de son enfant qui venait d'être hospitalisé car naitre prématuré en 1980 était une chose difficile. Durant cette période d'hospitalisation, Jun a reçu peu de visites, sa famille n'était pas là et ayant une diète diabétique, elle a dû accepter de perdre beaucoup de poids et d'avoir faim pour préserver la santé du bébé.

À cet instant, Jun a besoin de retourner vers son enfant car c'est cela qui représente à ses yeux la vie, le futur. Pour Jun, cela lui donne la force par la suite de se replonger dans la souffrance de l'impuissance liée à la pratique de la médecine.

> Jun : Alors c'est comme si ce qui monte c'est la vie, ce petit bébé-là qui était au début de sa vie et qui avait été sauvé puisque j'avais été hospitalisé en urgence à vingt-huit semaines en travail prématuré et en 1980, les prématuré de vingt-huit semaines se retrouvaient presque tous aveugles, les soins aux prématurés n'étaient pas les mêmes, j'ai eu peu de visites à cette époque ma famille n'était pas là, j'ai eu faim parce que j'avais une diète diabétique, je n'ai pas pris de poids pendant quatre semaine alors j'ai pris six semaines et demi de ma vie pour préserver ce petit bébé. Alors il y avait quelque chose là-dedans qui disait que la vie est plus forte finalement.

Pour Jun, il s'agit alors de distinguer entre deux plans de la médecine. Un plan sur lequel la médecine peut faire des miracles et un plan sur lequel la médecine doit accompagner la mort. Pour Jun, la médecine de famille est une trajectoire. Et cette trajectoire qui se dessine demande au médecin d'être présent à partir de la naissance et jusqu'à la mort.

> Jun : […] et bien j'avais besoin de retourner vers lui, j'avais besoin de retourner vers ce qu'il représentait de vie, de futur et je pense que cela m'a donner la force après de replonger dans la souffrance de cette impuissance et de dire ok, il y a cela d'un bord, la médecine elle peut aussi cela, elle peut des miracles mais elle doit aussi accompagner la mort et c'est comme si là, il y a une trajectoire qui s'est donnée, parce que c'est ça la médecine de famille, c'est de la naissance jusqu'à la mort. Alors, cette trajectoire qui s'est dessiné demande d'être présent de la naissance jusqu'à la mort.

Cette trajectoire n'est pas un long fleuve tranquille. C'est plutôt faire face aux aléas d'une pratique dont la complexité fait partie intégrante. Jun revient sur treize années passées en gériatrie, passées à prendre soin de ceux qui arrivent au chapitre final de la vie. Jun se demande comment faire pour bien accompagner ses patients, comment savoir quand s'arrêter de prolonger inutilement l'existence lorsque la vie n'a plus de qualité où que cela ne fasse plus de sens. Jun mentionne que

la qualité de vie n'étant pas la même pour tous, cela pose la question du moment pour passer au soin palliatif.

> Jun : Cela fait su sens aussi avec les treize années où j'ai travaillé en gériatrie avec des gens au bout de leur vie, avec des handicaps et où il s'agit de bien accompagner les gens avec des : quand est-ce qu'on arrête ? Quand est-ce que c'est fini ? Quand est-ce que l'on n'essaie pas avec la médecine de prolonger inutilement sans qu'il y ait de qualité de vie ou sans que cela ait de sens ? Parce que la qualité de vie n'est pas la même pour tout le monde et quand est-ce que l'on peut passer au soin palliatif ? Maintenant c'est peut-être le temps de laisser la mort arriver parce que c'est là que la vie est rendue. Et c'est comme si à travers le bébé, à travers Henriette, à travers la peine, à travers la colère, il y a un fil de sens qui a commencé à se…à s'ouvrir et puis peut-être que s'il n'y avait pas eu le bébé en même temps qu'Henriette, peut-être que cela n'aurait pas été le même fil de sens, mais tout cela s'est joint…oui…de la vie à la mort, de la naissance jusqu'à la mort…c'est ça la vie finalement…

Pour Jun, c'est à partir de son vécu à travers son bébé, à travers Henriette et à travers la peine, la souffrance et la colère, qu'un fil de sens a commencé à s'ouvrir. Et c'est sur ce fil de la vie, qui va de la naissance jusqu'à la mort, que tout s'est joint pour orienter une pratique de la médecine qui fasse du sens.

Je refais le geste que Jun avait fait quelques minutes auparavant, de tenir un fil invisible entre le pouce et l'index de chaque main, placée devant la caméra, et je fais le geste d'étirer ce fil invisible.

> Yves : Tu l'as fait de façon très spontanée…si tu restes avec ce geste, c'est quoi les mots qui te viennent lorsque tu refais ce geste ?
>
> Jun : Le premier mots qui me vient c'est accompagner.
>
> Yves : Accompagner…
>
> Jun : Et puis il y a dérouler…dérouler le fil de la vie de la naissance jusqu'à la mort. Oui…et c'est important de dire jusqu'à la mort et pas jusqu'à la mort médicalement éloignée avec des médicaments ou des techniques qui font vivre plus longtemps mais sans sens. Vraiment, de le dérouler jusqu'à la mort, dans une mort attendue, accompagnée, rendue le plus douce possible, rendue qui fait le plus de sens possible, parce qu'au moment où cela arrive, c'est le moment juste, ce n'est pas le moment que le médecin à prolongé pour ne pas rencontrer – avec un peu d'acharnement – pour ne pas rencontrer l'impuissance, c'est le moment juste parce que la personne est rendue là dans sa trajectoire personnelle, et j'accompagne ce moment-là sans le prolonger et sans non plus l'avancer. Pour moi cela a été beaucoup un questionnement durant les années ou j'exerçais en gériatrie, est-ce que je suis en train de ne pas faire une intervention qui permettrait à la personne de vivre encore alors qu'elle devrait vivre ? Où est-ce que je suis en train de faire une intervention qui la fait vivre au-delà du temps qu'elle devrait

> vivre ? Alors trouver, le geste, l'acte juste sur le plan de la médecine pour ce patient-là, à ce moment-ci de sa vie…

Jun précise qu'il ne s'agit pas de la mort médicalement tenue à distance grâce aux médicaments ou aux techniques qui font vivre plus longtemps. Pour Jun, il s'agit plutôt de dérouler le fil de la vie jusqu'à une mort attendue, accompagnée, rendue la plus douce possible et qui fait le plus de sens possible, parce qu'il s'agit de la laisser arriver au moment juste, c'est-à-dire au moment où la personne est rendue dans sa trajectoire personnelle. Pour Jun, il s'agit d'accompagner ce moment sans le prolonger et sans non plus l'avancer. Pour Jun, la médecine consiste à trouver l'acte et le geste juste pour un patient en particulier, à un moment précis de sa vie.

> Yves : alors toi, tu es qui lorsque tu accompagnes ce déroulement de la vie jusqu'à la mort ?

À cet instant, je laisse passer un silence. Je regarde Jun, sans rien dire, avec une certaine fébrilité.

Lorsque Jun répond à la question : qui elle est lorsqu'elle accompagne ce déroulement de la vie jusqu'à la mort, elle répond spontanément qu'elle est un passeur. Pour Jun, la médecine, c'est être un passeur entre des examens et des médicaments, entre des traitements et la maladie. C'est aussi aider le patient à passer à travers ce qui est possible ou ce qui est offert en faisant de bons choix.

> Jun : […] Et pour moi, peut-être que c'est un peu cela la médecine, c'est d'être le passeur entre les examens diagnostic, entre les examens, entre les médicaments, entre les traitements et entre la maladie, c'est d'aider le patient à passer à travers ce qui est possible ou ce qui est offert, mais en faisant les bons choix… C'est comme si à quelque part c'est avoir une alliance, mais une alliance qui n'est pas…une alliance ou le médecin à la connaissance…il y a la réponse…il y a une connaissance, il y a un savoir que le patient n'a pas et le patient il a la connaissance et l'expérience de sa vie et comment le médecin peut aider le patient à faire le lien entre le savoir que le médecin a mais qui ne lui appartient pas, qui est un savoir à mettre au service du patient et le patient, avec ce qu'il vit… Pour moi comme médecin, la question c'est comment je peux mettre mon savoir à son service pour que le patient puisse choisir le mieux possible ce qui est bon pour lui finalement. Comment je peux me mettre à son service et comment je peux lui partager, lui offrir, mes connaissances dans un langage qu'il comprenne sans vouloir l'influencer dument d'un bord ou de l'autre, mais juste pour que lui, avec ce qu'il est, avec ses choix, avec ses valeurs, avec là où il est dans sa vie, choisir ce qui est le meilleur pour lui, parce qu'il a eu l'information qui lui permet de faire ça.

Il s'agit, à travers ce rôle de passeur, de construire une alliance. Pour Jun, il ne s'agit pas d'une alliance entre un médecin détenteur de la connaissance possèdant la réponse. Il s'agit plutôt, pour le médecin, de reconnaitre qu'il y a une connaissance et une expérience que le patient a de sa vie.

Dans ce cadre, le médecin apparait comme un passeur de sens, c'est-à-dire celui qui peut aider le patient à faire des liens entre le savoir médical – qui rappelons-le, n'appartient pas au médecin – et qui est à mettre au service du patient et le savoir du patient qui est un savoir expérientiel, celui de vivre avec la maladie. Dans ce sens le médecin doit faire un chemin intellectuel et changer sa vision, passer d'un savoir-faire contre la maladie à un savoir-faire avec la maladie.

CHAPITRE 6 – ITINÉRAIRE DE COMPRÉHENSION EN GUISE DE DISCUSSION

Nous avons vu dans les chapitres précédents comment les moments biographiques évoqués par les médecins participants de notre enquête pouvaient être redéployés à travers une mise en récit puis analysés et dans un second temps explicité et analysé sous le prisme de l'action et enfin comment le sens pouvait émerger à partir de la reprise des gestes professionnels des médecins.

Le principe de l'itinéraire de compréhension est venu à un carrefour de la recherche qui se situe entre la réflexion méthodologique, les lectures et la nécessité d'avancer dans la production de la thèse. Notre itinéraire de compréhension s'est fait écho à l'idée que le chercheur puisse s'engager dans une démarche d'intercompréhension significative (Bélanger, 2018). Au cours des entretiens biographiques nous avons commencé à construire une relation avec chaque participant. Puis, au cours de la seconde vague d'entretien d'explicitation et de décryptage du sens, nous avons pu observer qu'à mesure que les médecins se comprenaient eux-mêmes et dépliaient leur raisonnement, à travers les actions et les gestes associés, nous entrions ensemble dans une dynamique de compréhension mutuelle du phénomène à l'étude, celui de vivre l'expérience de la construction d'un raisonnement médical à partir d'une posture réflexive. C'est aussi parce que les conditions éthiques inhérentes aux techniques d'explicitation de l'action nécessitent le maintien d'un consentement, la création d'un climat de confiance, que cela a permis aux participants d'aller jusqu'à nommer leurs valeurs et leur questionnement dans la construction de leur raisonnement médical. Autant d'éléments de décryptage du sens se faisant qui ont permis d'aller dans des couches plus profondes et plus subtils de l'expérience des praticiens.

Ce chapitre de notre étude est donc consacré à ce processus d'intercompréhension. Dans un premier temps nous retracerons l'itinéraire de compréhension des participants dans leur rapport avec le raisonnement médical en contexte d'incertitude dans le chaos. Nous aborderons la manière dont les médecins peuvent percevoir de quelles autres connaissances – que celles purement théoriques et fondamentales – peut dépendre le raisonnement médical. Nous verrons de quelle manière particulière un médecin peut s'y prendre pour déployer une dialogique dans un mouvement intérieur. Puis, nous verrons comment les médecins de notre enquête font lorsqu'ils se trouvent dans l'incertitude d'un cas particulier dans des zones grises de leur pratique professionnelle. Dans

un second temps, nous verrons comment les médecins de notre enquête ont fait pour apprendre à partir de leur expérience et faire de cet apprentissage une source de savoir pour la pratique. Nous verrons comment des médecins peuvent développer leur capacité à entrer en relation, comment ils peuvent redonner du sens à leur action et à leur geste en vue de faire de leur expérience un chemin pour apprendre tout au long de la vie.

6.1 Que pouvons-nous comprendre du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face au chaos ?

6.1.1 La représentation de son raisonnement

6.1.1.1 De quoi le raisonnement médical du médecin peut-t-il aussi dépendre ?

L'explicitation par les médecins de leurs actions permet de mieux saisir comment lorsqu'un médecin examine un patient, il lui arrive de se trouver en présence de l'étrangeté de sa pratique. Dans certains cas, le médecin ne trouvera rien qui vienne justifier de l'inquiétude et dans d'autres cas, il se trouvera confronté à une inquiétude justifiée. Dans les deux cas, le médecin se trouve dans une situation où il doit décider s'il est préférable de rassurer le patient ou prendre l'inquiétude au sérieux. Dans un cas comme dans l'autre l'inquiétude peut être le point de départ de son raisonnement. Lorsque le médecin reconnait l'inquiétude du patient, il peut alors entreprendre d'expliciter verbalement son raisonnement au patient. En faisant cela, le médecin, en quelque sorte « pense à voix haute » ce qui permet au patient d'avoir des clés de compréhension de la situation qu'il est en train de vivre. Le raisonnement à voix haute du médecin peut faire écho à celui du patient qui pourra alors entrer en *résonnance*. Car d'une certaine manière, raisonner c'est aussi résonner, c'est-à-dire laisser les mots retentir à l'intérieur de soi, puis rendre possible l'écho que les mots du médecin peuvent avoir sur la pensée du patient et inversement.

À partir de ce moment, on peut comprendre que le patient dispose déjà de quelques éléments pour réfléchir. Dans ce genre de situation, on peut dire que médecin et patient écoutent. Ils ne se contentent pas d'entendre ce que dit l'un ou l'autre, ils écoutent avec attention. Rappelons-nous l'étymologie du mot « écouter », du latin « auscultare » qui renvoie à « ausculter » et qui signifie « écouter avec attention » (Rey, 20021. P.1177).

Sur le plan de la formation, cela signifie que le médecin a dû apprendre à écouter avec attention. L'attention signifie littéralement « tendre son esprit vers » (Ibid. p250). Sur ce plan, l'écoute du médecin l'amène à accueillir favorablement le patient dans l'état où il lui apparait au moment où il le voit, puisque l'on ne va pas chez le médecin uniquement lorsque tout va pour le mieux, mais également lorsque l'on est inquiet, anxieux et dans toutes les sortes d'états dans lesquels le chaos peut nous mettre. Pour le patient sentir qu'il est favorablement accueilli, sentir que l'autre est capable de prêter une oreille attentive, de lui prêter de l'attention est indispensable pour se mettre dans les mêmes dispositions d'esprit et être capable de porter vers soi-même comme vers autrui une attention particulière.

Le type d'écoute dont il est question ici, suggère également qu'il y ait bienveillance, autrement dit, une disposition affective de la part du médecin qui se traduise par une volonté visant le bien et le bonheur du patient. On comprend dès lors que n'écouter que soi-même, écouter seulement sa propre voix, s'écouter parler, ne réponde pas aux éléments qui constituent une écoute bienveillante.

Dans ce sens, il semble intéressant de souligner l'importance pour le médecin d'apprendre comment faire apprendre aux patients ce type d'écoute. Nous voyons ici l'idée d'une relation patient-médecin agrémenté par un compagnonnage cognitif.

6.1.1.2 L'importance du dialogue intérieur dans le raisonnement médical

Il est possible que des médecins puissent éprouver de la reconnaissance devant le fait que leur posture dans leur pratique leur permette d'accompagner un patient dans des étapes de son parcours de vie où il doit traverser de la souffrance. Dans ce type d'accompagnement, des médecins se trouvent confronté aux limites de leur rôle. Sur un plan de la pratique, ils posent des gestes anodins dont ils entrevoient l'importance pour le patient et de petits riens semblent pouvoir faire une grande différence. Sur un autre plan de la pratique, ce qu'ils font – les actions, les gestes – n'est pas nécessairement explicitement formulé dans les guides de pratiques et les normes et il arrive même que le médecin se demande si ce qu'il est en train de faire, le geste qu'il pose, ne va pas à l'encontre de la bien-pensance des guides ou des normes. Il semble bien que le médecin de se trouve alors confronté à une sorte de dilemme éthique : Comment savoir quelle action est la plus juste ? Il semble que des médecins confrontés à ce genre de situation, puisse entamer une sorte de dialogue intérieur.

Il s'agit alors pour le médecin d'écouter ses propres voix. Sur un premier plan, il peut écouter une voix qui lui dit qu'être simplement présent pour le patient, être celui qui met en œuvre les moyens pour permettre au patient de se reposer, lui retirer les chaussettes, prendre un patient dans ses bras, etc. autant de gestes simples et humains, constitue une part essentielle de sa pratique grâce à laquelle ce qu'il fait peut représenter une sorte de quête de sens. Lorsqu'il écoute cette voix, le médecin risque de se confronter à l'incertitude. Il peut éprouver un doute, se sentir aux prises avec une situation trop expérimentale et il peut remettre en question sa pratique. Suis-je un bon médecin ? Est-ce que ce que je fais ne ressemble pas à du charlatanisme ? Sur un autre plan, il peut écouter une autre voix, plus en prise avec des questions techniques et médicales

Lorsqu'un des médecins de notre enquête est en train d'examiner les pieds de son patient, il explique comment il s'y prend pour entretenir un dialogue intérieur. Alors qu'il vivait un moment plus en lien avec ses émotions, avec des aspects ayant trait à la qualité de sa relation patient médecin – autant de préoccupations plutôt qualitatives de son intervention – le médecin entre en résonnance. Quelque chose émerge au moment où il parle au patient de son père et de sa mère et lorsqu'il se dit qu'il est allé trop loin. À cet instant, où il réalise qu'il vient de parler de lui, de sa famille, qu'il s'est engagé de façon très personnelle dans la relation, la situation ne parait plus très claire au médecin et il éprouve le sentiment d'entrer dans une zone grise de sa pratique. Cette zone est grise car même si le médecin ne sait plus exactement ce qu'il fait, il continue réfléchir, non plus à partir des normes issues des connaissances théoriques et des guides de pratique, mais plutôt à partir du poids que ces mêmes normes font peser sur sa pratique. On pourrait presque dire que c'est cette pesanteur des normes à travers la voix entendue par le médecin qui lui permet de garder les pieds sur terre.

Pour le médecin, la synthèse de ce dialogue intérieur peut se réaliser au moment où il écrit la note au dossier, dans la façon particulière qu'il a de transcrire ce qu'il vient de vivre et qui n'est pas toujours normalisable en quelque chose que la norme peut intégrer. D'une certaine façon il explique comment il s'y prend pour rendre sa pratique conforme aux normes, en soulignant que les normes ne sont pas toujours pertinentes et applicable face à la complexité. Au moment d'écrire la note au dossier, le médecin peut choisir des termes plus médicaux et s'assurer de ne retenir que les aspects les plus conforme aux normes, écartant du même coup une partie de sa pratique certes moins

conforme, mais dont il expliquait plus haut qu'elle représentait quelque chose d'important à ses yeux, quelque chose qui avait de la valeur et qui donnait un sens à sa pratique. Cependant, le médecin accorde de la valeur à cette voix dans la mesure où elle lui permet de se structurer, de revenir dans un cadre plus formel ou il peut jouer son rôle. Finalement cette voix est importante pour le médecin dans la mesure où elle lui permet de jouer plusieurs rôles et d'être protéger, faisant de lui un meilleur médecin.

