



HAL
open science

Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ?

Grégory Aiguier

► To cite this version:

Grégory Aiguier. Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ?. Tréma, 2017, 47, pp.103-115. <10.4000/trema.3649>. <hal-04391674>

HAL Id: hal-04391674

<https://univ-catholille.hal.science/hal-04391674v1>

Submitted on 27 May 2024

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

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



HAL Authorization

Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ?

Grégory Aiguier



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/trema/3649>

DOI : 10.4000/trema.3649

ISSN : 2107-0997

Éditeur

Faculté d'Éducation de l'université de Montpellier

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2017

Pagination : 103-115

ISBN : 979-10-96627-03-5

ISSN : 1167-315X

Référence électronique

Grégory Aiguier, « Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ? », *Tréma* [En ligne], 47 | 2017, mis en ligne le 01 février 2018, consulté le 01 mai 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/trema/3649> ; DOI : 10.4000/trema.3649

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

Trema

Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ?

Grégory Aiguier

- 1 Le contexte contemporain de la médecine fait émerger un nouveau besoin d'éthique. Considérée comme une dimension intrinsèque du professionnalisme (Legault, 2004), l'éthique s'apparente dans ce cadre à une compétence que les professionnels doivent développer pour revisiter les fondements, les finalités, et les moyens de leur agir, et ainsi s'engager dans une pratique de la médecine plus critique, plus réflexive et plus responsable. Sur le plan théorique, cette approche de l'éthique considérée comme une compétence, c'est-à-dire comme capacité effective des professionnels d'agir de manière adéquate en situation et non plus uniquement comme discours moral à propos des pratiques, semble caractéristique d'un tournant pragmatique de l'éthique (Aiguier et Cobbaut, 2016). Sur le plan pédagogique, ce dernier exige selon nous un apprentissage plus contextuel et réflexif de la médecine et donc une ouverture plus grande aux sciences humaines et sociales, pour ainsi mieux faire droit à la complexité des pratiques médicales. Il nécessite aussi une articulation plus forte entre théorie et pratique et donc une implication plus effective des terrains professionnels dans la formation. Partant de cette hypothèse, certaines questions se posent : Comment mieux intégrer l'éthique et les Sciences Humaines et Sociales dans les curriculums de médecine ? Sur la base de quels projets et quels dispositifs pédagogiques ? Avec quelles pratiques de formation (méthodes pédagogiques, modalités d'évaluation, postures pédagogiques) ?
- 2 C'est à cet ensemble de questions que cet article entend apporter une tentative de réponse, à partir d'une réflexion théorique et de la présentation d'un dispositif de formation à l'éthique actuellement expérimenté dans la formation médicale.
- 3 En toile de fond, nous défendrons l'idée d'une formation à la compétence éthique en médecine devant s'envisager comme un apprentissage collectif incluant l'ensemble des acteurs concernés (les formateurs, les soignants, les étudiants et les patients).

I. L'éthique : une ressource interne de la pratique médicale

- 4 L'évolution des pratiques et du contexte de la médecine fait émerger un nouveau besoin d'éthique. Celle-ci ne se pose plus comme une sous-discipline de la philosophie venant interroger la médecine « de l'extérieur », mais comme une ressource interne d'un professionnalisme médical (Cruess, Cruess et Steinert, 2009) en pleine mutation. C'est la complexification des pratiques médicales ainsi que le renforcement de la professionnalisation de la médecine qui en découlent qui expliquent pour l'essentiel ce nouveau statut de l'éthique.