6.1.2 La gestion de l'incertitude en contexte de chaos

6.1.2.1 Comment faire avec l'incertitude ?

Qu'est-ce que l'incertitude ? Il n'existe pas de définition dans le dictionnaire historique de la langue française pour le mot incertitude. En fait, il faut chercher au mot *certain* pour trouver un sens à l'incertitude. Puisque la certitude se définit par « le caractère de ce qui est sûr, de la conviction » (Rey, 2001. P 681), l'incertitude se dit par opposé de « ce qui n'est pas précis, pas fixé, sur quoi on n'a pas de certitude, ce qui n'est pas sûr » (*Ibid.*). La difficulté pour les médecins de notre enquête réside dans le fait que le médecin doit relier des certitudes apprises comme le produit des connaissances de la science appliquée et des incertitudes découvertes à travers des éléments de la pratique professionnelle, le tout restant à relier avec un travail sur soi, les autres et le monde afin d'éviter la confusion. D'après les résultats de notre enquête, les médecins sont confrontés à l'incertitude lorsqu'ils se trouvent dans les zones grises de la pratique et lorsqu'ils se trouve aux prises avec des cas particuliers.

6.1.2.2 Que se passe-t-il lorsque le médecin se trouve en présence d'un cas particulier, inhabituel, étrange ?

Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un cas particulier, il peut arriver qu'il éprouve un sentiment d'étrangeté. Les médecins de notre enquête ont tous exprimé leur décision d'écouter cette étrangeté et donc de ne pas croire que l'étrangeté pouvait venir d'eux-mêmes, mais plutôt du cas et de la situation. À partir de là, le médecin peut reconnaitre que son sentiment d'étrangeté est légitime. Dans ce genre de situation, les médecins interrogés ont bien souligné que les références qui habituellement guident la pratique, ne répondent plus adéquatement à la situation, dès lors, ces médecins doivent s'affranchir du poids des normes sans pour autant ne pas en tenir compte. Au contraire, c'est à partir de leur réflexion personnelle sur la pertinence des normes qu'ils se trouvent

plus à même de juger de leur efficacité plus ou moins relative. Il s'agit du genre de situation où les médecins savent qu'il n'y a pas une seule bonne piste à suivre, qu'il n'y a pas qu'une seule façon pour le médecin d'orienter son raisonnement vers tel ou tel piste.

Les médecins qui se sentent plus à l'aise dans le chaos, l'étrangeté, les cas particuliers, semblent avoir développé une certaine façon de cheminer dans la vie. Ils préfèrent lorsque les guides de pratique ne donnent pas de solution toute faite, ils ont tendance à se méfier du prêt à penser et préfèrent lorsqu'il existe plusieurs choix et sont à l'aise avec l'idée d'impliquer les patients dans leur décision quitte à exposer leur raisonnement, à créer une relation patient-médecin où ils prennent en compte l'inégalité épistémique qui se trouve, de fait, au centre de la relation. Toutefois, le patient peut en savoir plus long que le médecin sur le fait de vivre avec sa maladie, sur ce plan le patient sait mieux que le médecin ressentir sa santé. En revanche, le médecin en sait plus que le patient sur la santé en général et sur sa maladie en particulier, car il a une connaissance plus formelle. Il semble donc, que certains médecins soient en mesure d'établir un *dia-logue* (dia=deux, logos = discours) qui consiste à faire se parler entre elles, les connaissances du patient sur sa santé – qui sont plus expérientielles – et celle dont le médecin est détenteur et qui sont plus formelles. Ces médecins disent qu'ils mettent leur savoir au service de la relation et qu'ils entament un dialogue entre leur savoir et celui du patient.

6.1.3 Le raisonnement médical dans les zones grises de la pratique

6.1.3.1 Clarifier la zone grise

Pour identifier une zone grise les médecins de notre enquête soulignent l'importance de suivre des procédures. Ces dernières ont pour but de permettre au médecin de constater des anomalies et mettre le doigt sur ce qui n'est pas normal. D'une certaine manière le médecin fera tout pour éviter de rester dans le floue. Les médecins aiment l'ordre, même en zone grise. C'est pourquoi ils mentionnent l'importance d'établir clairement qu'ils se trouvent en zone grise.

Ensuite, en se faisant une représentation plus globale du cas, le médecin sera plus à même de se saisir, lui-même dans la zone grise. Il devra alors se mettre à l'écoute à la fois du cas mais aussi de lui-même, de son ressenti. Il pourra par exemple, se souvenir des autres cas, plutôt semblables, qu'il a déjà rencontré. Il pourra également pousser un peu plus son examen physique et porter une attention particulière sur certains signes bien distincts.

6.1.3.2 Faire des allers-retours

Les médecins peuvent faire des allers-retours. Questionner et requestionner le patient. Ils peuvent également suivre les procédures qui leurs permettent d'établir des liens, de faire des constats, d'éviter de rester dans le flou. Pour ce faire, à un moment donné, ils peuvent également chercher à se faire une représentation globale du cas. S'ils sont habitués à écouter attentivement leurs patients, Ils peuvent également se mettre à l'écoute d'eux-mêmes, ce qui peut s'avérer très important dans des cas où ils font face à un fort degré d'incertitude.

6.1.3.3 Transgresser les règles

Il peut arriver qu'un médecin se trouve en présence d'un cas dont l'ambivalence et la complexité ont un impact sur son appréciation de la situation. Par exemple, lorsque Fre revoit son patient atteint d'un cancer dans une phase de grande souffrance. Nous sommes en pleine pandémie de Covid et les guides de pratiques imposent aux médecins des équipements de protections individuels qui empêchent de voir le visage, les expressions faciales. Impossible de voir la moindre trace d'impatience ou autre sur le visage du médecin. Les guides de pratiques ont établi des mesures d'urgences et les rencontres ont été écourtées au maximum. Le médecin ne dispose que de quelques minutes pour voir le patient, se faire un avis sur la situation et prendre une décision. Pourtant, ce jour-là, Fre observe son patient et il éprouve un sentiment ambiguë. Il constate que le patient est venue « s'installer » dans son bureau. Cette vision de son patient confortablement installé sur la chaise incite Fre à penser que le patient a besoin de se poser et que les quelques minutes allouées par les guides de pratiques ne suffiront pas à prendre soin de l'Être. Le médecin choisi alors de transgresser la règle pour le bien-être du patient. Car pour lui, beaucoup de choses peuvent moduler une relation. L'on pense notamment à l'importance des petits riens, des petits gestes, des regards, des élans de générosité, du temps accordé alors qu'il se fait si rare et précieux et pourtant si important pour le patient. Il y a de la patience à prendre soin de l'autre. Nous relevons cette question que se pose Fre : le contact humain ne devrait-t-il pas toujours avoir priorité sur le reste quitte à transgresser les règles et les normes ?

6.2 Que pouvons-nous retenir des dimensions expérientielles du savoir des médecins de famille

6.2.1 Construire des relations

La capacité à entrer en relation avec les patients est un des éléments qui a été explicité par les trois médecins de notre enquête : Pour Jun, cette capacité s'exprime par le fait que la construction d'une relation avec le patient dépasse le lien juste : « patient dans un bureau vis-à-vis du médecin », qui renvoie davantage à une définition normalisée, c'est-à-dire balisé par les normes médicales. Jun fait référence à une forme d'amitié pour qualifier le type de relation de confiance, intime qu'elle a su au fil de sa pratique établir avec les patients. Soulignons au passage que l'amitié dans la relation médecin-patient n'est pas quelque chose de recommandé et que les normes en médecine recommandent au contraire de ne pas avoir de relation de type amicale avec les patients. Soulignons que dans le dictionnaire historique de la langue française on retrouve un glissement de sens intéressant du mot « amitié » qui à l'origine était plus proche de l'amour, puis au fil du temps s'est vu attribuer des « valeurs affaiblies, où ni l'amour ni un vrai sentiment d'amitié ne sont en cause. Le mot s'emploie, d'ailleurs depuis les XIIIe -XIVe siècles pour désigner des personnes liées par l'intérêt ou qui s'aident ». Le mot ami a aussi une signification d'allié (en parlant de pays par exemple) ou de quelque chose qui a de l'affinité (Rey, p.114). Amitié et amical ont quant à eux évolués vers un sens de relations sociales affectives.

Pour des médecins comme Jun, Mai ou Fre la médecine de famille est une trajectoire. Et cette trajectoire qui, se dessinant, demande au médecin d'être présent à ses patients à partir de la naissance et jusqu'à la mort.

Cette trajectoire n'est pas un long fleuve tranquille. C'est plutôt faire face aux aléas d'une pratique dont la complexité fait partie intégrante. Jun revient sur treize années passées en gériatrie, passées à prendre soin de ceux qui arrivent au chapitre final de la vie. Jun se demande comment faire pour bien accompagner ses patients, comment savoir quand s'arrêter de prolonger inutilement l'existence lorsque la vie n'a plus de qualité où que cela ne fasse plus de sens. Jun mentionne que la qualité de vie n'étant pas la même pour tous, cela pose la question du moment pour passer au soin palliatif.

Le médecin (Jun) précise qu'il ne s'agit pas de la mort médicalement tenue à distance grâce aux médicaments ou aux techniques qui font vivre plus longtemps. Pour elle, il s'agit plutôt de dérouler le fil de la vie jusqu'à une mort attendue, accompagnée, rendue la plus douce possible et qui fait le plus de sens possible, parce qu'il s'agit de la laisser arriver au moment juste, c'est-à-dire au moment où la personne est rendue dans sa trajectoire personnelle. Pour cette médecin, il s'agit d'accompagner ce moment sans le prolonger et sans non plus l'avancer. Pour finir, la médecine consiste à trouver l'acte et le geste juste pour un patient en particulier, à un moment précis de sa vie qui inclue la mort.

6.2.2 Redonner du sens à son action et à son geste

Les médecins peuvent être confrontés à des situations difficiles. Ces situations peuvent provoquées des ressentis un peu spéciaux comme par exemple, lorsqu'un patient auprès duquel le médecin éprouve de la sympathie – et où il a un peu surinvesti la relation – se trouve accablé par la souffrance et donne à ce médecin l'impression que la maladie s'acharne sur lui.

Le médecin se trouve alors dans une zone de la pratique ou il lui devient très difficile, voire impossible, de jouer le rôle du guérisseur, car il sait que plus rien ne viendra sauver son patient. Le médecin se trouve alors devant un autre rôle, plus proche du *prendre soin de l'être*. Ce rôle requiert de la part du médecin à la fois hospitalité et attention à l'Être dans toutes ces dimensions : corps, âme et esprit. Il devra alors poser d'autres gestes, organiser une sorte de quartier général à partir duquel le patient pourra se reposer et envisager la suite. Dans ce rôle, le médecin pose des gestes anodins, prend des rendez-vous pour son patient, réalise des actions que l'on pourrait associer à des petits rien, comme par exemple, retirer les chaussettes d'un patient. Or, ces gestes anodins, ces petits rien, représentent autant de défis pour le médecin au moment de consigner par écrit ses actes dans les notes au dossier. Le médecin se trouve alors dans une dimension de sa pratique ou ce qu'il fait, les actions et les gestes posés peuvent lui sembler particulièrement difficile à consigner par écrit – comme le fait d'être présent à l'autre dans la souffrance. Le médecin peut alors ressentir un écart entre la médecine et l'ensemble des questions qu'un être humain peut se poser sur lui-même et les réponses qu'il peut y apporter. Quelle posture la médecine peut bien offrir au monde pour que toute cette souffrance ait un sens ? Comment traduire en langage médical, ce qui relève de la

condition humaine au sens large : de la vie et de la mort ? Telle semble être la question à laquelle ces médecins se trouvent confronté.

Il arrive que certains patients occupent une place particulière dans la vie du médecin. Alors que l'histoire du patient semble se dérouler à côté de celle du médecin, il arrive que les deux histoires se rencontrent d'une telle manière que cette rencontre peut devenir une source de transformation de la pratique du médecin.

Dans les histoires qu'il nous a été données de recueillir, les médecins font face à la mort. Une des médecins de notre enquête à un moment de sa propre histoire décide de se sauver, de préférer la vie, la sienne et celle de son bébé, à la mort de son patient. De cette préférence va naitre un sentiment mêlé de trahison et de culpabilité de ne pas avoir su protéger le patient. Puis, de la colère suscitée par ce sentiment de culpabilité et de trahison va naitre une quête sur le sens de la vie et de la mort.

Que peut faire le médecin lorsqu'il s'aperçoit que la vie de son patient est arrivée au moment de l'inéluctabilité de la mort ? Que faire de ce moment où l'on réalise que c'est la fin ? Quitter, partir, s'enfuir, chercher ailleurs. Il semble qu'il y ait plus d'une bonne raison pour un médecin de chercher à éviter cette confrontation, surtout au moment où il se sait perdant face à l'inéluctabilité de la mort. Une chose qui a surgit de notre étude est que le médecin hésite, qu'il retient, cherche à refouler toute émotion. Et pourtant malgré cela, une peine immense et une grande culpabilité l'assaillent. « Pourquoi la médecine ne peut rien ? Comment se fait -il que l'on ne m'ait pas préparé à affronter ce doute face à la nécessité de donner du sens à la vie et à la mort? » C'est à partir d'un constat sur le non-sens en médecine, sur le fait de ne pas avoir été formé à questionner le sens, à accompagner les patients en fin de vie, qu'une des médecins de notre enquête à choisit d'orienter sa pratique à la façon d'une quête de sens en médecine.

6.3 Synthèse de l'itinéraire de compréhension : développer la capacité à faire de l'expérience vécue un chemin pour apprendre tout au long de la vie

C'est à partir de sa confrontation avec la toute-puissance de la médecine qu'un médecin peut se trouver devant la nécessité de faire le deuil de sa maitrise. En tant que praticien, expert, il doit faire le douloureux constant qu'il arrive un moment où la médecine a ses propres limites, qu'elles

s'imposent alors au médecin. Celui-ci ne contrôlant plus rien, se trouve alors devant sa propre angoisse. Cette angoisse peut provenir de différents éléments : peur de vivre une perte, prise de conscience de sa propre mort et surtout prise de conscience de ses limites en tant qu'être humain. Que faire lorsque l'on ne maitrise plus la situation ?

Il arrive que le médecin reconnaisse qu'il ne contrôle plus, que la fin étant là, il doit lâcher prise. Pour réaliser cela, Jun a opéré un tournant à l'intérieur d'elle-même qui lui a permis de détourner la souffrance et le sentiment d'impuissance pour aller vers une écoute plus profonde. Toutefois, cette opération nécessite de la part du médecin de se rendre disponible, de prendre le temps de laisser des choses se poser, pour lui-même et pour le patient, ce qui n'est pas toujours évident compte tenu des impératifs administratif et du temps alloué pour les rendez-vous.

Les médecins vivent dans une sorte d'injonction paradoxale. D'un côté, le soin est soumis à des principes de modélisation qui visent à la rendre accessible à un nombre sans cesse grandissant de patients et dont les problèmes de santé sont sans cesse plus complexes notamment à cause de la prévalence des maladies chroniques, devenues une des principales causes de morbidité (Yardley, Cottrell, Rees et Protheroe, 2015). De l'autre côté, *prendre soin de l'être* demande un temps variable selon toute sortes de paramètres (la disponibilité d'esprit, la valeur accordée à son activité, le sentiment d'être utile, le fait de se sentir impliqué et de pouvoir impliqué l'autre) et ce temps devrait dont être souple, malléable, pour s'adapter au plus près des besoins du patient. Car soigner ne signifie pas uniquement s'occuper physiquement des personnes malades. Comme le suggère Bernard Honoré, c'est aussi prendre soin de la manière dont elles existent en éprouvant leurs difficultés et en se projetant dans l'avenir (2016). Il s'agit alors de proposer une vision du soin plus large c'est-à-dire qui inclus toutes sortent d'actions et de gestes qui peuvent avoir une influence sur le patient et son environnement. Or, cela demande également au médecin de disposer de temps pour se former et mieux chercher à comprendre les actions et les gestes sous-jacents à sa pratique. Cela peut permettre par exemple au médecin de mieux cerner quels effets ses actions et gestes peuvent avoir sur le patient ou comment les actions et les gestes posés peuvent exercer une influence sur la nature de la relation patient-médecin et ainsi contribuer à permettre au médecin d'être en mesure de construire un type de relation plus en adéquation avec les valeurs supposées éclairer ses actions et ses gestes. Au cours de notre étude, nous avons constaté que si les médecins interrogés cherchent toujours à mette leur action en accord avec leur savoir académique, ils ne

s'arrêtent pas là. Ils cherchent également à mettre leur action en accord avec les valeurs qui leur sont chers, ce qui compte le plus à leurs yeux, ce qui a de la valeur ce qui constitue des qualités essentielles dans leur construction en tant que médecin et en tant qu'être humain. Parmi les valeurs citées par ces médecins nous pouvons nommer : la beauté, l'unicité, la collaboration et la relation.

Mais cette capacité à faire de l'expérience une voie pour apprendre tout au long de la vie, se développe aussi à partir de la prise de conscience de faire ce que l'on aime – on retrouve ici la question du sens et de la « vraie médecine » dont parle Mai – et qui consiste aussi à se rendre disponible pour développer des liens de confiance avec les patients. Or, ces liens ne semblent pas se tisser tout seuls, cela n'est pas un allant de soi où il suffirait d'appliquer une procédure quelconque ou tel modèle plutôt qu'un autre permettant d'assurer la création d'un lien de confiance. La complexité nous incite à penser qu'il s'agit plutôt d'une cocréation qui doit impliquer à la fois le médecin et le patient. De plus, cette cocréation peut se développer à partir de petits rien, de gestes simples tels que prendre un patient dans ses bras, laisser quelques photos de soi et des siens sur son bureau, comme pour rappeler au patient qu'il peut y avoir une certaine proximité et que la clinique n'est pas juste cet endroit où le patient est objectivé et en quelque sorte déshumanisé pour ne finir par n'être qu'un matricule sur une fiche administrative. En choisissant d'adopter une posture clinique plus chaleureuse le médecin peut chercher à réduire ce gouffre de solitude que le patient traverse dans la maladie.

CONCLUSION

Inscrite dans le champ de la pédagogie médicale, la présente étude compréhensive sur la construction du raisonnement médical face à l'incertitude a permis de mettre en évidence les liens entre l'expérience et l'acte de construire ses propres apprentissages en vue de les rendre potentiellement accessible au plus grand nombre. Les récits biographiques des trois médecins de famille (voir chapitre 4), auront permis de décrire leurs rapports singuliers à la médecine, comme discipline à enseigner et comme praxis (quête de sens). Cela aura contribué à l'identification des moments clés vécu par ces médecins à travers les aléas d'une pratique professionnelle de plus en plus sujette à la complexité (objectif spécifique 1).

Les récits biographiques se sont révélés être d'efficaces repère dans l'explicitation et le décryptage du sens donné par les médecins à leur geste professionnel. Cela aura contribuer à obtenir une description, aussi fine que possible, des actions, des opérations matérielles et mentales, des médecins lorsqu'ils se trouve face à l'incertitude de la pratique (objectif spécifique 2) et une description, aussi profonde que possible, du sens donné par les médecins à leurs gestes professionnels dans ces moments clés (objectif spécifique 3).

Cela aura permis d'ouvrir le chemin vers un itinéraire de compréhension relatif à la construction d'un raisonnement médical toujours en quête d'un équilibre entre la gestion de l'incertitude et la nécessité de donner plus de sens à la pratique professionnelle en vue de préserver une qualité du soin dans un contexte où le quantitatif souligne l'omnipotence d'une médecine en quête d'elle-même. Ceci ayant été explicitement nommé par les médecins de l'enquête à travers une série de question formulées par chacun d'eux de la manière suivante : Mai se demande : « où est passée la vraie médecine ? » ; Fre se demande : « comment faire pour retrouver un peu de souveraineté ? » ; Jun se demande : « Que signifie être médecin ? ». Dans une même continuité analytique, l'analyse corrélative des données d'entretiens d'explicitation et de décryptage du sens a permis l'émergence de trois aspects du phénomène d'être en présence de son geste professionnel.

Pour Mai, la prise de décision en contexte d'étrangeté l'amène à expliciter son raisonnement médical et comment elle s'y prend pour gérer l'incertitude lorsqu'elle se trouve dans une zone grise de sa pratique.

Pour Fre, le vécu d'un moment difficile auprès d'un patient atteint d'un cancer à un stade avancé l'amène à expliciter son dialogue intérieur et comment ce type de raisonnement lui permet de faire face et d'agir dans le chaos de sa pratique.

Pour Jun, le vécu d'un grand tournant de sa pratique, marqué par la mort d'une patiente, va être l'élément déclencheur d'une quête de sens. Jun a explicité comment elle s'y prend pour faire face à la souffrance et arriver à cette conclusion que le médecin doit faire un chemin intérieur et changer sa vision en vue de passer d'un savoir-faire contre la maladie à un savoir-faire avec la maladie.

La médecine est une profession ou l'on passe toute une partie de sa vie professionnelle dans la souffrance, la douleur et la peine, c'est inévitable. Et toute la question revient à être en mesure d'établir une juste distance entre l'omnipotence et ce sentiment d'impuissance dont parle Jun. Ce qui est frappant chez les médecins de notre enquête, c'est leur propension à faire face à l'incertitude à partir de toutes les dimensions de l'être, peu importe ce qui se passe en eux, c'est comme s'ils avaient une connaissance d'eux-mêmes, des processus qui agissent en eux, par eux, pour eux et parfois contre eux-mêmes.

Notre étude démontre que cette quête de savoir révèle un type de connaissance bien particulier. Plutôt que de chercher à acquérir des connaissances, à *avoir* des connaissances – plutôt théoriques – sur lesquelles reposent la médecine et sans lesquelles nous comprenons bien que son exercice serait impossible, ils cherchent, à travers un parcours plutôt sinueux et chaotique que linéaire et bien lissé, à laisser leur capacité à *être dans l'action* prendre place comme connaissance. Il s'agit d'un type de connaissance plus en lien avec l'expérience et le subjectivement éprouvé tout au long de la vie. Au lieu de se concentrer sur *l'avoir des savoirs*, ils se concentrent sur *l'Être du médecin*. Pour eux, une tête bien pleine ne sert à rien sans cette capacité de s'interroger, d'examiner plus attentivement qui ils sont comme médecin, qu'est-ce qui – au-delà du titre et du diplôme – leur permet d'être des médecins conscient et réveillés (Morin, 2022).

Les médecins de notre enquête redéfinissent leur rapport au savoir dépassant la possession du savoir qui peut donner l'illusion de son acquisition, comme lorsque Mai dénonce cette vision positiviste du savoir médical qui – certes peut être vu comme essentielle – lui procure comme à Fre et Jun, un sentiment d'aridité et une soif de connaissance car ce savoir plutôt théorique n'est pas incorporé. Comme dit Mai : « J'ai besoin d'éprouver le savoir par mes sens ».

Notre recherche nous fait arriver à cette conclusion que les savoirs théoriques, davantage codifiés – et certes indispensables –peuvent être efficacement reliés à des savoirs expérientiels, davantage créatifs et plutôt mobiles et dynamiques. C'est ce lien entre des savoirs théoriques normalisés et des savoirs expérientiels adaptables qui permet au médecin de faire face à ces situations de la pratique professionnelle lorsque l'assurance face à l'évidence fait place au doute face à l'incertitude. De plus, ce lien n'est pas stable ou fixe, car il s'appréhende par le truchement du rapport instable, de la tension structurante – à travers ce dialogue intérieur du praticien dans la réciprocité entre savoirs théoriques et savoirs expérientiels.

Notre exploration en profondeur du plan expérientiel des savoirs mobilisés par des médecins de famille en quête de sens nous aura permis de mieux saisir que parmi ces savoirs, parfois tacites, car jamais explicitement évoqués, se trouvait un chemin menant vers une connaissance moins rationnelle, car comme l'écrit le médecin de famille Jean Désy (2020) « l'être humain est plus qu'une formidable machine, image galvaudée et terriblement fausse » (p.85). C'est précisément ce qui a mené les médecins de notre enquête à acquérir une forme de connaissance d'eux-mêmes – dont nous avons amplement exploré la teneur aux chapitres 4 et 5 – qui leur permet de contrer l'incompréhension de ce qu'ils sont comme médecin et comme être humain et par prolongement empathique de pallier cette source d'incompréhension d'autrui ; le patient, le confrère, le collègue. Nous dirons pour finir à propos des savoirs expérientiels qu'il nous semble bien essentiel et important de ne pas laisser compromettre cette reliance à soi, aux autres et à l'environnement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Al Khatib, J., Baudson, C., Bulgheroni, L., Chappey, J. L., Charlier, É., Dangouloff, N., ... & Ramsamy-Prat, P. (2018). *Les gestes professionnels comme arts de faire: éducation, formation, médiation culturelle*. Presses Univ. Septentrion.

Alves, C. A., Prot, B., Pacquola, M., Cavaco, C., Breton, H., & Fernandez, N. (2020). *Mobiliser les savoirs expérientiels pour la recherche et la formation des professionnels de la santé: concepts et méthodologies*. Pédagogie médicale, 21(1), 53-59.

Anzieu, D., & Martin, J. Y. (2004). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Presses universitaires de France.

Appriou Ledesma, L. (2018). *Le sentiment identitaire professionnel* (Doctoral dissertation, Paris, CNAM).

Ardoino, J. (1978). *Propos actuels sur l'éducation*. Paris : L'Harmattan.

Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation*, (25-26), 15-34.

Bachelard, G. (1993). *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Paris : Vrin.

Bachelard, G. (1992). *L'Intuition de l'instant* [1932]. Paris : Livre de poche.

Balas-Chanel, A. (1998). *La prise de conscience de sa manière d'apprendre: de la métacognition implicite à la métacognition explicite* (Doctoral dissertation, Grenoble 2).

Balas-Chanel, A. (2013). *La pratique réflexive, un outil de développement des compétences infirmières*. Elsevier Health Sciences.

Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, *26*(2), 263-286.

Barbier, R. (1996). *La recherche action*. Paris : Anthropos.

Barbier, R. (juillet 2002). L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. *In Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé*. Repéré à http://www. saude. df. gov. br Brasilia.

Barbier, R. (23 juillet 2005). Apprendre au fond de soi. Repéré à : http://www.barbier-rd.nom.fr/journal/article.php3?id_article=452.

Barbier, R. (1997). *L'approche transversale: L'écoute sensible en sciences humaines*. Paris : Anthropos.

Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, *2*, 98-114.

Beaglehole R.R., Bonita R., Horton C., *et al*. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet.* 2011 ; 377(9775) : 1438-1447.

Beauchamp, C. (2006). *Understanding reflection in teaching : a framework for analyzing the literature*. Thèse de doctorat non publiée. Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : Éditions La Découverte.

Bernard, J. L., et Reyes, P. (2001). Apprendre, en médecine (1re partie). *Pédagogie médicale*, *2*(3), 163-169.

Bernard, J. L., et Reyes, P. (2001). Apprendre, en médecine (2e partie). *Pédagogie médicale*, *2*(4), 235-241.

Bézille, H. (2000). De l'usage du témoignage dans la recherche en sciences sociales. *L'éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes (Feldman J., Kohn RC)*.

Bitbol, M. (2006). Une science de la conscience équitable. L'actualité de la phénoménologie de Francisco Varela. *Intellectica*, *43*(1), 135-157.

Bleakley, A. (2019). Invoking the Medical Humanities to Develop a MedicineWeCanTrust. *Academic Medicine*, *94*(10), 1422-1424.

Bloy, G. (2005). La transmission des savoirs professionnels en médecine générale: le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*, (1), 101-125.

Bokova, I. (2014). Repenser l'humanisme au 21e siècle. *International Review of Education*, *60*(3), 307-310.

Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *62*(1), 69-72.

Bourquin, C., et Stiefel, F. (2018). Médecins narrateurs : quel(s) récit(s) de l'expérience médicale? Revue Médicale Suisse (14), 320-322.

Bourrel, G. (2008). Analyse phénoménologique d'une étude sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la pragmatique. *Recherches qualitatives*, 87-103.

Boutin, G. (2004). L'approche par compétences en éducation: un amalgame paradigmatique. *Connexions*, (1), 25-41.

Caty, M. È., Kinsella, E. A., et Doyle, P. C. (2015). Reflective practice in speech-language pathology: A scoping review. *International journal of speech-language pathology*, *17*(4), 411-420.

Charlot, B. (2005). *Du rapport au savoir: éléments pour une théorie*. Anthropos.

Cizeron, M. (2010). Le geste professionnel comme concept et outil d'analyse.

Clot, Y. (1999b). Le geste est-il transmissible ? *In* Apprendre autrement aujourd'hui ? 10èmes entretiens de la Villette. Cité des sciences et de la Villette. http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/act_educ/education/apprendre/commapprends_p6.htm

Colin, L. et Legrand, J-L. (2008). *L'éducation tout au long de la vie*. Anthropos.

Collin, S. (2010). *L'interaction en ligne comme soutien à la pratique réflexive des enseignants-stagiaires* (Thèse de doctorat), Université de Montréal.

Collin, S., Karsenti, T., et Komis, V. (2013). Reflective practice in initial teacher training: Critiques and perspectives. *Reflective practice*, *14*(1), 104-117.

Colwill, J. M., Frey, J. J., Baird, M. A., Kirk, J. W., & Rosser, W. W. (2016). Patient relationships and the personal physician in tomorrow's health system: A perspective from the Keystone IV conference. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *29*(Supplement 1), S54-S59.

Correa Molina, E., Collin, S., Chaubet, P., & Gervais, C. (2010). Concept de réflexion: un regard critique. *Éducation et francophonie*, *38*(2), 135-154.

Couturier, Y., et Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social: un débat émergent1. *Nouvelles pratiques sociales*, *16*(2), 68-79.

Crocé-Spinelli, H. (2014). Gestes professionnels. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 145-148.

Damasio, A. R. (1999). *Le Sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.

Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1001*(1), 253-261.

Davis, D. (2018). The medical school without walls: Reflections on the future of medical education. *Medical teacher*, *40*(10), 1004-1009.

De Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien*. 1. Arts de faire. Gallimard.

De Champlain, Y. (2008). *Le sentiment d'éduquer: Une approche acousmatique de conscientisation du geste pédagogique d'un enseignant en musique au primaire.* (Thèse de doctorat) Université Laval.

Desgagné, S. (2005). *Récits exemplaires de pratique enseignante: analyse typologique* (Vol. 7). PUQ.

Delage, M. (2013). Retour à la vie ordinaire. *Inflexions*, (2), 71-75.

Delgado Hito, P. (2010). *Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité.* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).

Delory-Momberger, C., et Hess, R. (2001). *Le sens de l'histoire: moments d'une biographie*. Anthropos.

Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique. Essai sur le récit de soi dans la modernité avancée.* Téraèdre.

Delory-Momberger, C. (2020). Écrire l'expérience professionnelle. Quels effets ? Quels savoirs ? *Éducation permanente, (222),* 63-72.

Depraz, N. (2005). L'épochè phénoménologique comme éthique de la prise de parole. *Revue Expliciter*, (61), 1-7.

Depraz, N., Vermersch, P. et Varela, F.J. (2003). *On becoming aware: a pragmatics of experiencing*. J. Benjamins.

Depraz, N., Varela, F.J., Vermersch, P. (2011). *À l'épreuve de l'expérience: pour une pratique phénoménologique*. Zeta Books.

Desjardins, J. (2000). Analyse critique du champ conceptuel de la formation réflexive. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).

Deslauriers, L.-H., Groulx, A., Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 341-364). Gaëtan Morin éditeur.

Dewey, J. (1997) *How we think*. Boston : D. C. Health & Company.

Désy, J. (2020). L'irrationalité nécessaire: de Platon et Einstein: les poètes. Éditions XYZ.

Didi-Huberman, G. (2005). *Gestes d'air et de pierre: corps, parole, souffle, image*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Dilts, R. (2008). *Être coach: de la recherche de la performance à l'éveil*. InterÉditions.

Dirkx, J. M. (2001). The power of feelings: Emotion, imagination, and the construction of meaning in adult learning. *New directions for adult and continuing education*, *2001*(89), 63-72.

Dirkx, J. M. (2008). The meaning and role of emotions in adult learning. *New directions for adult and continuing education*, *2008*(120), 7-18.

Dubé, V., et Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, *5*(7).

Duchesne, C. (2010). L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation et francophonie*, *38*(1), 33-50.

Dumazedier, J. (2002). *Penser l'autoformation: société d'aujourd'hui et pratiques d'autoformation*. Chronique sociale.

Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux: construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins* (Thèse de doctorat) Université de Montpellier.

Faingold, N. (2014). Le moment et le geste comme voies d'accès au sens, entretien d'explicitation, entretien de décryptage. *Présences (6)*, 1-25.

Faingold, N. (2013). Accompagner l'émotion: explicitation, décryptage du sens et parties de soi. *Expliciter*, *100*, 29-38.

Faingold, N. (2011). L'entretien de décryptage: le moment et le geste comme voies d'accès au sens. *Expliciter*, *92*, 24-47.

Faingold, N. (2011). La formation à l'entretien d'explicitation comme recherche-action sur soi. *Expliciter*, *89*, 15-24.

Faingold, N. (2001). De moment en moment, le décryptage du sens. *Expliciter*, *42*, 40-48.

Faingold, N. (1996). Du stagiaire à l'expert: construire les compétences professionnelles. *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies*, 137-152.

Faingold, N. (1993). Accéder aux savoirs implicites de l'acte pédagogique: l'entretien d'explicitation avec des enseignants experts. *Communication au premier Congrès d'actualité de la recherche en éducation et formation*, *25*, 26.

Feldman, J. (2000). *L'éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes*. L'Harmattan.

Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V., et Karazivan, P. (2016). Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé: vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal international de bioethique et d'éthique des sciences*, *27*(1), 59-72.

Fragkos, K. (2016). Reflective practice in healthcare education: an umbrella review. *Education Sciences*, *6*(3), 27.

Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., & Boucher, A. (2015). Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*.

Galvani, P. (1998). Biographie et formation spirituelle amérindiennes. *Accompagnement et histoire de vie*, 205-220.

Galvani, P. (2004). L'exploration des moments intenses et du sens personnel des pratiques professionnelles. *Interactions*, *8*(2), 95-121.

Gérardin, P., et Andrieu, B. (2011). La continuité de soi: vers une hybridité créative. *Gérontologie et société*, *34*(2), 151-162.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 341-364.

Godard, H. (1994). C'est le mouvement qui donne corps au geste. *Marsyas. France*, 72-76.

Godard, H. (1994). Le geste manquant. *Entretien réalisé par Daniel Dobbels et Claude Rabant. États de corps.(Revue de Psychanalyse)*, (5), 63-75.

Godard, H. (1995). Le geste et sa perception. *In La danse au XXème siècle.* M. Michel et I. Ginot (dir.). Bordas, 224-229.

Hess, R. (2003). *Produire son œuvre: le moment de la thèse*. Téraèdre

Hess, R. (1998). *La pratique du journal: l'enquête au quotidien*. Anthropos

Hess, R., et Weigand, G. (1994). *La relation pédagogique*. A. Colin.

Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation! L'ouverture à l'existence*. Éditions L'Harmattan.

Honoré, B. (2009). *Le soin en perspective: au cœur d'un humanisme humanisant*. Éditions Seli Arslan.

Honoré, B. (2016). *Soigner, former, se former, Cultiver ensemble les possibilités de la vie*. Éditions Seli Arslan.

Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie*. Galimard.

Husserl, E. (1991). *Expérience et jugement*. Presses universitaires de France.

Jaurès J. (1910), De la laïque. *In* Jaurès J. (2012). *De l'éducation*. Seuil.

Jorro, A. (1998). L'inscription des gestes professionnels dans l'action. *Revue en question*, *19*.

Jorro, A., et Crocé-Spinelli, H. (2010). Le développement de gestes professionnels en classe de français. Le cas de situations de lecture interprétative. *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, (145-146), 125-140.

Jorro, A. (2014). *Dictionnaire des concepts de la Professionnalisation*. De Boeck Supérieur.

Jorro, A. et Tutiaux-Guillon N. (2015). Savoirs profanes, savoirs scientifiques dans la formation des enseignants. *TransFormations*, 13, 14.

Jorro, A., et Droyer, N. (2019). *L'évaluation, levier pour l'enseignement et la formation*. De Boeck Supérieur.

Jason, H. (2018). Future medical education: Preparing, priorities, possibilities. *Medical teacher*, *40*(10), 996-1003.

Karazivan, P (2010). La médecine familiale vue par de jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

Kolb, D., Boyatzis, R. et Mainemelis, C. (2001). Experiential learning theory: Previous research and new directions. In R. Sternberg & L. Zhang (Eds.) *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles* Matwah, Lawrence Erlbaum, 227-247.

Kuper, A., Veinot, P., Leavitt, J., Levitt, S., Li, A., Goguen, J., ... et Whitehead, C. R. (2017). Epistemology, culture, justice and power: non-bioscientific knowledge for medical training. *Medical education*, *51*(2), 158-173.

Krishnamurti, J. (1987). *La flamme de l'attention*. Éditions du Rocher.

Lalande, A. (1947). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. 5e éd. Presses Universitaire de France.

Lapassade, G. (1963). *L'entrée dans la vie. Essai sur l'inachèvement de l'homme*. Les Éditions de Minuit

Lapassade, G. (1993). De la multiréférentialité comme « bricolage ». *Pratiques de formation*, (25-26), 115-133.

Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J. I., Goudreau, J., et Fima, O. (2017). Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins: Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, *3*(1), 3.

Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de Métaphysique et de Morale*, (2), 197-221.

Lefebvre, H. (1971). *Vers le cybernanthrope*. Denoël.

Legault, M., & Paré, A. (1995). Analyse réflexive, transformations intérieures et pratiques professionnelles. *Cahiers de la recherche en éducation*, *2*(1), 123-164.

Legendre, R. (2007). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Guérin

Le Grand, J. L. (2000). Éthique, étiquettes et réciprocité dans les histoires de vie. *L'éthique dans la pratique des sciences humaines: dilemmes. Ouverture philosophique*. L'Harmattan.

Leloup, J-Y. (1999). Prendre soin de l'être : Philon et les thérapeutes d'Alexandrie. Albin Michel.

Lesourd, F. (2009). *L'homme en transition: éducation et tournants de vie*. Economica.

Lesourd, F. (2004). *Les moments privilégiés en formation existentielle: contribution multiréférentielle à la recherche sur les temporalités éducatives chez les adultes en transformation dans les situations liminaires.* (Thèse de doctorat) Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis.

Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage* (Vol. 289). Plon.

Lévi-Strauss, C. (2010). La poésie du bricolage. *Des mondes bricolés: arts et sciences à l'épreuve de la notion de bricolage*, 33.

Lewin, K. (1972). *Psychologie dynamique. Les relations humaines* (4e éd.). PUF.