I. I Des pratiques complexes en médecine

- 5 Les pratiques en santé se sont complexifiées dans le courant du XX^e siècle, en devenant une pratique non plus exclusivement technoscientifique, mais aussi sociale et politique. Plusieurs évolutions significatives en attestent. En tout premier lieu, on peut relever celles liées aux progrès technoscientifiques qui ont eu pour conséquence de générer de nouveaux savoirs, de nouvelles pratiques, et de faire évoluer les prérogatives de la médecine (soin, prévention, prédiction et même réparation). Ensuite, on peut également pointer une certaine forme de politisation des pratiques biomédicales, qui a émergé dans le courant du XX^e siècle, suite à la seconde guerre mondiale. En effet, la dénonciation lors du procès de Nuremberg de nombreux scandales liés aux expérimentations sur l'homme, a fait naître une demande sociale de régulation des pratiques biomédicales, mais aussi un besoin de réflexion sur les finalités de ces dernières. C'est dans ce contexte qu'est apparu le mouvement de la bioéthique, « qui désigne un ensemble de recherches, de discours et de pratiques, généralement pluridisciplinaires, ayant pour objet de clarifier ou de résoudre des questions à portée éthique suscitées par l'avancement et l'application des technosciences biomédicales » (Hottois et Missa, 2001).
- 6 Mais si elles se sont d'abord concentrées sur la régulation des pratiques biomédicales, les réflexions en bioéthique se sont par la suite recentrées sur le patient et les pratiques de soins (mouvement de l'éthique clinique), avant de s'ouvrir aux dimensions politiques, organisationnelles et structurelles de la santé, et ce dans un contexte économique et social marqué par une raréfaction des ressources et donc par des choix à arbitrer en matière de dépenses de santé. À travers l'évolution interne de la bioéthique, on repère ainsi un double mouvement de la médecine. Celui tout d'abord d'une médecine qui s'interroge sur ses propres pratiques et se nourrit pour ce faire de la réflexion d'autres disciplines, notamment celles des sciences humaines et sociales. Concomitamment, on observe une inscription sociale et politique plus forte des pratiques biomédicales, la société entendant réguler la médecine en participant à la définition de ses missions et à son organisation. C'est en ce sens qu'on peut notamment relire les orientations contemporaines des politiques de santé et la place accordée aux patients et à leurs proches dans le système de santé (enjeu de démocratie sanitaire), ou encore les différents plans nationaux (cancer, Alzheimer, etc.) qui fixent des priorités en matière de santé.
- 7 Cette évolution significative du contexte de la santé a de ce fait contribué à modifier la posture du médecin, dont l'action s'inscrit désormais dans un cadre plus collectif et plus régulé. Les situations contemporaines du soin, marquées par une recrudescence des

pathologies chroniques, n'ont fait que renforcer cette orientation. Une prise en charge adéquate d'un patient atteint d'une pathologie chronique nécessite en effet une action de soins plus collective incluant l'ensemble des professionnels concernés par le soin (collaboration interprofessionnelle), mais aussi un travail en réseau (collaboration interinstitutionnelle). Elle requiert aussi la participation effective des patients à l'élaboration de projets de soins qui ont un impact significatif sur leur vie et qui, de par leur caractère incertain et évolutif, nécessitent des formes particulières d'accompagnement de la part des soignants pour permettre aux patients d'apprendre à vivre avec la maladie (Rothier Bautzer, 2013).

- 8 Ces pratiques contemporaines de la médecine renforcent ainsi la professionnalisation de la médecine.