Lievin, T., Fortin, M., Millette, B., Auberge, A., et De Korwin, J. D. (2008). L'entretien d'explicitation: une approche potentiellement féconde pour faciliter la supervision clinique des résidents. *Pédagogie Médicale*, *9*(4), 221-233.

Lin, S., Sattler, A., Yu, G. C., Basaviah, P., & Schillinger, E. (2016). Training Future Clinician-Educators. *Family medicine*, *48*(3), 212-6.

Lobrot, M. (1989). *L'écoute du désir*. Retz.

Mann, K., Gordon, J., et MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health sciences education*, *14*(4), 595.

Maturana, H. R., Varela, F. J., & Jullien, F. C. (1994). *L'arbre de la connaissance*. Ed. Addison-Wesley France.

McQueen, D. V., et Anderson, L. M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, *7*(1), 79-98.

Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience: une voie vers l'autoformation*. Chronique sociale.

Miller, G. A., Galanter, E., et Pribram, K. H. (1960). Plans and the structure of behavior. Henry Holt and Co.

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute.

Morin, E. (2022), *Réveillons-nous!* Éditions Denoël.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Éditions du Seuil.

Morin, E. (2000). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Éditions du Seuil.

Morisse, M. (2020). La narration de l'expérience : partage du sensible et circulation des savoirs au travail. *Éducation permanente (222)*, 73-81.

Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives* (*3*), 1-27.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative: entendre et écouter le sujet contemporain*. Erès.

Niewiadomski, C. (2013). *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Presses universitaires du Septentrion.

Ng, S. L. (2012, May). Reflection and reflective practice: Creating knowledge through experience. In *Seminars in Hearing* (Vol. 33, No. 02, pp. 117-134). *Thieme Medical Publishers*.

Ng, S. L., Kinsella, E. A., Friesen, F., et Hodges, B. (2015). Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research: a critical narrative review. *Medical education*, *49*(5), 461-475.

Nguyen, Q. D., Fernandez, N., Karsenti, T., et Charlin, B. (2014). What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. *Medical education*, *48*(12), 1176-1189.

Ofri, D. (2017). Medical humanities: the Rx for uncertainty? *Academic Medicine*, *92*(12), 1657-1658.

OCDE, Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE). Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OCDE, 2013. [Consulté le 04/02/2020]. Disponible en ligne : http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panoramade-la-sante-2013.pdf

O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, *48*(5), 317-326.

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.) Armand Colin.

Petitmengin, C. (2005). Un exemple de recherche neuro-phénoménologique: l'anticipation des crises d'épilepsie. *Intellectica*, *40*(1), 63-89.

Piaget, J. (1949). Introduction à l'épistémologie génétique. Presses Universitaires de France.

Piaget, J. (1974a). *Réussir et comprendre*. Presses universitaires de France.

Piaget, J. (1974b). *La prise de conscience*. Presses universitaires de France.

Pineau, G. (2005). *Habiter la terre: écoformation terrestre pour une conscience planétaire*. L'Harmattan.

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension.* University of Chicago Press.

Popper, K. (2012). *The open society and its enemies*. Routledge.

Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur.

Pujol, J. L. (2011). Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du patient: incidences dans la relation médicale. *Psycho-oncologie*, *5*(4), 269-274.

Rey, A (Dir.) (2000). *Le Robert historique de la langue française*. Dictionnaires Le Robert.

Ricœur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Le Seuil.

Rogers, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Dunod.

Rogers, C. R., Le Bon, D., et Hameline, D. (1972). *Liberté pour apprendre?* Dunod.

Rourke, J. (2018). What does the future hold? No one knows for sure…. *Medical teacher*, *40*(10), 980-981.

Saint-Arnaud, J. (2001). La réflexion-dans-l'action : un changement de paradigme. *Recherche & formation*, *36*(1), 17-27.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practionner : How professionnals think in action.* Basic Books.

Schön, D. A. (1994). Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, traduit et adapté par J. Heynemand et D. Gagnon. Les Éditions Logiques.

Schütz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien* (p. 140). Méridiens Klincksieck.

Schwartz, R. C. (1995). *Internal family systems*. Guilford.

Sensevy, G. (2005). Sur la notion de geste professionnel. *La Lettre de l'AIRDF*, *36*(1), 4-6.

Shaw E., Oandasan I., Fowler N. (2017). Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation. Collège des médecins de famille du Canada.

Simard, H. (2010). La méditation comme voie d'accès à l'intériorité et à la connaissance de soi.

Steiner, G. (2003). *Maître et disciples*. Éditions Gallimard.

Ten Cate, T. J. O., Snell, L., et Carraccio, C. (2010). Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. *Medical teacher*, *32*(8), 669-675.

Thievenaz, J. (2012). *Construction de l'expérience et transformation silencieuse des habitudes d'orientation de l'action: Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail* (Doctoral dissertation).

Trinquier, M. P. (2014). Pratiques professionnelles. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 221-228.

Tronto, J. C. (1998). An Ethic of Care. *Generations: Journal of the American Society of Aging, 22*(3), 15-20.

Varela, F. (1989) *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant.* Éditions du Seuil.

Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, *2*, 275-292.

Vergnaud, G. (2001). Piaget visité par la didactique. *Intellectica*, *33*(2), 107-123.

Vermersch, P. (1999). Pour une psychologie phénoménologique. *Psychologie française*, *44*(1), 7-18.

Vermersch, P. (2000). Conscience directe, conscience réfléchie. *Intellectica*, *31*(2), 269-311.

Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie: vers une psychophénoménologie*. Presses universitaires de France.

Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation*. (9e édition). ESF Sciences Humaines.

Vigarello, G. (2019). *Le Sentiment de soi - Histoire de la perception du corps (XVIe-XXe siècle)*. Le Seuil.

Wald, H. S. (2015) Professional identity (trans) formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Academic Medicine*, *90*(6), 701-706.

Wartman, S. A. (2019). The empirical challenge of 21st-century medical education. *Academic Medicine*, *94*(10), 1412-1415.

Weber, M. (1963). *Le savant et le politique.* Éditions 10/18.

Whitehead C, Selleger V, van de Kreeke J, Hodges B. The 'missing person' in roles-based competency models: a historical, cross-national, contrastive case study. Med Educ 2014; *48*, 785-795.

Wittorski, R. (2001). Contribution de l'apprentissage expérientiel et de la science action à la pratique professionnelle. In *Praticien et chercheur : parcours dans le champ social* (pp. 107-119). L'Harmattan.

Wulf, C. (1999). *Anthropologie de l'éducation*. L'Harmattan.

Yardley, S., Cottrell, E., Rees, E., & Protheroe, J. (2015). Modelling successful primary care for multimorbidity: a realist synthesis of successes and failures in concurrent learning and healthcare delivery. *BMC family practice*, *16*(1), 23.

ANNEXES 1 - APPROBATION ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Université de Montréal

Certificat no CEREP-20-136-D

Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en éducation et psychologie (CEREP), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	**Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques**
Étudiant requérant	**Yves Delair**, candidat au doctorat, FSE - Département de psychopédagogie et d'andragogie

Sous la direction de: Nicolas Fernandez, professeur agrégé, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Financement	
Organisme	Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)
Programme	Bourse pour stage en milieu de pratique
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	49540
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité. Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la

Anne-Marie Émond, présidente
Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie
Université de Montréal

17 décembre 2020
Date de délivrance

1er janvier 2022
Date de fin de validité

1er janvier 2022
Date du prochain suivi

ANNEXES 2 - SONDAGE D'INTÉRÊT EN PRÉVISION DU RECRUTEMENT

Saint-Lambert le 10 février 2021

Objet : Sondage d'intérêt auprès des médecins de famille en vue de participer au projet de recherche doctoral de Yves Delair au cours de l'hiver et du printemps 2021

Chers membres du Collège des médecins du Québec

C'est à titre de doctorant à la Faculté d'éducation de l'Université de Montréal en partenariat avec le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) que je sollicite votre attention pour vous présenter brièvement le contexte et le but de mon projet de recherche doctoral entamé en 2017, qui s'intitule :

Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.

Le but de ma recherche vise à **décrire et mieux comprendre la construction des savoirs pratiques des médecins lorsqu'ils adoptent des gestes professionnels à des moments-clés de leur pratique.** Ma recherche fait appel à la notion de geste professionnel développée en éducation dans le champ de la formation professionnelle par Anne Jorro (1998) et Nadine Faingold (2014). Celle-ci permet de comprendre l'articulation des étapes empruntée par la réflexion vers son état de savoirs expérientiels. La collecte des données repose sur une clinique narrative. Cette dernière implique sur un plan individuel : un entretien biographique et un entretien d'explicitation avec décryptage du sens d'une heure trente chacun. De plus, elle implique sur un plan collectif, la participation à deux rencontres de mise en commun d'une heure trente chacune. Ces rencontres seront enregistrées et visent à permettre aux participants de partager et d'échanger leur point de vue de l'expérience de la clinique ainsi que permettre au chercheur de porter des ajustements au recueil et à l'analyse des données. Aucun jugement de valeur ne sera porté sur votre vécu et vos pratiques, qui seront analysées pour dégager le sens que vous donnez à un geste professionnel en lien avec votre perception d'être en présence du vécu d'un geste.

Dès l'obtention, dans le courant de l'hiver 2021, de l'attestation de conformité éthique de l'Université de Montréal, je serai autorisé à entreprendre la collecte de données en milieu professionnel. Pour ce faire, j'aurai besoin de la collaboration d'un minimum de cinq médecins de famille détenant un permis d'exercice décerné par le Collège des médecins du Québec et ayant un minimum de cinq années consécutives d'expérience de l'exercice de la médecine. Les médecins peuvent exercer autant en milieux publics que privés, et en milieu urbain ou rural.

Si vous répondez à ces critères et que vous souhaitez participer à ce projet de recherche de façon libre et consentante, je vous invite à me signifier votre intérêt en personne après le 11 décembre 2020 afin que je puisse communiquer avec vous dès que possible. Je vous transmettrai par voie électronique une invitation officielle et un formulaire de consentement dont la page de présentation

est annexée ci-dessous. Si vous souhaitez entrer en communication avec moi, mes coordonnées sont également indiquées ci-dessous.

Je vous remercie de votre attention et de votre précieuse participation.

Yves Delair

Invitation à participer à la recherche

Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.

Projet de recherche mené par Yves Delair
Doctorant à la faculté d'éducation de l'Université de Montréal

Direction de recherche : Nicolas Fernandez, professeur agrégé au
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)
Département de médecine de famille et médecine d'urgence
Faculté de médecine de l'Université de Montréal

ANNEXE 3 - LETTRE D'INFORMATION OFFICIELLE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE

Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.

Yves Delair, doctorant à la Faculté des sciences de l'éducation en partenariat
avec le centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)
Direction de recherche : Nicolas Fernandez (Université de Montréal)

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. L'objectif de ce projet de recherche est de décrire et mieux comprendre la construction des savoirs pratiques des médecins lorsqu'ils adoptent des gestes professionnels à certains moments-clés de leur pratique. Dans mon projet de recherche, la notion de geste professionnel développé dans les sciences de l'éduction par Anne Jorro (1994) et Nadine Faingold (2014), est convoquée. Elle permet d'identifier comment font certains médecins dans un type de situation, à quels types de savoirs ils recourent lorsque le savoir scientifique ne répond plus efficacement aux exigences de la situation et qu'est-ce qui caractérise la pratique de ces médecins dans ces moments-clés.

En quoi consiste la participation à ce projet ?

Ce projet de recherche repose sur la création d'une clinique narrative à distance (en utilisant Zoom ou Teams) organisée autour de trois phases et consiste à participer aux entretiens individuels différés de chacune des trois phases. La première phase, centrée sur la narration biographique, d'une durée d'une heure trente, vise la constitution de marqueurs temporels que nous appelons moments clés, et qui seront mis en forme à travers le passage du récit oral au récit écrit, après transcription en verbatim et validation par la personne participante. L'attention sera portée sur ces moments clés du récit de chaque personne participante au projet de recherche. Le récit de chaque participante lui sera soumis pour approbation sous la forme d'un texte structuré autour des moments clé évoqués par la participante lors de l'interview enregistré. La personne participante pourra alors réviser son récit et le modifier le cas échéant. L'analyse des récits commencera pendant le déroulement de cette première phase. La première phase se terminera par une rencontre de mise en commun d'une heure trente organisée et enregistrée afin de permettre aux participants de partager et d'échanger leur point de vue de l'expérience de la clinique et de permettre au chercheur de

réfléchir au processus de recueil des données et de voir si des ajustements pertinents pourraient être amenés dans l'analyse.

Les phases deux et trois de la clinique narrative seront centrées sur un entretien d'une heure trente divisé en deux temps, un premier temps de l'entretien sera concentré sur le retour à un moment clé et sur la description détaillée de l'action vécue lors de ce moment, puis un second temps de l'entretien sera consacré au décryptage du sens d'un geste professionnel décrit par la participante.

Les deux entretiens s'effectueront à distance (en utilisant Zoom ou Teams) directement dans votre milieu de travail ou dans un lieu que vous jugerez sécuritaire, sans passage, sans nuisances sonores. Il conviendra donc à la personne participante de choisir un lieu ayant une bonne connexion internet, bien éclairé et propice au partage et à l'écoute de soi. La troisième phase de la clinique narrative se termine sur la seconde rencontre de mise en commun d'une heure trente. Cette rencontre vise à opérer un retour sur l'ensemble de l'expérience de chaque participant. L'objectif de cette rencontre est de recueillir les impressions des candidats par rapport à la clinique dans son ensemble et de voir ce qui pourrait être amélioré, quels ajustements pourraient être faits qui donnerait plus de pertinence ou qui faciliterait la mise en place de la clinique.

Dans le cadre de ce projet, il est nécessaire que vous participiez aux deux phases d'entretiens à distance enregistrées de la clinique et que vous autorisiez le chercheur à observer ainsi qu'à enregistrer vos réflexions au cours des deux périodes de mises en commun de la clinique. Vous serez donc appelé à fournir au chercheur un calendrier des dates possibles pour la première phase d'entretien biographique, pour la première mise en commun puis pour la seconde phase d'entretien de la clinique et la mise en commun finale.

Le seul inconvénient lié à votre participation est le temps consacré à la recherche, soit environ six heures, incluant les communications (électroniques ou téléphoniques), les deux phases d'entretiens individuels et les deux séances de mise en commun. Aucun déplacement ne vous sera imposé. Vous n'aurez qu'à disposer d'une bonne connexion, d'un espace éclairé suffisamment spacieux afin de pouvoir faire des gestes ou vous levez pour montrer une action. S'il vous arrivait d'éprouver un malaise par rapport à des questions posées en entretien ou par rapport à votre participation aux séances de mise en commun, vous seriez libre de refuser de répondre à toute question qui puisse vous indisposer et à ne pas participer aux périodes de mise en commun.

Que fera le chercheur avec les données recueillies ?

Afin d'éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. La confidentialité sera assurée à l'aide d'un nom fictif qui substituera votre vrai nom dans les entretiens auxquels vous aurez participé. Les résultats de la recherche ne permettront pas

d'identifier les personnes participantes même s'ils seront diffusés, à moyen terme, dans une thèse doctorale et, à plus long terme, dans d'éventuels articles ou communications scientifiques s'adressant à des chercheurs ou étudiants en éducation, en pédagogie des sciences de la santé, de même qu'à des praticiens du milieu de l'enseignement de la médecine à l'université. Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau personnel du chercheur et les seules autres personnes qui pourraient y avoir accès sont le directeur de thèse et l'assistante de recherche chargée de la transcription des entretiens. Il est possible que les données anonymisées et traitées soient utilisées par des étudiantes et étudiants de maîtrise ou de doctorat qui réaliseraient une recherche sur une thématique étroitement liée au projet original. Les données brutes issues des entretiens et des observations seront détruites au plus tard à la fin de l'année 2024 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer ?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous restez entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Quels seraient les risques, inconvénients ou bénéfices ?

À part l'inconvénient mentionné jusqu'alors relatif au temps nécessaire au projet, le chercheur considère que les risques possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des pratiques des médecins de famille et l'émergence du sens qu'ils donnent à leurs gestes professionnels sont les bénéfices prévus. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée dans le cadre de ce projet de recherche.

Que faire en cas de question sur le projet ?

Si vous avez des questions à propos de ce projet de recherche et de votre implication, n'hésitez pas à me contacter aux coordonnées indiquées ci-après.

Yves Delair, 10 février 2021

Doctorant à la faculté des sciences de l'éducation

Chercheur responsable du projet de recherche

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet intitulé *Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.* J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

- J'accepte de participer aux trois phases d'entretiens de la clinique narrative, comprenant un entretien biographique et un entretien couplé d'explicitation et de décryptage du sens et deux séances de mises en commun, dont le contenu sera retranscrit pour que le chercheur puisse en faire une analyse complète.

- Je consens à ce que mes données de recherche anonymisées soient utilisées ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche.

- Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée sur support audio et vidéo afin d'en faciliter l'analyse

---

Participante ou participant :

Signature :

_____

Nom en lettre moulées :

_____

Date :

_____

S.V.P., signez les deux copies.

Conserver une copie et remettez l'autre au chercheur au moment de la première rencontre d'entretien individuel.

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR ÉTUDIANT

- J'ai expliqué au participant les conditions de sa participation au projet de recherche.
- J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.
- Je certifie que je remettrai au participant une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature (du chercheur étudiant) :

Date : le 06 juillet 2021

Nom : _____Delair Prénom : Yves

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie (CEREP-20-136-D), de l'Université de Montréal. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités du chercheur concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie par courriel à l'adresse cerep@umontreal.ca ou par téléphone ou encore consulter le site Web http://recherche.umontreal.ca/participants.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal ou en communiquant par courriel **(l'ombudsman accepte les appels à frais virés).**

Remettre une copie signée au participant.

ANNEXE 4 - GUIDE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE

Mise en contexte de la première rencontre avec la médecin participante : après la signature du formulaire de consentement pour l'enregistrement des échanges verbaux lors de l'entretien biographique le chercheur présente les étapes du projet à la médecin participante.

- **Chercheur** : Yves Delair, étudiant au doctorat à l'Université de Montréal.
- **Titre du projet de recherche** : Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.
- **Résumé du projet de recherche** : le principal objectif de ce projet de recherche est de décrire et comprendre la construction des savoirs pratiques du médecin lorsqu'il adopte un geste professionnel. Nous souhaitons également (1) identifier les moments clé du vécu du médecin sur le plan de sa pratique, (2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales du médecin et enfin (3) décrire le sens que le médecin donne à un geste professionnel**.**
- **Objectif de l'entretien biographique** : inviter le médecin à se raconter pour mieux connaître le parcours qui l'a mené à la médecine de famille en commençant par les expériences vécues tout au long de la vie.
- **Deux objectifs de l'entretien biographique** :
    1) Mettre en mots les marqueurs temporels – les moments clé – jalonnant le parcours du médecin;
    2) Constituer un bassin de repères temporels « signifiants » pour le médecin;

- **Les rôles de l'interviewer et de l'interviewé sont décrits ainsi au médecin interviewé :**

    - **Le chercheur intervieweur** : mon rôle est de poser des questions pour t'amener à évoquer ton vécu de la pratique de la médecine de famille, de t'écouter et de relancer ton attention sur les moments-clés de ta vie. Si des questions peuvent paraître directives ou insistantes, elles visent à t'aider à situer précisément un moment de ton expérience, elles t'aideront par la suite à décrire les actions, les opérations matérielles et mentales que tu réalises à certains moments de ta pratique professionnelle.

    - **La médecin interviewée** : ton rôle est de tourner ton attention tour à tour vers un moment vécu que tu désires donner en garde à ta mémoire pour la suite qui consistera à l'explorer dans une autre phase de la clinique narrative.

- **Le déroulement de la rencontre est présenté ainsi :**
    - Enregistrement de l'entretien biographique, ensuite transcription du verbatim. Par souci de confidentialité et pour préserver l'anonymat, un pseudonyme te sera attribué.
    - Durée de l'entretien biographique : entre 1 h et 1 h 30.
    - Thèmes sur lesquels portera l'entretien biographique :

    1. Des informations biographiques et ton parcours en médecine;
    2. Ton rapport à la médecine de famille comme vocation et comme profession.

- Avant de commencer je te propose deux choses :

    1) Si tu le souhaites : de prendre un temps pour te poser, ici et maintenant, de prendre quelques respirations, de te laisser prendre la position dont tu as l'habitude lorsque tu te détends et de me faire signe lorsque tu seras prête.

    2) À tout moment de l'entretien, tu peux me faire part de ce qui se passe en toi, dans ta tête ou dans ton corps et, si tu en éprouves le besoin, proposer des ajustements à l'entretien.

Thèmes de l'entretien biographique	**Notes**
Thème 1 : informations biographiques	
Histoire de vie : enfance, formation scolaire, extrascolaire et autre, expériences de vie, faits marquants, évènements importants.	**Obtention du consentement oral :** *Je te propose si tu es d'accord de prendre le temps de revenir sur ton parcours*
Thème 2 : rapport à la médecine comme vocation et comme profession	
Rapport à la médecine de famille comme pratique (en tant que médecin quel rapport entretiens-tu avec la médecine de famille ?	**Renouvellement du consentement oral :** *Maintenant si tu es d'accord, je te propose de me parler de ton rapport à la médecine*

Quels sont les moments marquants de ton rapport à la médecine ?	**Renouvellement du consentement oral :** *Je te propose, si tu es d'accord, de me parler des moments qui ont été significatifs dans ton parcours de médecin…*

ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTRETIEN D'EXPLICITATION ET DE DÉCRYPTAGE DU SENS

Mise en contexte de la deuxième rencontre avec la médecin participante : après la signature du formulaire de consentement pour l'enregistrement des échanges verbaux lors de l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens le chercheur présente les étapes du projet à la médecin participante.

- **Chercheur** : Yves Delair, étudiant au doctorat à l'Université de Montréal.
- **Titre du projet de recherche** : Les gestes professionnels dans un groupe de médecins de famille au Québec : comprendre la construction des savoirs pratiques.
- **Résumé du projet de recherche** : le principal objectif de ce projet de recherche est de décrire et comprendre la construction des savoirs pratiques du médecin lorsqu'il adopte un geste professionnel. Nous souhaitons également (1) identifier les moments clé du vécu du médecin sur le plan de sa pratique, (2) décrire les actions, les opérations matérielles et mentales du médecin et enfin (3) décrire le sens que le médecin donne à un geste professionnel**.**
- **Objectif de l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens** : inviter le médecin à revenir sur un moment clé de sa pratique afin de décrire les actions et les opérations matérielles et mentales associées à ce moment puis dans une deuxième temps, décrire le sens que le médecin donne à un geste professionnel.
- **Deux objectifs de l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens** :
    3) Mieux comprendre ce que font les médecins à des moments clés et comment ils apprennent de leur pratique;
    4) À la suite du décryptage, décrire le sens que peut prendre un geste professionnel pour un médecin pour mieux comprendre comment il se construit comme médecin.

- **Les rôles de l'intervieweur et de l'interviewé sont décrits ainsi au médecin interviewé :**

    - **Le chercheur intervieweur** : mon rôle est de poser des questions pour t'amener à évoquer ton vécu professionnel de la médecine de famille, de t'écouter et de relancer ton attention sur les moments-clés de ta pratique. Si des questions peuvent paraître directives ou insistantes, elles visent à t'aider à situer précisément un moment de ton expérience, elles t'aideront par la suite à décrire les actions, les opérations matérielles et mentales que tu réalises à certains moments de ta pratique professionnelle. Puis, lors de la partie de décryptage, mon rôle est de prendre le temps de laisser émerger un geste, puis de t'aider à décrire ce geste avec des mots mais aussi avec une reprise physique du geste afin de lui donner corps.

    - **La médecin interviewée** : ton rôle est de tourner ton attention vers un moment de ta pratique vécu sur lequel tu désires t'exprimer et t'informer pour prendre conscience de la façon particulière dont tu t'y prends pour te saisir dans ta pratique de la médecine.

- **Le déroulement de la rencontre est présenté ainsi :**
  - Enregistrement de l'entretien d'explicitation et de décryptage, ensuite transcription du verbatim. Par souci de confidentialité et pour préserver l'anonymat, tu garderas le pseudonyme qui t'a été attribué lors du premier entretien.
  - Durée de l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens : entre 1 h et 1 h 30.
  - Positionnement de l'écran, caméra, éclairage.
  - Thèmes sur lesquels portera l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens :
  3. Rapport aux savoirs pratiques
  4. Amorcer l'entretien ; Initialiser le moment significatif sur le plan de la pratique de la médecine.
  5. Approfondissement du moment initialisé : description aussi fine que possible de l'action.
  6. Intensification de l'accompagnement : aide à la densification du vécu, « arrêt sur image », aide à l'émergence du geste, reprise et maintien du geste, travail de mise en résonance et d'ajustement entre le geste et les mots qui le décrivent.

- Avant de commencer je te propose deux choses :

  3) Si tu le souhaites : de prendre un temps pour te poser, ici et maintenant, de prendre quelques respirations, de te laisser prendre la position dont tu as l'habitude lorsque tu te détends et de me faire signe lorsque tu seras prête.

  4) À tout moment de l'entretien, tu peux me faire part de ce qui se passe en toi, dans ta tête ou dans ton corps et, si tu en éprouves le besoin, proposer des ajustements à l'entretien.

Thèmes de l'entretien d'explicitation et de décryptage du sens	**Notes**
Rapport aux savoirs pratiques	
Quel est ton rapport aux savoirs pratiques prescrit par le Collège des médecins ?	
Choix d'un moment significatif sur le plan de la pratique de la médecine	
Dans le récit de vie proposé dans la première phase de la clinique tu racontes plusieurs moments de ta pratique professionnelle qui ont beaucoup compté dans ton parcours à la fois comme personne et comme médecin de	Le médecin revient sur le récit établit lors de la première phase de la clinique

famille. Quels sont les moments qui t'ont le plus compté sur le plan de ta pratique de la médecine ?	
Quels sont les moments marquants de ton rapport à la médecine ?	
Amorce de l'entretien d'explicitation portant sur la pratique professionnelle	
Mise en place du contrat de communication : J'ai besoin de toi pour mieux comprendre comment tu t'y prends pour faire du vécu de ta pratique une source de développement professionnel. Es-tu d'accord pour me parler de la manière dont tu procèdes ? Mise en évocation afin d'aider la personne participante à se remémorer ce qu'elle a vécu, au moment où elle l'a vécu. L'entretien d'explicitation doit porter sur le déroulement d'une action professionnelle qui s'inscrit dans la pratique de la médecine : 1. Sur les prises d'informations 2. Sur les prises de décision En tant qu'intervieweur, mon rôle consiste à aider la personne participante à entrer en <u>*évocation de son vécu*</u> et non à parler sur son vécu passé et ceci étant fait, j'essaie de maintenir la personne participante dans l'état d'évocation pour qu'elle focalise son attention sur le moment unique.	**Obtention du consentement oral :** *Je te propose* ***<u>si tu es d'accord</u>*** *de prendre le temps de laisser revenir un moment de ta pratique professionnelle significatif qui a été finalement positif pour toi…*

Passage de l'explicitation au décryptage du sens	
Questionnement sur l'étendue du vécu et sur les couches du vécu (corporelles, émotionnelles). Reformulation du moment avec reprise des mots de la personne participante Intensification de l'accompagnement et aide à la densification du vécu de la personne interviewée.	*Et quand…est-ce qu'il y a autre chose en même temps?* *Donc, si je reprends…ce moment commence quand…puis continue lorsque tu…* *Dans le moment que tu viens d'explorer, quel est l'instant le plus important?*
Amorce de l'entretien de décryptage du sens	
Installation dans le contexte, reprise de l'engagement dans l'action et **« arrêt sur image »,** puis maintien en prise par reprise des mors et reprise des gestes. J'observe le geste qui émerge… Dans mon rôle d'intervieweur, je veille à maintenir la personne interrogée en évocation en la maintenant en prise avec le contexte et en reformulant son engagement dans l'action. Mon objectif d'accompagnateur est d'aider la	*Et quand tu es là et que tu…* *Reste là* *Qu'est-ce qui est important pour toi ?* *Qu'est-ce qu'il y a là ?* *Reste avec ça* *Quels sont les mots qui viennent si tu restes bien en contact avec ça ?*

personne interviewée à adopter la position de parole incarnée, c'est-à-dire une parole qui comprend posture et geste. Laisser le travail de résonance et d'ajustement des mots au geste.	
Clore l'entretien de décryptage du sens	
S'assurer que la personne interviewée puisse s'exprimer et verbaliser : Y-a-t-il autre chose que tu aimerais ajouter ? Commentaire de la personne interviewée : Que retiens-tu de l'entretien ? As-tu appris quelque chose ?	**Renouvellement du consentement oral :** *Maintenant **si tu es d'accord**, je te propose de clore notre rencontre…*

ANNEXE 6 – RÉCIT BIOGRAPHIQUE DE MAI

1 - L'entrée dans la médecine : hésitation et groupe d'intérêt

Je suis issue du Cégep, parcours classique très orienté sciences santé. Parcours très axé sur la performance pour rentrer en médecine. J'ai rejoint la médecine parce que je me disais qu'il y avait du pouvoir dans la médecine, dans la pratique. De plus, je voulais apprendre les histoires des gens. Lorsque, je suis entrée en *prémed* à l'Université de XX j'ai eu un gros choc avec les sciences fondamentales, qui me paraissaient sèches. J'ai vraiment eu de la misère à me motiver et à faire du sens de tout cela. Malgré mes bonnes notes j'éprouvais des difficultés à m'intéresser à cette matière que je trouvais très aride et je me suis finalement impliqué dans le groupe d'intérêt en médecine de famille. Après un an d'activités passionnantes, j'ai pris la présidence de ce groupe, et là, j'étais en position de leadership avec le but de promouvoir la médecine de famille. J'ai eu une hésitation avec la psychiatrie que j'ai beaucoup aimé, mais il y avait quelque chose qui me ne plaisait pas. Je trouvais que c'était très médicale, très lourd. J'aimais beaucoup ce que j'appelais la « *soft psychiatrie »*, c'est-à-dire monsieur et madame tout le monde qui traverse une phase difficile dans sa vie et que tu vas aider. Finalement, je suis rentrée dans la famille à ce moment-là et je suis rentrée aussi rapidement par la porte arrière c'est-à-dire par tous les enjeux des médecins de famille, ce qui se passe dans les coulisses. Je suis entrée par cette implication, parce que je rencontrais des médecins, que l'on organisait des évènements. Mon élan vers la médecine de famille ça a été par le rôle. Pas tant par la connaissance médicale mais plutôt par le rôle et le personnage.

2 - L'externat : le rapport au savoir

Au niveau académique, je n'étais pas motivé à étudier, c'était plutôt d'apprendre à être efficace dans l'apprentissage, c'est-à-dire d'apprendre ce que l'on va demander à l'examen ou d'apprendre ce qui va servir dans la vie future. J'avais une sorte de talent pour comprendre le genre de questions que tu peux avoir à l'examen et puis je me débrouillais et j'avais de bonnes notes. J'étais un peu en rébellion. Je trouvais que les études manquaient de trois dimensions : elles manquaient de saveur, de pratique et de sens. J'ai réalisé cela dans ma vie ; que j'avais besoin pour apprendre de faire l'expérience du savoir, de le vivre. D'ailleurs, une des raisons pour lesquelles j'aime tellement le partenariat-patient c'est d'apprendre par l'expérience du patient. Pour moi, c'est comme si –

après – la maladie ou la théorie prend forme, elle devient quelque chose, sinon ce n'est rien pour moi, c'est comme du papier, on dirait que cela ne s'incarne pas tant que je ne l'ai pas éprouvé, ressenti, vécu en trois dimensions avec mes sens.

Alors j'ai été un peu fâché au début avec ma faculté parce qu'on nous avait appris plein de choses et puis là, je trouvais que ce n'était vraiment pas utile arrivé dans la vraie vie, dans les savoirs pratiques et pourtant, c'est ce que je trouvais le plus stressant, parce que ton but, c'est de plaire un peu à ton patron. Je suis allée à Mont-Chêne et là ça a été vraiment un coup de cœur avec les gens que j'ai rencontrés, surtout un médecin en particulier. Il y a peut-être deux rencontres qui m'ont marqué. D'abord, le médecin chef, un vieux médecin qui m'a amené avec lui et que je suivais. Je devais aller rencontrer les patients chez eux et il avait vraiment une vision de la médecine qui me plaisait énormément : connaître les gens et puis les ancrer dans la communauté, c'est lui qui faisait…avant d'aller voir le patient, il disait : « bon là on va voir madame x » et puis là il me racontait son histoire… « c'est la cousine de l'autre et puis là tu vas voir » et donc cela m'a énormément plu. La deuxième rencontre significative, c'était avec le recruteur de la région, celui qui cherche à te faire rester. J'ai beaucoup appris de lui et j'ai compris la vision communautaire du village, c'est-à-dire : en quoi le médecin s'inscrit dans cette espèce d'organisation du fonctionnement du village, de la communauté et donc ça a été marquant. J'ai fait mon stage d'été et je suis retournée un deuxième été et finalement j'ai décidé de faire ma résidence là-bas.

L'externat m'a confirmé mon rôle de médecin de famille et j'ai vécu quand même beaucoup d'épisodes où j'ai été frappée par un manque de globalité, un manque d'humanité. Finalement, mon externat se finit, ça se passe bien, j'apprends toutes sortes de choses et puis finalement je décide d'appliquer en médecine de famille, là il n'y a pas de question qui se pose. Et je décide d'appliquer à Mont-Laurier. Je pars deux ans en région. J'ai appris, à Mont-Laurier, le pouvoir du médecin de famille dans le suivi, c'est-à-dire : tu as un pouvoir dans le fait de suivre les patients et c'est un outil formidable « on va attendre un petit peu, on va se revoir la prochaine fois et puis on va en reparler » et puis là, quand tu lui reparles, ça peut être disparu, peut-être ça a empiré, il y a quelque chose qui se passe juste par le suivi ou la connaissance. « Vous savez, je vous connais… » toute cette puissance de la relation, je l'ai vraiment appris, en tout cas j'ai commencé à l'apprendre pendant ma résidence, intuitivement et puis cela s'est appris plus cérébralement pendant mon R3.

Je me suis toujours sentie médecin de famille, mais en même temps, moi, j'ai toujours eu un gros enjeu en fait j'ai vraiment une espèce d'ambiguïté par rapport à la médecine. On dirait que par rapport à la médecine, j'ai une grosse ambiguïté, par rapport à la médecine de famille, j'en ai moins, c'est drôle ! J'ai toujours été un peu en rejet de quelque chose dans la médecine et c'est drôle parce que, finalement, c'est ça qui m'a amené au R3 et à faire de la recherche. Au pré clinique, j'ai été comme laissé sur un sol aride, cela ne faisait pas de sens, je me disais que quand je tomberais à l'externat, je verrai les vrais patients, cela se réparerait parce que là c'était juste théorique mais, quand je suis arrivée à l'externat, c'est resté là, ce sentiment d'inadéquation, de déconnexion. Quelque chose manquait. Alors je me disais, ce n'est pas grave, c'est parce que je ne suis pas en médecine de famille, quand je vais arriver en médecine de famille ça va venir. Quand je suis arrivée en médecine de famille, ça s'est quand même un peu apaisée mais il y a vraiment quelque chose qui est resté et qui m'a amené au R3 finalement.

3 - Le prix à payer de la médecine

C'est comme si au travers de mon parcours, il y avait quelque chose qui me manquait. Je ne sentais pas nourri. Je ne me sentais pas à ma place. Et pourtant, j'ai beaucoup défendu la médecine, c'est un peu paradoxal. J'ai souvent pensé à quitter la médecine sans que cela ne se développe de façon concrète. J'ai longtemps eu une espère de mal-être, un sentiment – c'est ça – de manque, vraiment qui manque quelque chose et que cette science biomédicale ne me nourrit pas assez pour compenser. Si j'avais cette autre chose, que je cherche, cela me permettrait d'accepter qu'il y ait cette lourdeur de responsabilité, le prix à payer, si tu veux de la médecine. Ce qui me nourrit, c'est l'humain et je trouve qu'on ne me nourrissait pas assez d'humain, on était pris par toutes sortes de connaissances des maladies d'abord. Toutefois, ce qui s'est développé chez-moi, c'est l'autonomie, l'autonomie professionnelle. C'est-à-dire qu'à Mont-Chêne on nous laissait quand même voir nos patients et on avait notre *Case Load* de prise en charge, on était plus autonome dans le suivi même si on était supervisé évidemment. Mais quand même, c'est toi qui appelles le spécialiste s'il y a une question et tu sens aussi pour la première fois la limite de tes patrons. Tu vas être confronté à des trucs qu'ils ne savent pas plus que toi ou que même, tu sais plus qu'eux. Donc, ça a vraiment permis de développer l'autonomie, la réflexion, puis j'ai commencé à développer un peu mon style propre de pratique.

4 - Défier les « guidelines »

J'ai appris beaucoup par l'humain, j'apprenais par mes cas, j'avais un patient qui avait un problème et puis là ça me motivait à faire quelque chose donc j'apprenais par l'action, par l'expérience. Tu as des connaissances théoriques, mais pour moi elles s'incarnaient ou elles s'ancraient vraiment quand je devais les mettre en action parce que j'y étais confrontée. Également, j'aimais beaucoup quand les *guidelines* ne me disaient pas quoi faire, quand on arrivait à la limite des guidelines, alors là, j'aimais et j'aime encore beaucoup ça. Parce qu'il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de réponse écrite sur ce que tu dois faire et c'est là où c'est devenu un art. À la résidence, j'ai développé ce côté-là et les gens venaient me parler quand il y avait des cas complexes. Je suis contente d'être allée en région parce qu'on est moins desservi par les spécialistes et les gens se considèrent moins comme des experts, tout le monde se considère. On n'a pas grand-chose et on fait avec ce qu'on a. On apprenait beaucoup par nous-même, parce qu'on n'avait pas de spécialistes, donc les cours, c'étaient les résidents, on se les donnait nous-même. Celui qui était responsable de la journée et bien il allait lire là-dessus et là il partage avec les collègues et puis là on parlait et puis c'était correcte comme ça. Versus à Montréal, les cours sont donnés par le patron de la clinique qui s'est préparé et quand même, il y avait un rapport plus : « je vous dis là ce qui est la bonne chose à faire ! ».

Puis, j'ai fait un R3 dans un autre milieu. J'ai atterri en plein centre urbain. Il y a un choc culturel, mais c'est cet apprentissage-là de considérer l'essentiel, de voir que tu peux de te distancer d'un guide de pratique, tu as le droit de composer, tu as le droit de ne pas être l'hyper spécialiste qui fait la chose et puis c'est correct. Cela m'a beaucoup aidé pour ma vie future.