1.2 Un renforcement de la professionnalisation de la médecine

- 9 De fait, si la médecine a longtemps été perçue comme un art puis comme une discipline scientifique et technique, elle se développe aujourd'hui comme une profession (Cruess, Johnston et Cruess, 2004) socialement instituée, régulée, et dont les compétences s'élargissent pour ainsi permettre aux praticiens de s'adapter aux besoins qui se font jour. Les travaux du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada illustrent ce propos. Dans le cadre du projet CanMeds (Frank, 2005), qui vise l'actualisation du référentiel des compétences en médecine, ils ont identifié les compétences que tout médecin devrait développer pour agir de manière adéquate. Selon eux, en plus d'être un expert médical, le médecin doit aussi être un communicateur, un collaborateur, un gestionnaire, un promoteur de la santé, et un érudit.
- 10 De manière synthétique, on peut retenir de ces travaux que l'intervention médicale est l'œuvre d'un « professionnel » reconnu socialement pour son expertise scientifique et technique qui lui donne la capacité de porter un jugement professionnel ; qu'une certaine autonomie (dans le choix des moyens notamment) lui est octroyée compte-tenu de son expertise ; qu'il lui incombe d'évaluer les finalités de son action compte-tenu des attentes sociales, d'actualiser ses compétences professionnelles dans un souci de qualité optimale, et d'intégrer les aspects socioéconomiques et politiques (injonction de responsabilité). Ensuite, qu'il est enjoint de dépasser l'approche paternaliste au profit d'une approche plus coopérative de l'intervention professionnelle (Legault, 2005) incluant le patient (logique d'empowerment), et ce dans la visée d'une prise en charge globale de ce dernier. Et enfin qu'une plus grande importance est accordée aux activités de recherche et d'enseignement, le médecin se devant de contribuer au développement des connaissances et à la formation des futurs professionnels du champ. Pour illustrer ce dernier point, on peut notamment évoquer l'essor de la pédagogie médicale, discipline en herbe, qui se traduit par la constitution de sociétés savantes (Société Internationale Francophone pour l'Éducation Médicale, The Association for Medical Education in Europe) et l'édition de revues (Pédagogie Médicale, Medical Teacher, Medical Education, etc.).
- 11 Cette professionnalisation accrue de la médecine exige de porter une plus grande attention au contexte des pratiques médicales dont la complexité et le caractère incertain et évolutif entraînent une refonte du professionnalisme médical (Cruess et Cruess, 2000). Ce dernier, qui désigne un contrat social implicite entre la médecine et la société se traduisant par des attentes et des obligations partagées (confiance, sécurité des soins,

bonne observance du traitement, etc.), est appelé à se développer dans une perspective plus réflexive et collective.

I. 3 Évolution du professionnalisme médical et émergence d'une compétence éthique

- 12 Eu égard aux évolutions du contexte, le professionnalisme ne peut plus s'envisager dans un registre exclusivement déontologique centré sur les valeurs et les comportements idéaux attendus compte tenu du rôle à exercer. En situation, la référence à des principes figés et prédéterminés ne suffit en effet pas à garantir une action juste et responsable. Le professionnalisme doit ainsi nécessairement s'envisager dans une veine plus réflexive (Verkerk, De Bree et Mourits, 2007), pour lui permettre de mieux intégrer le caractère incertain, évolutif et complexe des situations et des pratiques de soins, ainsi que l'évolution du contexte socioprofessionnel dans lequel ces dernières se déploient. Dans cette perspective, les principes et les valeurs qui orientent l'agir médical sont appelés à se construire en situation. Mais compte-tenu des situations contemporaines de soins et de la nécessité de considérer les pratiques soignantes comme une activité collective (interprofessionnelle, interinstitutionnelle), le professionnalisme médical doit lui-même s'envisager dans une dynamique de construction collective (Engel et Prentice, 2013).
- 13 Pratiquement, cette évolution du professionnalisme vers un « inter-professionnalisme »¹ requiert donc de la part des professionnels du soin le développement d'une compétence éthique leur permettant d'apprendre à évaluer individuellement et collectivement l'articulation adéquate des finalités et des moyens de leur agir, pour ainsi (re)construire des normes et donc des modalités d'intervention professionnelle plus adaptées à la singularité et à la complexité des situations de soins. Comme le souligne Miche Fabre,
- 14 *« dans nombre de cas, on ne connaît pas d'avance quel est le bien de la situation : vaut-il mieux, par exemple, prolonger de quelques mois la vie de ce malade inguérissable au risque de lui faire endurer des souffrances insupportables ou le laisser s'éteindre sereinement ? Dans d'autres cas, la visée initiale se modifie au fur et à mesure que se déroule l'acte d'évaluation. Il serait donc irrationnel de s'en tenir à une fin prédéterminée sans prendre en compte la question des moyens ainsi que les conséquences possibles de l'action »* (Fabre, 2014, p.72).
- 15 Voilà pourquoi, dans ce cadre, la démarche éthique ne peut plus viser « uniquement » la production d'un discours moral à propos des pratiques biomédicales, construit à partir d'un cadre de références prédéterminé (des théories éthiques, des principes). Comme le souligne Bégin (2015), s'inspirant lui-même des réflexions consacrées à la notion de compétence (Le Boterf, 1994 ; Tardif, 2006), la démarche éthique doit sans doute davantage s'envisager comme une intelligence pratique des situations et donc viser la résolution de problèmes pratico-moraux complexes, qui se posent en situation, par l'articulation adéquate des ressources internes (savoirs, savoir-faire, savoir-être) mais aussi externes (ressources de l'environnement). Ce recentrement de l'éthique sur la capacité d'agir des acteurs s'inscrit en cela dans le tournant pragmatique pris par l'éthique en santé (Aiguieret Cobbaut, 2016) que l'on peut, avec Marc Maesschalck (2010), caractériser comme le passage d'une éthique axée sur les discours normatifs à propos des pratiques, à une capacité de « faire » de l'éthique en situation. Il s'agit autrement dit de considérer l'éthique comme une ressource de l'agir médical et non pas comme un « supplément d'âme » ou une caution morale.

- 16 Cette conception contemporaine de l'éthique nécessite d'en penser l'intégration et le développement au sein du cursus médical.

I. 4 Développer la compétence éthique dans la formation médicale

- 17 Envisager la compétence éthique comme une ressource du professionnalisme et de l'agir médical enjoint selon nous à la considérer comme une compétence clinique à part entière (Patenaude et al, 2001).
- 18 Sur le plan pédagogique, il ne paraît de ce fait pas pertinent de concevoir la formation à la compétence éthique dans une logique exclusive d'enseignement dans laquelle prévaut une démarche transmissive de contenus figés et décontextualisés consacrés aux pratiques médicales dont on ne peut garantir ni le transfert en situation, ni son actualisation. C'est plutôt une logique d'apprentissage centrée sur l'apprenant et sur son interaction avec l'environnement comme source d'apprentissage qui semble devoir être privilégiée (Jouquan et Bail, 2003). On retrouve ici les présupposés du paradigme socioconstructiviste de l'apprentissage (Jonnaert, 2003) ce qui, pratiquement, se traduit par une articulation plus prononcée entre théorie et pratique et par le recours à des approches pédagogiques plus actives, plus réflexives et plus situationnelles (Cruess, Cruess et Steinert, 2009). Certains travaux consacrés à la pédagogie de l'éthique en santé rendent compte de cette évolution (Aiguier, Boitte et Cobbaut, 2012 ; Marcoux et Patenaude, 2000). Aux modèles déontologiques de la formation à l'éthique visant l'adoption par le professionnel du comportement estimé adéquat par ses pairs, aux modèles « principlistes » visant la déduction par le sujet de principes d'actions, aux modèles plus narratifs et herméneutiques centrés sur le récit du sujet et visant la construction d'une représentation des situations (Fourez, 1994), voire aux modèles centrés sur le développement d'une « sensibilité morale » du sujet (éthique du care) (Gendron, 2009), on privilégie aujourd'hui des formations centrées sur les aspects socioprofessionnels de la clinique (Godin, Moulin et Vanpee, 2004), sur la capacité des acteurs de s'engager dans une délibération morale (Molewijk, Abma, Stolper et Widdershoven, 2008), ou encore sur la capacité des acteurs et des organisations de traiter collectivement les problèmes complexes générés par les situations de soins (Aiguier *et al.*, 2012). L'objectif de ces formations inscrites dans une perspective plus pragmatique est essentiellement d'éveiller les (futurs) professionnels de santé aux enjeux contemporains du soin et de leur permettre de développer une pratique de soin conscientisée, critique et responsable via une démarche d'analyse réflexive de situations-problèmes réelles qu'ils ont eux-mêmes vécues. Ces dernières, choisies pour leur caractère déstabilisant (Hubert et Dalongeville, 2011), permettent aux acteurs d'apprendre à mieux problématiser (Fabre, 2006) leur agir médical en réinterrogeant les finalités (cliniques, sociales) et les modalités de l'action. Mais au-delà d'un ajustement des méthodes pédagogiques, cette approche plus contextuelle et réflexive de la formation à l'éthique questionne les conditions de son déploiement dans le cursus médical.
- 19 En effet, l'organisation de ce dernier, de la première année en santé exclusivement théorique et fortement marquée par la logique du concours à un renforcement progressif d'une pédagogie plus expérientielle à travers le stage, nécessite de construire une progression pédagogique qui tienne compte des contraintes spécifiques mais aussi des potentialités de chacune des étapes du cursus.