De 2014 à 2016. Ce que j'ai poussé comme apprentissage, c'est que tu deviens un peu comme un expert de la vie de résident, c'est-à-dire que c'était deux ans, bon, mais je me suis joins à des comités. J'étais au comité d'évaluation qui est responsable de décider si un résident qui est en difficulté va passer son stage ou pas. Ça fait un peu le parallèle avec le GMF (groupe de médecine de famille), c'est un peu le même apprentissage. Tu apprends dans les coulisses. C'est quelque chose qui va me rester, j'aime revenir toujours à ça, d'avoir à apprendre en étant dans un système.

J'aime aller de l'autre bord, voir comment ça se réfléchi, comment les décisions se prennent. J'ai beaucoup travaillé ce côté et puis je suis devenue responsable, résidente coordonnatrice. Tu comprends à un moment donné qu'il y a toujours des idéologies derrières qui sous-tendent et puis des choix qui sont faits et ça a toujours été important pour moi dans mon parcours de comprendre les choix qui étaient fait, on dirait que cela me donne plus de liberté après. Comme à Mont-Chêne avec les guides de pratiques, c'est quand tu comprends commet sont faits les guides de pratiques qu'après cela tu as plus de liberté pour les suivre ou pas. C'est la même chose avec les règlements.

5 - La croisée des chemins

Tout le monde est en train de se chercher un peu. Moi, j'ai visité quelques cliniques, mais je ne pouvais pas concevoir que j'allais commencer la pratique, j'étouffais, je sentais que c'était impossible. En plus, en médecine de famille l'affaire, c'est que quand tu commences – moi c'est le bureau que je voulais faire – quand tu commences du bureau, cela t'enracine, tu dois prendre tes patients, tu les suis. Bon, tu peux quitter si tu veux, mais c'est très difficile. Donc, l'endroit que tu choisis, il faut que tu y penses bien et puis on dirait que je trouvais que c'était trop rapide. J'ai souvent ressenti dans mon parcours, tu sais ça va trop vite, on n'a comme pas le temps.

Je me sentais vraiment submergé et là, quelqu'un m'a parlé d'un programme à l'université : le clinicien érudit. Tout ce que je comprenais de ce programme, c'est que c'était de la recherche et puis moi tout ce que je connaissais de la recherche, c'était de la recherche quantitative. Alors, je vais lire sur le programme et là ça parlait de recherche, oui, mais si tu es intéressée par la pédagogie médicale. Puis, un ami m'a parlé de la recherche qualitative, une autre façon de faire de la recherche et cela a été une des meilleures décisions de ma vie : de faire ma maîtrise en pédagogie médicale finalement. Et, la découverte de la recherche qualitative, des *Humanities*, des sciences sociales, pour la première fois, là je sentais que cela répondait à la soif que j'éprouvais depuis le début. Cela apaisait quelque chose. Là, cela faisait sens et puis on dirait que cela me permettait de réfléchir mes cas. Alors, il y a eu la maitrise c'est sûr, et puis il y a l'équipe, le R3.

6 - Déconstruire le savoir pour mieux le reconstruire

Donc, j'ai continué ma résidence dans une autre équipe urbaine, qui est la clinique Sainte-Marie où il y avait Patrick, où il y avait une psychologue aussi et où, c'est fou, parce que quand je suis arrivée là, moi, j'étais un peu la star de Mont-Chêne Et puis, dans l'autre hôpital en milieu urbain c'était vraiment comme : « Tu veux te joindre à nous ? Ok, et bien tu nous montreras ce que tu as a amené », c'était vraiment quelque chose auquel je n'étais pas habituée.

On était dans l'excellence et il fallait connaitre les guides de pratiques et puis là, j'arrive à XXX tu as une psychologue qui est là, qui amène toute l'expertise de la psychologie. Tu sais, il y a un savoir en psychologie, moi, comme je te dis, j'étais très instinctive mais il n'y avait personne pour me challenger, j'étais là, au sommet, parce que juste par intérêt ou par talent, je ne sais pas trop. Mais, j'arrive là et il y a toute l'expertise…en tout cas bref, pour moi, cela a été une déconstruction totale de tous mes savoirs. De plus, la recherche qualitative allait à l'encontre de tout ce que j'avais appris de la science positiviste. En plus, on me dit que je ne connais rien en santé mentale, dans le fond, on ne me l'a pas dit comme cela, mais c'est ce que je comprends et là l'excellence.

Bref, gros coup à l'ego, mais en même temps, plaisir formidable, comme je découvrais vraiment un monde cela faisait sens, j'avais l'impression d'être vraiment à la bonne place pour comprendre ce qui se passe en médecine de famille, parce que comme je dis, il y a tellement de chose qui se passent dans la rencontre avec les patients : le transfert, les enjeux, la tension, les relations et on ne m'avait pas appris à le réfléchir, je le voyais, je le sentais instinctivement, je m'y intéressais, toute seule.

Mais, là, j'apprenais qu'il y avait un savoir qu'on pouvait mettre là-dessus et que l'on pouvait réfléchir cela et que le médecin de famille à travers la puissance de la continuité, à travers la puissance de la connaissance de l'autre et puis de la relation comme outil et par la puissance de son rôle perçu, c'est-à-dire que l'on n'est pas le grand spécialiste – je ne sais pas comment dire – c'est comme si on me montrait une nouvelle couleur. Donc, encore une fois, la R3 a comme consolidé, ça m'a permis de réfléchir – à un niveau plus méta – ce qui est en train de se passer, de se regarder faire avec les patients.

7 - Au-delà des normes vers une quête identitaire

Cela a été aussi un moment de tensions identitaires très fortes chez moi. En termes d'insécurité, parce que là il y avait aussi quelque chose que je fuyais dans cette science positiviste, ce savoir médical et puis quand tu fuis à un moment donné cela t'insécurise, tu te sens imposteur et puis tu sens que ce n'est pas la norme. Ce R3 était quand même une façon de se dire : il y avait peut-être moyen de le vivre, sans être imposteur. Parce que j'ai eu une équipe autour de moi qui a légitimé ça, qui lui a donné la place, qui l'a mis en lumière. C'est-à-dire que ce n'est pas un bonus, ce n'est pas quelque chose en surplus du travail médical, c'est dans le travail du médecin, cela fait partie du travail. Cela est venu vraiment consolider et c'est ce qui – de tous mes apprentissages de R3 – a été vraiment une construction magnifique pour moi. Ce sont les apprentissages les plus précieux de mon travail. C'est-à-dire que ce que j'apprends là, c'est vraiment l'expertise du médecin de famille et puis je trouve qu'elle n'est pas encore assez comprise et c'est tellement malheureux parce que quand j'essaie d'apprendre au résident par exemple la relation : comment se servir de la relation avec le patient. Je trouve que dans ma bouche ou dans leurs yeux, je ne sais pas pourquoi, mais j'ai toujours l'impression que cela sonne comme si je manipulais le patient. Par exemple, si j'observe une relation entre le résident et puis la patiente. Le résident écoutait la patiente mais elle ne s'est pas sentie écouté et moi je lui donne des trucs pour lui dire comment elle pourrait se sentir plus écouté et si elle se sent plus écouté cela va changer la relation, mais ça peut avoir l'air d'un truc de magie, d'un faux truc. Mais, l'important c'est que tu l'écoutes, mais non ce n'est pas juste ça. C'est là où j'essaie de leur expliquer comment tu es comme médecin un médicament ! Comment tu es thérapeutique toi-même, par ta personne, pas juste par tes actions, tes médicaments, etc. Mais c'est très difficile à expliquer parce que pour eux, ce n'est que le savoir médical qui compte.

8 - Mais où est passée la vraie médecine ?

Un peu paradoxalement, l'espèce de doute du médecin de famille, de ce qu'il est, je me suis beaucoup questionné à savoir est-ce que je ne veux pas être psychologue dans le fond et puis je suis en train de me servir de la médecine comme d'un prétexte ? Ou est-ce que cela fait vraiment partie de moi.

Quand je fais le soin à domicile, je vois les gens et puis il y a beaucoup de chose que je vais faire, je peux arranger un petit truc pendant que je passe et puis je l'écoute et je lui donne la main et puis…et j'avais une discussion avec Patrick justement et puis je lui disais que j'aimais à un moment

donné, quand je ne faisais pas de la médecine, c'est ça que j'aime, dans ces moments on dirait que je retiens les moments où j'ai fait un geste, j'ai dit un mot.

Plus tard, Patrick me dit qu'il a fait du soutien à domicile et qu'il a tellement aimé. Il me dit qu'il n'y avait plus de guide de pratiques et tout ça et puis pour lui, c'était ça la vraie médecine. Pour moi, quand je racontais l'histoire, c'est quand je ne fais pas de la médecine que j'aimais ça, on peut faire la même affaire, on parlait de la même chose. Mais, pour lui, il disait que c'était ça la vrai médecine…mais où est-ce qu'elle est la vraie médecine ? Je ne sais pas trop !

ANNEXE 7 – EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE EN MODE ÉCRITURE À PARTIR DU RÉCIT DE MAI

PHASE 1 DE LA CLINIQUE NARRATIVE Entretien biographique : Identification des moments clés Adopter une posture d'écoute non directive qui vise à identifier les moments significatifs des médecins de famille de l'enquête			
0	**Éléments du récit décomposés en unités de sens**	**Description, constat, mise en avant, articulation…**	**Notes analytiques**
1.1	Je suis issue du Cégep, parcours classique très orienté sciences santé. Parcours très axé **sur la performance** pour rentrer en médecine. J'ai rejoint la médecine parce que je me disais **qu'il y avait du pouvoir dans la médecine**, dans la pratique. De plus, je voulais apprendre les histoires des gens.	Mai mentionne que son parcours scolaire vers la médecine est axé sur plusieurs choses : 1- la performance 2- le pouvoir de la pratique de la médecine 3- la volonté d'apprendre l'histoire des gens.	**<u>Parcours dans la médecine</u>** **<u>Qu'est-ce qui caractérise le parcours de Mai ?</u>** Mai entame un parcours typiquement contemporain dans la médecine, dans la mesure où elle passe par le Cégep avec la même nécessité de performer. Rappelons que seuls les étudiants avec les meilleures notes et les meilleures cote R peuvent prétendre s'orienter vers les programmes contingentés dont médecine fait partie. Toutefois, si les résultats permettent à Mai de s'orienter vers la médecine, ce choix est aussi guidé par deux autres facteurs : 1- le pouvoir de la pratique de la médecine; 2- la volonté d'apprendre l'histoire des gens. Avec ces mots à elle, Mai exprime déjà combien les dimensions humaines se trouvent au centre de sa motivation. Pour Mai, la médecine n'est pas seulement une science, c'est une pratique dans

			laquelle elle va trouver un certain pouvoir, au sens du pouvoir d'agir du praticien. De plus, sa volonté d'apprendre l'histoire des gens, témoigne déjà assez clairement que l'aspect humain est présent dès le début de son parcours dans la médecine.
1.2	Lorsque, je suis entrée en *prémed* à l'université, j'ai eu un gros choc avec les sciences fondamentales, qui me paraissaient sèches. J'ai vraiment eu de la misère à me motiver et à faire du sens de tout cela. Malgré mes bonnes notes j'éprouvais des difficultés à m'intéresser à cette matière que je trouvais très aride.	Mai mentionne avoir eu un gros choc en entrant à l'université avec les sciences fondamentales qui lui paraissaient sèches, aride. Elle a de la difficulté à se motiver et à faire du sens à partir des connaissances des sciences fondamentales	**Rapport au savoir** **Quel rapport Mai entretient-elle avec les sciences fondamentales ?** On retrouve chez Mai, l'utilisation d'un vocabulaire métaphorique pour faire référence à l'évolution de son rapport au savoir. Lorsqu'elle aborde la question de son rapport au savoir pendant la période d'études universitaires, elle précise que le savoir est celui produit par les sciences fondamentales. Mai exprime son état de choc avec ces sciences qui lui paraissaient sèches. Elle exprime toute sa difficulté à se motiver et à faire du sens. Les bonnes notes ne suffisent pas à la garder intéressée et elle trouve les matières arides, cherchant à exprimer le sentiment de ne pas être alimentée ou à exprimer l'état d'être assoiffé. Les idées d'aridité, de sécheresse. On retrouve aussi une certaine idée de l'apprentissage chez les adultes, déjà exprimer chez Mezirow, lorsqu'il mentionne que pour apprendre un adulte a besoin de pouvoir donner du sens à ses apprentissages et le sens, on le sait, n'est pas dans les livres, mais dans les expériences au sens du vécu des personnes.
1.3	Je me suis finalement impliqué dans le groupe d'intérêt en médecine de famille. Après un an d'activités passionnantes, j'ai pris la présidence de ce groupe, et là, j'étais en position de leadership avec le but de promouvoir la médecine de famille.	Mai trouve de la motivation dans un groupe d'intérêt en médecine de famille, une activité extrascolaire	**Parcours dans la médecine** Durant son parcours universitaire, c'est en s'engageant dans un groupe d'intérêt en médecine de famille que Mai parvient à maintenir sa motivation. Elle peut aussi percevoir les enjeux de la médecine à travers son implication dans des

			activités non formelles (évènements) plutôt que par les connaissances.
1.4	J'ai eu une hésitation avec la psychiatrie que j'ai beaucoup aimé, mais il y avait quelque chose qui me ne plaisait pas. Je trouvais que c'était très médicale, très lourd. J'aimais beaucoup ce que j'appelais la « *soft psychiatrie* », c'est-à-dire monsieur et madame tout le monde qui traverse une phase difficile dans sa vie et que tu vas aider. Finalement, je suis rentrée dans la famille à ce moment-là et je suis rentrée aussi rapidement par la porte arrière c'est-à-dire par tous les enjeux des médecins de famille, ce qui se passe dans les coulisses. Je suis entrée par cette implication, parce que je rencontrais des médecins, que l'on organisait des évènements. Mon élan vers la médecine de famille ça a été par le rôle. Pas tant par la connaissance médicale mais plutôt par le rôle et le personnage.	Mai a une hésitation quant à son orientation vers la médecine de famille. Elle envisage la psychiatrie, mais elle ne retrouve pas complètement dans la psychiatrie cette propension à aider monsieur et madame tout le monde dans les phases difficiles de la vie. Mai entre dans la médecine par la petite porte, c'est-à-dire qu'elle privilégie la dimension informelle pour assurer son cheminement.	**Parcours dans la médecine** Mai souligne qu'elle a une hésitation entre la médecine de famille et la psychiatrie, mais que cette dernière reste très médicale, elle la trouve également un peu lourde, préférant ce qu'elle nomme la « soft psychiatrie, c'est-à-dire la propension à aider monsieur et madame tout le monde dans les phases difficiles de la vie. Mai entre dans la médecine par la petite porte, c'est-à-dire qu'elle privilégie la dimension informelle pour assurer son cheminement. Elle ne cherche pas à devenir médecin en accumulant des connaissances. Elle cherche plus à devenir médecin en jouant les rôles du médecin, en s'identifiant à des figures emblématiques significatives (mentors, pairs, référents, etc.) lui permettant ainsi de se créer un regain d'intérêt pour la médecine.
2.1	Au niveau académique, je n'étais pas motivé à étudier, c'était plutôt d'apprendre à être efficace dans l'apprentissage c'est-à-dire d'apprendre ce que l'on va demander à l'examen ou d'apprendre ce qui va servir dans la vie future. J'avais une sorte de talent pour comprendre le genre de questions que tu peux avoir à l'examen et puis je me débrouillais et j'avais de bonnes notes.	Mai n'est pas motivé à étudier. Ce qui l'intéresse c'est d'apprendre à être efficace dans ses apprentissages.	**Rapport au savoir** Sur le plan académique de sa formation scolaire, Mai est une étudiante centrée sur l'apprentissage qui développe des stratégies en vue de performer aux examens. Elle n'est pas tant motivée à étudier les matières qui restent très abstraites et sans saveurs et dénuées de sens à ses yeux, ce qui l'intéresse c'est d'apprendre à être efficace dans ses apprentissages.
2.2	J'étais un peu en rébellion. Je trouvais que les études manquaient de trois dimensions : elles manquaient de saveur, de pratique et de sens. J'ai réalisé cela dans	Mai est une rebelle qui trouve que les études en médecine manquent de trois dimensions : 1. La saveur; 2. La pratique;	**Rapport au savoir** Mai se sent comme une rebelle qui trouve que les études en médecine manquent de trois dimensions :

	ma vie ; que j'avais besoin pour apprendre de faire l'expérience du savoir, de le vivre. D'ailleurs, une des raisons pour lesquelles j'aime tellement le partenariat-patient c'est d'apprendre par l'expérience du patient. Pour moi, c'est comme si – après – la maladie où la théorie prend forme, elle devient quelque chose, sinon ce n'est rien pour moi, c'est comme du papier, on dirait que cela ne s'incarne pas tant que je ne l'ai pas éprouvé, ressenti, vécu en trois dimensions avec mes sens.	3. Le sens. Mai a besoin d'apprendre à partir de son vécu et non pas seulement à partir de la théorie.	1. La saveur; 2. La pratique; 3. Le sens. Elle a besoin d'apprendre à partir de son vécu et non pas seulement à partir de la théorie. Il y a quelque chose dans les trois dimensions dont parle Mai qui fait penser à l'apprentissage expérientiel et aux théories de l'apprentissage chez les adultes. Ici, on est en plein dans le processus d'apprentissage lié à l'andragogie. Cela me fait penser à Mezirow et sa théorie de l'apprentissage par transformation.