II. Le développement de la compétence éthique dans le cursus médical : une illustration à partir du programme éthique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de L'Université Catholique de Lille.

- 20 Fort des développements précédents, il semble inconcevable d'organiser un enseignement de l'éthique délié de la pratique clinique. C'est ce postulat qui inspire les pratiques pédagogiques des enseignants-chercheurs du Centre d'Éthique Médicale à la Faculté de Médecine et de Maïeutique de l'Université Catholique de Lille (FMM). En charge des enseignements d'éthique et de sciences humaines et sociales (SHS), ils proposent un dispositif structuré à partir de trois grands objectifs favorisant selon eux le développement d'une compétence éthique : (1) *comprendre* le contexte contemporain des pratiques en santé et son impact sur la clinique ; (2) *évaluer* l'agir médical dans toutes ses dimensions et se situer comme futurs professionnels d'un champ complexe et en mutation (place du patient comme partenaire des soins ; contexte social, politique, culturel et économique ; progrès technoscientifiques ; etc.) ; et (3) *s'engager* dans le développement d'un agir adéquat par l'expérimentation et la participation à des dispositifs de réflexion éthique.
- 21 En première année (L1), c'est dans le cadre de l'enseignement des SHS organisé autour de six modules (histoire, sociologie, droit, économie, psychologie et philosophie) qu'est abordée l'éthique. Répondant à l'objectif « *comprendre* », il s'agit plus spécifiquement durant cette première année :
- 22 – De familiariser les étudiants avec les principaux concepts contemporains de chaque discipline (dimension épistémologique) ;
- 23 – De partager l'intérêt d'un regard croisé de ces disciplines sur ce qu'est la nature et l'évolution de la médecine (dimension pratique) ;
- 24 – De contribuer au développement de leur capacité réflexive en élargissant leur préoccupation à l'ensemble du champ social (dimension citoyenne).
- 25 Dans la perspective d'une contextualisation de l'apprentissage peu évidente dans une première année au cours de laquelle les étudiants n'ont pas de stage et sont focalisés sur le concours, cet enseignement des SHS s'appuie sur un « fil conducteur thématique ». Après avoir centré l'enseignement sur la problématique du cancer pendant quelques années (Aiguier *et al.*, 2013), l'équipe pédagogique a réorienté ses cours sur la question du handicap, pour ainsi s'inscrire pleinement dans les grandes orientations du Secteur santé-social² de l'Université Catholique de Lille, qui a fait de cette problématique une priorité. Du point de vue de l'éthique, les modalités de prise en charge et d'accompagnement du cancer et des situations de handicap mettent en exergue quatre enjeux essentiels de la médecine contemporaine : celle-ci reste marquée par une marge d'incertitude que les progrès techniques et scientifiques – s'ils la réduisent – n'abolissent pas ; les pathologies ou états chroniques caractéristiques des situations cliniques contemporaines requièrent une prise en charge holistique ; elles nécessitent une transformation de la relation de soin et plus largement de la conception même de ce que soigner veut dire (le soin comme logique d'accompagnement) ; enfin, la prise en charge de ces pathologies est un lieu

- d'articulation des préoccupations centrées sur la singularité de l'individu et des préoccupations collectives (politiques publiques, plans nationaux).
- 26 Sur le plan pédagogique, ces fils conducteurs thématiques comportent un certain nombre de traits qui en favorisent l'appropriation par les étudiants. Ce sont des pathologies proches et familières (à travers l'expérience des proches et à travers les médias, chacun s'est construit son propre système de représentation du cancer, du handicap) ; les éléments de compréhension du contexte semblent à leur portée (beaucoup de ressources – dans toutes les disciplines – sont disponibles pour constituer un parcours pédagogique riche et varié).
 - 27 En deuxième année (L2), l'éthique se développe à travers le stage infirmier, première expérience significative des étudiants avec la pratique de la médecine. Le débriefing de ce stage infirmier en sous-groupes (environ quinze étudiants) est l'occasion d'appuyer l'enseignement de l'éthique sur l'expérience vécue par les étudiants ou au moins sur leur observation et/ou ressenti de situations souvent vécues comme déstabilisantes, problématiques, voire parfois inacceptables (confrontation des étudiants à la souffrance des patients, à la violence renvoyée par certaines situations de soins, aux limites de la médecine et de son organisation, etc.). Les étudiants sont ainsi mis en situation d'analyse *a posteriori* des problèmes issus des pratiques de soins. En Licence 3, cet enseignement se poursuit par un cours consacré à la subjectivité des étudiants. Un binôme (enseignant d'éthique
 - 28 et de SHS ainsi qu'un praticien hospitalier) assure un cycle de cours visant à interpellier la responsabilité des étudiants, non pas uniquement dans une perspective professionnelle de futurs soignants (responsabilité médicale, responsabilité juridique et déontologique) mais plus globalement de citoyen et d'être humain (responsabilité morale, éthique, anthropologique). Ainsi développées, les deuxième et troisième années tendent vers l'objectif « évaluer » l'agir médical.
 - 29 Suite à ce premier cycle consacré à une double démarche de contextualisation et de subjectivation, le deuxième cycle des études médicales s'organise autour d'une dizaine d'interventions de deux heures consacrées à une pratique clinique, et sur un enseignement d'éthique clinique de vingt-quatre heures. L'enseignement s'appuie sur l'expérience effective des étudiants, et ce dans le cadre d'un apprentissage expérientiel (Albarello, Barbier, Bourgeois et Durand, 2013) inspiré de la philosophie pragmatiste de l'apprentissage (Aiguier, Le Berre, Vanpee et Cobbaut, 2012 ; Dewey, 2011) : il ne s'agit plus de faire référence à une expérience, mais d'expérimenter (et donc d'éprouver) les conditions d'une réflexion éthique collective. On tend ici vers l'objectif « s'engager » dans l'initiation d'une démarche éthique.
 - 30 À ce dispositif formel, inscrit dans le référentiel de formation, s'ajoute toute une série d'initiatives pédagogiques complémentaires.
 - 31 Une pédagogie expérientielle et réflexive en contexte authentique est notamment expérimentée depuis 2004 (Aiguier *et al.*, 2016). Partant d'un problème réel, à savoir la nécessité d'apprendre à travailler ensemble pour mieux prendre soin, elle est soutenue par le recours aux méthodes d'autoconfrontation issues du champ de l'analyse de l'activité. Des étudiants de différents cursus dont la médecine, en stage dans un service de soins, sont mis en situation de réunion d'équipe pluridisciplinaire. Dans les conditions du réel et avec les ressources disponibles (acteurs présents dans l'unité de soins, le dossier du patient, etc.), ils ont pour consigne de construire le projet de soins d'un patient

hospitalisé dans le service. La démarche consiste à filmer l'exercice puis à faire visionner aux étudiants le film retraçant leur activité en leur demandant d'expliquer leur stratégie d'action. Les premières évaluations attestent que cette confrontation à leur propre vécu permet de mettre en exergue les dimensions objectives et subjectives de leur agir et de les engager dans une démarche réflexive collective (Aiguier, Oboeuf, Cobbaut et Vanpee, 2015).