ANNEXE 8 - EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DE L'ENTRETIEN D'EXPLICITATION DE FRE

EDE_Fre_14_06_2021 (13 h à 15 h)	**Déroulement de l'action** : Comment le déroulement de l'action de Fre contribue-t-il à la compréhension du phénomène de mise en œuvre de son raisonnement face à l'incertitude dans le chaos ? N.B. : La conduite de l'entretien d'explicitation est en *italique*.	**Questionnement analytique :** Quelles sont les questions que les médecins se posent lorsqu'ils mettent en œuvre leur savoir expérientiel et comment y répondent-ils ?
P : Et déjà d'emblée, j'avais comme un peu surinvesti, j'avais fait…des fois on fait plus…j'avais appelé pour lui organiser ses rendez-vous, être sûr que les choses ne sont pas entre deux chaises et puis…et puis vite, il m'a comme un peu investi dans ce dont on parlait tantôt…c'est-à-dire là il est entouré de plein de médecins spécialistes…(hoche de la tête) et puis il n'a pas besoin de psychologue dans sa vie mais il a besoin d'un genre de quartier général, où les choses vont se déposer, où il vient valider certaines intuitions, certains trucs qui hantent, où on peut ramasser tout ce qui tombe entre deux chaises, où… *P mime un mouvement du haut du corps qui avance…* Où ce n'est pas très clair qu'est-ce que je fais…ce n'est pas très clair ce que je fais et mes notes sont dures à écrire…quand il quitte…mais il n'arrête pas… et je suis revenu et finalement il était très contant quand je suis revenu et on a repris tout récemment, il me dit sans cesse à quel point c'est hyper important pour lui et puis je suis encore…quand il sort, mon premier réflexe ; c'est de me dire comme mes	**A conscience** de surinvestir. **Appelle** pour organiser les rendez-vous du patient. **S'assure** que rien de reste en suspens et que les rendez-vous du patient s'enchainent bien. **Joue un rôle de chef d'un quartier général** pour son patient. **Réceptionne** les éléments des rendez-vous. **Permet à son patient de venir valider des intuitions, des tracasseries.** **Aide son patient à ramasser ce qui « tombe entre deux chaises ».** **Éprouve le sentiment que ce qu'il fait n'est pas très clair.** **Éprouve des difficultés** à écrire ses notes. **Revient de congé**.	**Comment Fre s'y prend lorsque ce qu'il fait n'est pas très clair ?**

résidents, mais pourtant, je n'ai rien fait. Et puis, récemment, tu sais c'est toujours un peu transgressif pour nous de…il y a comme un certain problème de lymphœdème6, une jambe qui est enflée plus que l'autre et puis tu sais, je réalise assez bien avec lui et je l'examine et on réalise…ok, on peut aller plus dans la médecine, on peut donner plus de médicaments et de traitements ici et là, mais ça va toujours….heu…rendu là il est assez malade que ça va toujours être comme…tu sais le jeu aux arcades où il y a toujours une tête qui sort et il faut que la tape et quand tu en tape une, il y en a une autre qui sort…bon, on a beau contrôler quelque chose ça… *Il mime l'impuissance avec les deux bras qui remuent les mains en l'air* Tu sais, il y a quelque chose dans l'acceptation *Mime l'acceptation en faisant un geste des deux bras qui semble ramener une chose invisible vers lui* et une approche peut-être un peu plus holistique pour certains problèmes et puis je lui dit…tu sais en tant que médecin, je n'ai pas le droit de prescrire de l'ostéopathie, il n'y a pas d'ordre professionnel, il n'y a pas…tu sais…ou je peux, mais tu sais, ce n'est pas…je lui dit, je n'ai pas de preuve à l'appui, quand je prescris quelque chose d'habitude j'ai des…ça fait que ce n'est pas le docteur Fre qui vous conseil d'aller en ostéo, et puis là je lui dit quelque chose de très fort, je lui dit : « moi, j'y crois et je peux vous dire que j'ai envoyé mon père et ma mère chez un ostéo en qui j'ai confiance et si vous voulez, je vais lui parler de vous demain ou après-demain ou dans les jours à venir et puis je vous reviens. Il pourrait peut-	**Découvre** que son patient est content. **Éprouve le sentiment de n'avoir rien fait.** **Identifie** un problème de lymphœdème sur une jambe du patient. **Examine le patient**. **Réalise** que même s'il peut aller plus loin dans la médecine, donner plus de médicaments, plus de traitements, cela ne suffira pas à régler le fait que le patient est très malade et qu'il y aura toujours d'autres problèmes qui demanderont aussi des médicaments et des traitements. **Réalise** qu'il n'a plus le contrôle de l'évolution de l'état du patient. Choisit d'adopter une approche plus holistique. **Recommande** à son patient des soins non prescrit par les guides de pratiques et les normes de médecine.	

[6] Le lymphœdème, c'est l'enflure qui se produit quand la lymphe ne peut pas circuler normalement et qu'elle s'accumule dans les tissus mous d'un membre. Le lymphœdème apparaît habituellement dans des parties du corps où des ganglions lymphatiques ont été enlevés ou endommagés par le traitement d'un cancer. Ces régions sont entre autres l'aisselle (creux axillaire), le cou, l'aine et le bassin. Le risque de lymphœdème augmente en fonction du nombre de ganglions lymphatiques affectés. Les ganglions lymphatiques font partie du système lymphatique. (Société canadienne du cancer). Source internet : https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/lymphedema

être vous évaluer et voir. Peut-être qu'il peut faire des liens que nous on ne fait pas en médecine…peut-être que…mais ça ce n'est le docteur P qui vous conseil, c'est Fre » (il donne son prénom)…je lui dit cela comme ça !		
Y : Hum…ok		
P : Je me suis senti tout drôle après quand il est parti. Je l'ai fait…ça va j'ai parlé à l'ostéo, il était tout à fait enthousiaste…puis j'ai reparlé à Monsieur…je l'ai référé mais c'était la semaine dernière et là depuis ce temps-là j'ai vraiment l'impression d'avoir fait quelque chose d'un peu transgressif. Premièrement, j'ai explicitement mis plus de moi, J'ai parlé de mon père, de ma mère, tu sais il y a encore ce mythe du médecin neutre, bienveillant, objectif, qui n'existe presque pas de lui-même et puis deuxièmement, je l'ai quand même référé en ostéopathie…tu sais, c'est un truc qui…moi ça me va là et puis je n'ai pas…mais ce n'est pas ce que le collège des médecin applaudi au plus fort…tu sais, il y a un truc de…(il me jette un petit regard avec un sourire complice). Et puis troisièmement, il n'arrête pas de me dire à quel point je l'aide mais sans trop comprendre ce que je fais…et donc, au bout de tout cela, même si je me sens extrêmement bien dans cette relation maintenant et puis je trouve que c'est une grande chance dans la vie de…et c'est extrêmement exigeant en même temps, mais de…d'assister à toute cette souffrance… *Un silence…il me regarde fixement et je le regarde en essayant de bien rester à l'écoute de ses paroles, sans l'interrompre mais en lui donnant des signes de ma présence.*	**A L'impression d'avoir fait quelque chose de transgressif.** **Met explicitement plus de lui** en parlant de sa famille. **Réfère le patient vers un professionnel du soin non officiellement reconnu** par le Collège des médecins et ne relavant d'aucun ordre professionnel. **Écoute son patient** dire combien il se sent aidé et soutenu. **Se sent bien dans la relation** tout en continuant d'éprouver l'extrême exigence d'être dans une relation où il doit assister à toute la souffrance de son patient.	**Que fait Fre lorsqu'il a l'impression de faire quelque chose de transgressif ?**
Y : Hum…		
P : Tu sais, je…il y a deux semaines, mon fils a été malade pour la première fois, il a passé dix jours, heu pas dix jours, une journée de fièvre…tu sais il était très mal, j'ai passé la nuit à veiller sur lui…bon ça va j'ai la chance d'être médecin,		**Que se passe-t-il lorsque Fre entame**

je savais exactement ce qu'il avait, je savais que ce n'était pas inquiétant et qu'il fallait juste attendre…mais c'est extraordinaire, ce moment…tu sais, bon bien sûr on préfère ne pas le vivre, mais…quand tu y penses…attends un peu, je viens de vivre quelque chose qui dans l'expérience humaine est extraordinaire…avoir dans ses bras pendant toute la nuit, ton fils qui est malade, qui fait de la fièvre…et puis d'être là, un peu dans cette impuissance, mais en même temps c'est comme avec nos patients, tu sais…non ! je ne suis pas en train de ne rien faire…je suis en train d'être là…et puis cela fait toute la différence pour lui. Je ne suis pas en train de lui donner des médicaments, je ne suis pas en train de…mais donc, j'ai l'impression qu'il y avait quelque chose dans ce registre-là, j'ai l'impression que, vraiment, c'est un grand cadeau que la vie me fait, de me permettre d'accompagner ce monsieur-là dans toute cette souffrance… *Silence* Donc, il y a tout cela en même temps et là, il y a une autre voix qui apparait-là *Il touche la partie gauche de sa tête, légèrement au-dessus de l'oreille avec la main gauche…* Tu sais le…le petit diable dans notre…et là, il y a une voix qui est le traumatisme de la médecine, notre…ce que je vais appeler le…attend un peu…et si ce que tu es en train de faire…ça commence à ressembler à du charlatanisme, tout d'un coup…tu comprends ? tu sais…attend un peu, là on commence à être loin de la façon dont la médecine se défini et aime se définir et c'est…wow attend un peu là ! ostéo, ton père, ta mère, tu l'accompagnes, le truc pas trop…tu sur investi parce que là en plus c'est comme ton mentor qui te…tout est dans la relation finalement, mais même si moi je sais que c'est ça qui faut faire…c'est vrai que je suis un peu plus gêné là, je ne voudrais pas que le collège des médecins…tu sais…fais que donc, si tu lisais mes notes avec lui…elles sont hyper médicus…	**A L'impression** que la vie lui fait le cadeau de lui permettre d'accompagner ce patient-là dans toute cette souffrance. **Écoute une autre voix** qui lui apparait et lui dit que ce qu'il fait commence à ressembler à du charlatanisme. **Éprouve malgré tout le sentiment de bien faire**, d'être bien dans la relation et de poser les bons gestes pour son patient. **Éprouve le besoin de rédiger** des notes « hyper médicus », c'est-à-dire très complètes sur le plan médical.	**un dialogue intérieur ?**

Y : rire		
P : Tu sais, je vais avoir posé quatre, cinq questions un peu plus techniques, mais c'est là-dessus que je vais centrer ma note…	**Pose des questions plus technique** dans le but de centrer ses notes sur des aspects plus strictement médicaux.	
Y : Dis-moi, c'est quoi un peu le contexte, là, j'aurai besoin que tu me situe un peu l'action, tu es où quand cela se passe ?	*Aide Fre à décrire le contexte plus précisément.* *Aide Fre à focaliser sur le moment choisi.*	
P : Alors…heu…		
Y : Parce que j'ai l'impression qu'il y a plusieurs…	*Réguler l'échange : je ressens le besoin de lui faire spécifier le moment, car je vois bien qu'il me parle plus de la relation à travers le temps que d'une action spécifiée dans un temps.*	
P : il y a plusieurs moments…malheureusement depuis un an il y en a beaucoup qui se fait à distance au téléphone. Mais, je l'ai vu la semaine dernière pour la première fois en un an, je lui ai donné rendez-vous en personne à la clinique…		
Y : Ok, donc, là, est-ce qu'il y a un moment qui te semble intéressant pour toi, un moment en particulier qui se détache ? *Silence*	*Focalise l'échange et délimite avec Fre la situation où l'action s'est passée.*	
P : Heu… *(Autre silence*)…oui, c'est ce moment, quand il est avec moi, avec nos masques et avec tout le… *À cet instant, P se redresse sur son fauteuil et il parle avec les mains.*	**Confirme et précise** le moment.	
Y : Protocole…		
P : et moi, j'ai ma visière, j'ai mon…tu sais, c'est un truc qui est extrêmement peu chaleureux là. Et puis…c'est justement quand j'ai transgressé quelques règles…quand je lui ai dit : « écoutez, moi, là, on peut faire plus de médecine, mais on peut aussi prendre un pas de recul et puis essayer de voir	**Met son équipement** de protection individuel (masque, etc.). **Propose** au patient de faire un choix entre plus de médecine et prendre du	**Que fait Fre lorsqu'il transgresse les règles ?**

est-ce que l'on peut regarder tout cela différemment un peu », puis…heu… *Silence. P a le regard tourné vers le haut* Il était très content, en fait de ça…très content…en même temps c'est le moment où il m'a un peu fait comprendre…et puis, il aimerait bien vivre parce qu'il aime la vie…	recul pour voir selon une autre perspective. **Observe** que le patient est content.	
Y : À quoi tu sais qu'il est content ?	*Encourage l'explicitation de l'action avant la transgression.*	
P : Heu…Petit silence Un mélange de lecture non verbale et puis là, c'est compliqué avec les masques et il l'a explicité assez clairement en fait…heu…il est assez valorisant pour un médecin ce patient-là, c'est-à-dire que sans cesse il va me dire qu'il apprécie énormément et puis que cela lui fait du bien…	**Écoute** le patient lui dire. **Observe** le comportement non verbal du patient. **Éprouve de la difficulté à percevoir** l'expression faciale du patient.	
Y : et là toi, tu fais quoi quand il est content ?	*Encourage l'explicitation de l'action avant la transgression.* *Le modèle TOTE en pratique : Prise de décision*	
P : Et bien je reste froid de l'extérieur…heu…ça fait beaucoup de bien quelqu'un qui est content quand tu ne comprends pas exactement ce que tu es en train de faire pour lui…	**Reste froid de l'extérieur**. **Ne comprend pas exactement ce qu'il est en train de faire.**	
Y : Hum…		
P : quelqu'un qui est content quand tu lui a enlevé un cancer c'est autre chose. Ça va…c'est dans l'ordre des choses…j'ai fait ce que je devais faire…tu sais…là, on est dans quelque chose d'un peu plus expérimental…et donc, cela fait vraiment beaucoup de bien intérieurement…	**Réalise** qu'il se trouve dans une situation expérimentale. **Éprouve du bien-être** en voyant que le patient est content	
Y : Hum…		

P : Finalement, c'est la seule façon de mesurer ce que je fais…bon en tout cas une des seule… en même temps…et puis, je dis tout cela et j'ai l'air valeureux mais il y a une grande partie de moi qui a envie de le tenir à distance…j'étais très heureux d'avoir un masque et une visière ce jour-là…	**Mesure ce qu'il fait** en constatant que le patient est content.	Une trace de la théorie du système familiale intérieur de Richard Schwartz.
Y : Hum…		
P : Parce que bien sûr j'ai tout le réflexe de le tenir loin de moi parce que je préférai ne pas avoir à assister à toute cette souffrance.	**Garde le réflexe** de tenir le patient éloigné de lui pour ne pas avoir à assister à la souffrance.	
Y : Hum…hum…		
P : Et je pourrais très bien lui dire, allez faire votre suivi avec votre oncologue, votre radiooncologue, votre urologue, votre ci, votre ça, il y a plein de médecins au CHUM, il y a l'infirmière pivot, il y a tout le monde, là ! Ça fait que c'est cette ambivalence de…tu sais, j'aimerais bien qu'il ne me rappelle pas pour trois ou quatre semaines.	Pense à toutes les possibilités pour s'échapper de la situation. Souhaite que le patient ne le rappelle pas pour quelques semaines.	
Y : Hum…		
P : Parce que peut-être que j'oublierais !	Envisage d'oublier.	
Y : Hum…		
P : C'est lourd, parce qu'avant de le voir, j'ai passé ma…j'y ai pensé la veille, j'ai…tu sais ?	**Évoque avoir pensé** au patient la veille de la rencontre.	
Y : Oui.		
P : C'est assez triste et puis, ce monsieur là il a l'âge de mon père, ça fait que c'est facile de…	**Évoque** que le patient à le même âge que son père.	
Y : Oui.		
P : Donc, toute cette ambivalence, un peu compliquée que…je me disais, mon dieu, si les patients savaient quand ils rentrent dans notre bureau, à quel point ils…ben, ils	**Évoque l'ambivalence et la complexité de la situation.**	

rencontrent des êtres vivants qui ont des contextes, qui ont…et puis, la rencontre, elle n'est pas décontextualisée pour eux non plus…tu sais.		
Y : À ce moment-là, tu es où ?	*Remettre dans le fil du récit.* *Focaliser sur l'action.*	
P : Dans mon bureau de l'UMF XXX	**Confirme** le contexte.	
Y : Ok, tu le reçois à ton bureau de l'UMF…	*Relance ouverte sur le contexte.*	
P : Oui, sixième étage, grande fenêtre, j'ai un peu de retard quand je vais le voir, peut-être 30 minutes…heu…	**Confirme** le contexte.	
Y : Ça fait que lui, il t'attend ?	*Précise le contexte.*	
P : Oui… Silence P : Oui, lui il attend et puis…heu… Silence P : C'est une autre mini transgression, c'est que on parle beaucoup dans cette rencontre et puis tu sais les rendez-vous physiques cette année, avec la pandémie, on a encore la directive et puis la ça va changer un peu, mais que disons ton parlage tu le fais au téléphone et quand tu vois la personne tu fais ça comme le plus vite possible et tu examines et…	**Confirme le contexte.** **Confirme une petite transgression.** **Parle beaucoup avec le patient**. **Explique les directives** et la nécessité d'écourter les rencontres avec les patients.	
Y : Oui *Je fais une grimace comme pour figurer la transgression…*		
P : Puis ce n'est pas cela qui s'est passé, il est venu se déposer vraiment, là et puis…et puis à la fin, autant il est très, très bon pour sentir d'habitude quand c'est la fin. Il ne veut surtout pas déranger, il se lève…là, j'ai donné comme trois, quatre signes non verbaux et il n'a pas compris que c'était la fin…	**Formule la transgression du point de vue du patient.** **Donne des signes** non verbaux de la nécessité d'écourter la rencontre. **Prend en considération que** le patient ne voit les signes.	
Y : Hum…hum…		

P : lui, il…et puis, il était bien, là, et puis en fait c'est ça qui m'a fait sentir qu'il était bien, c'est qu'il était extrêmement confortable et lourd sur sa chaise pour vrai, là. Il était à sa place et il ne se levais as et il ne m'emmenait pas non plus d'autres raisons de consultation, d'autres plaintes, d'autres questions. Il était calme et bien et puis…d'un coup j'ai arrêté et je me suis dit, attend un peu, c'est le fait ! C'est ça qu'il faut à ce moment-ci ! Alors j'ai comme décidé d'accepter un trois ou quatre minutes de plus. Puis, après j'ai dit : »il faut qu'on s'arrête… » et il dit : « ha oui, mon dieu ! Je m'excuse, j'ai pris votre temps, je me suis oublié…mon dieu, d'habitude, je suis beaucoup plus… », il s'est excusé cinq fois et puis il est revenu à lui-même, il y a un petit moment où… *Silence* Où il n'était pas dans le désir de plaire au soignant. Il y avait quelque chose de…de…ça fait que je ne sais pas pourquoi j'ai choisi ce moment-là, mais peut-être juste parce que c'est très proche et que cette fin de semaine j'y ai pensé trois fois… *Il se gratte la tête*	**Observe** que le patient est bien **Constate** que le patient est installé confortablement et avec lourdeur sur la chaise. **Observe** que le patient est à sa place et qu'il ne se lève pas. **Observe** que le patient est calme. **Arrête de se dire** qu'il faut écourter la rencontre. **Se met à l'écoute** des besoins en temps réel du patient. **Accepte de passer** quelques minutes supplémentaires avec le patient. **Saisi le petit moment ou le patient quitte le désir de plaire au soignant pour être vraiment lui-même.**	
Y : Et tu m'as aussi parlé de la santé mentale et moi je vois quand même un petit peu le parallèle. Peut-être que ce jour-là, avec ce patient-là, tu as senti intuitivement que c'était peut-être ça qui était plus important que tout le reste, c'était de prendre…	*Relance ouverte sur le contexte.*	
P : Oui…		
Y : d'avoir ce petit moment thérapeutique entre guillemet…		
P : Oui, puis…il ne faut pas oublier le tiers…le mentor, qui est encore là, on dirait, dans cette relation-là…heu…il m'a reparlé de lui, le patient m'a reparlé de lui, je lui ai reparlé… on était… c'est comme si on était trois…	**Confirme** l'importance de la place du mentor de Fre dans la relation et dans la rencontre ce jour-là, à ce moment précis.	

Y : Et est-ce que le patient te parle de lui ce jour-là, dans ce moment-là ?	*Réguler l'échange.* *S'assurer que Fre est toujours en prise avec le moment choisi.*	
P : Ce jour-là, c'est moi qui lui ai parlé de lui…ce jour-là, je lui ai dit : « j'ai parlé à X, j'ai pris la liberté de lui parler de vous un peu, il vous salue chaleureusement, il a été attristé d'apprendre tout ce qui se passe, il vous souhaite bon courage et il m'a dit qu'il pense à vous. »…et là on a comme parlé de lui pendant deux, trois minutes et il me racontait comment…c'était très important pour lui d'entendre ça et puis que…le geste le plus important qu'il a posé ça aura été de vous choisir comme son successeur pour moi…il dit : « je suis très reconnaissant… », pour ce patient-là, je m'inscris en continuité avec ce que l'autre fait. D'ailleurs, c'est quelque chose que j'ai internalisé, donc je me sens un peu moins libre aussi…et ce n'est pas négatif…ce n'est pas négatif, mais ce que je me dis : « qu'aurait-il fait…	**Explique** au patient qu'il a parlé de lui a son mentor. **Transmet** les salutations du mentor au patient. **Mesure** l'importance accordé par le patient à cette relation et à la succession en continuité de ce que faisait son mentor. **Se demande** ce que son mentor aurait fait à sa place	
Y : Hum…hum…		
P : Dans ce moment-ci. », tu sais, donc c'est…ça fait beaucoup de choses qui modulent une relation finalement…il y a beaucoup de choses qui modulent ce petit moment…Mais…tu vois, il était là…il était pratiquement là dans le bureau avec nous…	**Souligne** qu'il y a beaucoup de choses qui modulent une relation, un petit moment. **Ressent la présence de son mentor dans le bureau.**	Derrière cette idée de beaucoup de choses qui modulent une relation. L'on y devine l'importance des petits riens, des petits gestes, les regards, les élans de générosité, le temps accordé alors qu'il se fait si rare et précieux et pourtant si important pour le patient…il y a de la patience à prendre soin de l'autre et cette idée que le contact humain devrait toujours avoir priorité sur le reste quitte à transgresser les règles et les normes.
Y : Oui… *En disant ce « oui », Je lui souris avec compassion…*	*Régule l'échange*	

Silence		
Y : À travers les phrases de ton patient…finalement, ton patient le fait aussi exister, il l'a rendu présent…	*Précise le sentiment éprouver par Fre*	
P : Absolument…absolument… *Silence* Et, c'est drôle parce qu'à un certain moment il me dit – parce qu'on se vouvoie – mais quand je parle du mentor, je dis son prénom…	**Confirme le sentiment de présence du mentor et la nature profonde de la relation.**	
Y : Ok…		
P : Puis lui-même en parle en disant son prénom, mais il dit : « mais, là, je dis X, mais je ne l'ai jamais tutoyé, là, on se vouvoyait ! »…c'était comme si…c'est drôle quand il m'a dit cela c'est comme si j'ai eu l'impression qu'il était en train de me dire : « inquiète-toi pas je n'étais pas plus proche de lui… », je ne sais pas, quelque chose dans ce registre-là, tu sais, que comme il me vouvoie, je pense qu'il voulait dire qu'il vouvoyait l'autre aussi…je ne sais pas…quelque chose…mais bref, tout cela pour dire que c'est un moment riche où on n'était pas que nous deux…		
Y : Hum…hum…	*Identification du moment caractérisé comme un moment riche.*	
P : Je pense qu'il y avait cette triangulation… Un silence. *P boit un peu d'eau…*		

Y : Et est-ce que dans tout ce moment que tu viens un peu de déplier, est-ce qu'il y a un instant qui te parait intéressant ou significatif ? *Long silence* *Je me gratte le menton, je pose ma main contre ma joue et j'attends…* *P n'a pas l'air gêné, il a la main posée contre sa bouche et il semble réfléchir, le regard tourné vers le loin…*	*Focalise et amorce une transition vers le décryptage du sens*	
P : Bah, tu vas rire, c'est vraiment un mécanisme de défense…		
Y : hum…hum…		
P : mais c'est probablement le moment de l'examen physique ! C'est l'examen des jambes… Silence…	Initialise le moment choisi	**Que se passe-t-il lorsque Fre procède à l'examen physique du patient ?**
Y : OK…		
P : Quand j'ai examiné ses jambes…là, j'ai compris quelque chose…de médicale.	**Examine** les jambes du patient **Comprend** quelque chose de médical à propos de l'état du patient	
Y : comment ça se passe ? Ça m'intéresse, raconte-moi !	*Focalise*	
P : et bien j'ai compris un peu que c'était…en gros il a des gros ganglions dans le bassin à cause de son cancer ce qui fait en sorte que sa jambe droite ne draine pas bien et puis elle est deux fois plus grosse que la jambe gauche actuellement…	**Comprend** que le patient a de gros ganglions dans le bassin à cause de son cancer. **Comprend** que ce sont les ganglions qui empêchent la jambe droite d'être bien drainée. **Observe** que la jambe droite est deux fois plus grosse que la jambe gauche	
Y : Hum…hum…		

P : il a aussi de l'insuffisance cardiaque et là, il n'arrivait pas à comprendre c'est quoi la part…qu'est-ce qui cause quoi dans ces enflures, parce que sa jambe gauche est un peu enflée, sa droite, elle l'est beaucoup…puis, en l'examinant…cela faisait longtemps que je ne l'avait pas vu et là, en l'examinant, j'ai été un peu capable de lui expliquer qu'est-ce qui causait quoi dans tout ça ! C'est devenu très clair en prenant les signes vitaux, en mesurant, en examinant, en regardant la couleur, la vascularisation le pouls, c'était très médicus dans ma tête puis…c'est vrai si tu me dis le moment, et bien c'est probablement le seul moment où je faisais mon vrai travail… *Rire de nous deux*	**Remarque** le rôle de l'insuffisance cardiaque du patient sur l'état de ses jambes. **Explique** au patient les divers causes et conséquences relevant de son état. **Prend** les signes vitaux**.** **Effectue** des mesures. **Examine.** **Regarde** la couleur**.** **Observe** la vascularisation. **Mesure** le pouls. **Éprouve le sentiment de vivre le seul moment où il fait son vrai travail.**	

ANNEXE 9 - EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE PAR QUESTIONNEMENT ANALYTIQUE DE L'ENTRETIEN DE DÉCRYPTAGE DU SENS DE FRE

Entretien_Décryptage_Fre_14_06_2021 (10 h à 12 h)	**Observables**	**Décryptage du sens** : comment le décryptage du sens contribue-t-il à une compréhension de la construction des valeurs et de l'identité professionnelle de Fre ? N.B. : La conduite de l'entretien de décryptage est en italique	**Questionnement analytique** :
P : Je me sens comme quand mon fils qui apprend à marcher, marche vers moi et lève les bras comme ça…	Fre se redresse sur son fauteuil et il lève les bras et la tête en l'air en continuant de parler…		
P : et puis il me dit : « prend-moi »….et je le prends…	Fre baisse les bras		
P : Je me dis, ben mon dieu…c'est extraordinaire, il n'y a pas de moment plus beau et plus simple que cela dans le monde que ton fils que te tends les bras pour que tu le prennes et tu le prends et bien c'est à peu près ça…tu sais…des moments qui parlent d'eux-mêmes…			
Y : Oui…et alors à ce moment-là, quand tu es à genou, tu es qui à ce moment-là ?	Fre reste un instant silencieux, puis il fait un large soupir…	Je remets Fre dans le contexte et je lui pose une question en lien avec son identité	

P : Ha pouffff ….ça c'est compliqué…ça c'est compliqué…	Silence	*Pour Fre, c'est compliqué.*	
P : Je ne sais plus…je ne sais plus …je…je pense que c'est de plus en plus difficile de voir la différence entre Fre (il prononce son prénom) et le médecin, le père et…je ne sais plus…peut-être encore plus cette année avec la paternité puis avec le télétravail et puis là l'espace maison et devenu un espace de travail…		Il dit ne plus savoir, qu'il lui est de plus en plus difficile de distinguer entre son identité personnelle et son identité professionnelle. Il ajoute qu'avec le télétravail et l'espace de la maison qui devient l'espace de travail, cela vient ajouter de la confusion à ses identités.	
Y : Hum…			
P : je ne sais plus…je sais que pendant que j'étais en train de faire ça…j'étais émue…		**Fre revient sur le fait que pendant qu'il était en présence de ce patient en train de lui enlever les chaussettes et d'examiner sa jambe, il était ému.**	Comment Fre s'y prend lorsqu'il est émue ?
Y : Tu étais émue…			
P : Oui, j'étais émue…			
Y : comment ça se passe à ce moment-là pour toi lorsque tu es émue ?			
P : Et bien, là, je me dis que je suis bien content d'avoir une visière, un masque un ci un ça…cela ne parait pas et je me dis : « il ne faut surtout pas que cela paraisse… », réprime, refoule, cache, comme on nous a si bien enseigné à faire…		Lorsqu'il est ému, Fre explique qu'il est content d'être dissimulé derrière son masque. Il cherche à refouler et dit faire ce qu'on lui a appris à faire, ne pas exprimer, ni montrer ses émotions. Les verbes d'action employés par Fre sont : réprimer, refouler et	Finalement on peut voir que Fre prend conscience du refoulement de son émotion et en cela il est engagé dans un processus de

		cacher. Ce sont des verbes d'action que Fre dit avoir appris dans sa formation médicale.	réflexion dans et sur l'action.
Y : Oui…oui…(sourire)	Fre hausse les épaules et se creuse dans son fauteuil		
Y : et qu'est-ce qui essentiel pour toi dans ce moment-là ? Quand tu es agenouillé ?			Qu'est-ce qui a de la valeur pour Fre lorsqu'il est agenouillé près de son patient ?
P : je ne sais pas ce qui essentiel, mais…tu sais moi je suis croyant, pratiquant et je suis intéressé beaucoup aux symboles et aux mythes….		Fre aborde la question des croyances et des mythes.	
Y : Hum…			
P : les mythes fondateurs, les symboles…ce sont des choses qui sont…j'ai comme une…une des idées que j'ai dans la vie, c'est qu'on joue tous un mythe, on rejoue tous dans nos vies un mythe…		Pour Fre, les mythes et les symboles peuvent être rejoués au cours de la vie.	
Y : Hum…hum…			
P : Et que c'est beaucoup plus facile de vivre quand tu sais quel mythe tu es en train de jouer, parce que cela se peut que ce mythe-là, soit une tragédie et que cela va mal finir, mais peu importe, c'est…et le therapôn, c'est un mythe et pas un mythe dans le sens moderne de quelque chose qui est faux, c'est un mythe fondateur, c'est un symbole puissant ontologiquement…		La vie est plus facile lorsqu'on sait quel mythe on est en train de jouer. Fre dit qu'il joue un des mythes fondateurs de la médecine : le mythe du therapôn	

Y : Hum…			
P : puis ce sont les moments qui me ramènent à qui je suis…je me dis wow après dix-sept ans de pratique, après s'être enflé la tête en faisant de la grande recherche et en étant directeur de ci puis de ça, puis de…de devenir un mentor et un professeur et un ci et un ça…		Fre établi un parallèle entre son identité professionnelle et le fait de jouer le mythe du therapôn.	
Y : Qui te ramènent à qui tu es ?			
P : Oui…ça fait vraiment du bien, cela rassure…cela me donnait l'impression quasiment, comme si, je retournais dans la maison de mon enfance….		À travers un souvenir d'enfance, Fre explore un espace bienveillant ayant contribué à la construction de son identité de therapôn et par extension de médecin.	
Y : Hum…			
P : Et puis je rentrais chez ma mère et elle avait préparé le plat que j'aimais quand j'étais petit…tu sais, quelque chose qui est là…	Il fait un geste avec les mains qui portes en creux quelque chose d'invisible devant lui…	Fre confirme l'importance de se créer, dans son intimité des espaces sécuritaires, positifs et constructifs, afin d'être en mesure d'agir, d'avoir un pouvoir d'agir et d'être pleinement soi-même.	
P : C'est ça qui est important en médecine…c'est ce qui permet d'explorer, de faire d'autres choses, d'être dans le moment présent complètement…et tu sais que tu peux toujours revenir à ça…	Il refait le geste des mains…		
P : qui est le safe space…			
Y : Oui…			
P : Mais pour moi, le safe space, c'est le mythe du thérapon…la personne qui se met complètement au service de l'autre et	Le chercheur lève les sourcils en regardant Fre		

puis…c'est drôle les pieds ça a peut-être un truc en plus…maintenant je t'en parle et puis…tu sais, j'ai une patiente extrêmement difficile, extrêmement compliquée…un million de problèmes de santé, un million de problèmes sociaux…une seule fois, elle m'a remercié un peu explicitement…elle m'a écrit une lettre à Noel…où elle dit : « merci d'avoir coupé les ongles de mes orteils »…			
P : Oh oui, j'ai fait des choses incroyables pour elle. Le nombre d'heures que j'ai passé…et ce truc, finalement, c'est le truc qu'elle retient. Et là, je dis mais tient quelle grande sagesse de la vie qui me ramène à…(la simplicité ?) et puis ce n'est pas pour rien que l'on dit les mythes, c'est ça et puis c'est ça l'image dans la bible aussi, c'est le…c'est ça qui nous est enseigné…			
Y : hum…hum…			
P : Donc, il y a quelque chose…			
Y : L'autre chose, si tu es d'accord, qui me parait intéressante à aller explorer c'est le moment où tu as une petite voix qui te dis…le petit démon…dis-moi, comment ça s'est passé ça ? qu'est-ce que tu fais à ce moment-là ? Raconte-moi un peu…			Que se passe-t-il lorsque Fre entame un dialogue intérieur?
P : Bien, probablement qu'une des choses qui expliquent à quel point c'est important pour moi d'examiner les pieds et de faire mon petit moment médicus après et de faire le lien intellectuel, raisonnement clinique, c'est que cela vient complètement éteindre cette voix-là…tu sais, c'est le…	Silence	Fre explique que l'examen des pieds du patient et le lien intellectuel effectuer grâce à son raisonnement clinique, vienne complètement éteindre la voix.	

Y : Et comment elle apparait cette voix-là dans le fond ?			
P : Haaa, très difficile…je vais faire un petit effort, mais…et puis ce n'est probablement pas comme cela qu'elle est apparue mais comme dans un psychodrame ou un…c'est la façon dont on le raconte qui est importante et …(silence) si j'avais aujourd'hui à m'en rappeler, j'ai l'impression que c'est associé au moment où j'ai parlé de mon père et de ma mère…	Nous hochons tous les deux de la tête…	Cette voix apparait au moment où Fre parle au patient de son père et de sa mère et lorsqu'il se dit qu'il est allé trop loin.	
P : Là j'ai fait…hum…je suis allé trop loin…			
Y : Je pense que ta mémoire est bonne car c'est exactement ce que tu disais tout à l'heure quand tu l'a amené…tu as déroulé le moment en parlant de ton père et de ta mère et à ce moment-là il y a la petite vox qui est apparue…			
P : Oui…silence…mais qu'est-ce que je suis en train de faire ? Et là, ce n'est plus clair du tout. Autant c'était clair quand j'examinais les pieds, autant What The Fuck Am I Doing ? Qu'est-ce que je suis en train de faire là ? Là, je suis en train de…	Fre bouge doucement les bras dans un mouvement de moulinet…	Il se dit que ce qu'il est en train de faire n'est pas clair et qu'il brise un cadre.	
P : De briser le cadre un peu…	Fre hoche de la tête		
P : Je suis en train de faire un pas de plus, un pas à côté, je suis en train de faire quelque chose d'autre en tout cas…	silence…		
P : et c'est là, que cette voix qui est la norme, le poids de la norme, qui est le…c'est là que cette voix arrive d'habitude…		Il associe cette petite voix à la norme et au poids que la norme fait peser sur sa pratique.	
Y : Hum…hum…			

P : Elle se joue dans quelque chose qui est très subtile. La plupart du temps cela se joue dans la façon d'écrire une note, pour moi. Ce moment où j'ai cette réflexion-là, c'est souvent quand la personne est sortie de mon bureau, dans les cinq minutes après, j'écris ma note et là, je transforme ce que je viens de vivre en termes digeste pour la norme et le petit diable…		Pour Fre l'arrivée de la voix se joue dans la façon qu'il a d'écrire sa note lorsque le patient est sorti de son bureau et dans la façon qu'il a de transformer ce qu'il vient de vivre et qui n'est pas toujours normé en quelque chose que la norme peut intégrer. D'une certaine façon Fre nous explique comment il s'y prend pour rendre sa pratique conforme aux normes, en soulignant que les normes ne sont pas toujours pertinentes et applicables face à la complexité.	
Y : Ok…			
P : Tout d'un coup, si tu lis ça, tu as l'impression que j'ai vraiment fait de la médecine hyper traditionnelle, conventionnelle, mainstream, tout le temps…			
Y : Ok…			
P : il ne faut pas que cela paraisse tu sais…			
Y : Et cette fois-là, tu étais comment lorsque tu as écouté la petite voix…			
P : Alors cette fois-là, comme j'étais en retard et que j'ai passé beaucoup de temps avec lui, je n'ai pas pu écrire ma note, parce que là je voulais voir tous mes patients et le lendemain, je me suis assis et je me suis dit : « ha il faut que j'écrive toutes mes notes », mais j'ai écrit toutes les autres notes avant d'écrire celle-	Fre va sur son ordinateur et commence à taper sur le clavier…	Il reprend la lecture de sa note ce jour-là avec ce patient.	

ci…d'ailleurs pendant qu'on parle, je vais aller voir ce que j'ai écrit parce que je ne m'en souvient pas, c'était il y a quatre jours, mais ça va être super intéressant, je vais garder toute la confidentialité, mais cela m'intéresse beaucoup de voir comment j'ai traduit ça.			
P : C'est probablement une note de trois lignes pour une rencontre qui a duré une heure et demie…		Il s'attend à relire une note de trois lignes	
Y : Oui, c'est ça…et tu l'as écrite le lendemain…			
P : Oui…c'est rare, d'habitude j'écris ça le jour même, mais…heu…	Fre cherche dans les fichiers de son ordinateur puis fini par trouver la note en question…		
P : wow…je te la lis, ok…de toute façon tu ne vas pas mettre les noms mais je te la lis…		Il est étonné par ce qu'il découvre.	
Y : Oui !			
P : « va bien ! œdème membre inférieur droit muscle gauche. Mix : ganglion inguinaux droit et insuffisance cardiaque » – tout ce que je te dis c'est en une phrase – « bon moral, peu essoufflé, examen excellent état général en clinique au repos » – je décris mon examen physique, ça c'est un peu plus long – à la fin : « longue discussion support, physio/kinésio pour favoriser drainage et retour veineux : à essayer », c'tes tout…	Nous nous regardons en souriant…P fait un geste avec les deux mains comme pour tirer un trait.	Il relit la note à haute voix.	

P : puis, parce que l'Ostéo à qui je l'envoie, il est aussi Physio, donc, tu vois, c'st plus clean d'écrire physio qu'ostéo…		Il explique comment il s'y prend pour rendre quelques aspects de la note plus légitimes face aux normes. Il choisit des termes plus médicaux et s'assure de ne retenir que les aspects les plus conforme aux normes, écartant du même coup une partie de sa pratique certes moins conforme, mais dont il expliquait plus haut qu'elle représentait quelque chose d'important à ses yeux, Quelque chose qui avait de la valeur et qui donnait un sens à sa pratique.	

ANNEXE 10 - CANEVAS INVESTIGATIF À L'ÉTAPE ÉLABORÉE

La rationalité en médecine	De quoi le raisonnement médical du médecin peut-t-il aussi dépendre ?
	Que se passe-t-il lorsqu'un médecin entame un dialogue intérieur?
L'incertitude dans le chaos	Comment faire avec l'incertitude ?
	Que se passe-t-il lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un cas particulier ?
	Comment un médecin agit en zone grise ?
	En quoi un médecin peut-il transgresser les règles ?
Le sens en médecine	Comment traduire en langage médical, ce qui relève de la condition humaine, au sens large : de la vie et de la mort ?
	Comment un médecin peut faire, face à la mort ?
	En quoi la quête de sens d'un médecin peut constituer un levier pour son apprentissage tout au long de la vie ?

Object de recherche : Le raisonnement médical

Objectif général : Décrire et mieux comprendre la construction du raisonnement des médecins lorsqu'ils font face à l'incertitude dans le chaos de la pratique professionnelle à certains moments-clés de leur expérience.

Phénomène étudié : Faire face à l'incertitude dans le chaos.