- 32 Une expérience de formation à l'éthique du soin par jeu de rôles, menée dans le cadre d'un projet européen « Dignity in care » (Boitte *et al.*, 2012), s'appuyant lui-même sur le laboratoire éthique « sTimul » (Vanlaere, Coucke et Gastmans, 2010) est également expérimentée. Elle consiste en l'immersion pendant deux jours et demi, dans un EPHAD³ reconstitué, de professionnels de santé (formateurs, soignants, cadres de santé) prenant la place des patients/usagers et d'étudiants formant une équipe professionnelle, permettant aux participants de faire à la fois l'expérience des relations et de l'organisation de soin, mais également de revenir réflexivement sur cette expérience avec les participants incarnant les différents rôles.
- 33 Les premiers résultats manifestent que les participants font réellement l'expérience du soin à un niveau personnel et collectif, et qu'ils peuvent revenir réflexivement sur les enjeux de la relation avec les acteurs du soin (y compris avec les participants incarnant les patients), ce qui est moins spontanément le cas dans un stage « traditionnel ».
- 34 Ces initiatives de recherche en pédagogie viennent ainsi soutenir les pratiques de formation en éthique développées dans le cadre du cursus formel des études médicales. Elles témoignent aussi de l'engagement des acteurs et des organisations directement concernés par l'apprentissage de la médecine dans les innovations pédagogiques rendues nécessaires par le contexte contemporain du soin.

III. Quelques éléments de discussion

- 35 Si l'ensemble de ce dispositif vise le développement d'une compétence éthique intégrée à la pratique des futurs médecins, certaines questions se posent.
- 36 La première concerne l'évaluation du développement effectif de cette compétence éthique. Sur ce point, il semble plus évident d'évaluer l'acquisition d'un certain nombre de ressources de cette compétence (développement d'une capacité critique et réflexive via les exercices rédactionnels, évaluation des comportements et de la sensibilité éthique via des exercices de simulation et de jeux de rôles) que le développement de la dite compétence, celle-ci étant par nature appelée à se développer tout au long de la vie professionnelle et à s'évaluer au gré des expériences professionnelles et de formation. Une telle perspective requiert ainsi le renforcement de la pédagogie de l'alternance (terrain/école) qui prévaut en médecine, mais dans une logique bien plus intégrative (Mehran, Ronveaux et Vanhulle, 2007), c'est-à-dire de se développer à partir d'un projet commun d'apprentissage, co-construit et co-évalué par les différents partenaires de l'apprentissage (les formateurs, les praticiens et les étudiants). La principale difficulté relève essentiellement de la volonté réelle des environnements d'apprentissage (écoles et terrains) de s'engager dans l'élaboration de ces projets d'apprentissage et dans leur évaluation. En effet, cela implique de modifier les logiques pédagogiques classiquement à l'œuvre : les savoirs à l'école, la pratique lors des stages.

- 37 Quant à la deuxième question, qui découle du point précédent, elle porte sur la posture pédagogique des enseignants et plus largement des différents partenaires de l'apprentissage. Les études médicales peinent encore sans doute à sortir d'une logique transmissive, leur rapport à l'expérience pouvant même encore parfois se cantonner à une certaine forme de mimétisme. Or la perspective d'une compétence éthique considérée comme dimension intrinsèque de l'agir médical oblige à repenser l'accompagnement pédagogique. Si la posture de l'enseignant transmetteur de ressources reste pertinente lorsqu'il s'agit d'acquérir des savoirs conditionnels et procéduraux nécessaires à l'exercice de la médecine, elle doit aussi s'accompagner d'autres postures : celle du « guide », lorsqu'il s'agit d'accompagner les étudiants pendant leur temps de stage ; celle de l'animateur quand il s'agit de débriefer les expériences vécues par les étudiants en stage. Plus globalement, c'est donc une posture de « compagnon réflexif » (Donnay et Charlier, 2006) qui devrait être privilégiée. Celle-ci implique une capacité à alterner les postures pédagogiques en fonction des séquences pédagogiques. Sa mise en oeuvre relève d'une révolution culturelle tant des acteurs que des institutions, qui doivent accepter le glissement vers une démarche davantage transactionnelle de l'apprentissage dans laquelle la relation pédagogique devient moins asymétrique, « celui qui sait » (le professionnel, l'enseignant) devenant celui qui « accompagne » l'étudiant dans le développement idiosyncrasique de son apprentissage.
- 38 Cela plaide aussi pour des dispositifs de formation davantage pensés dans une fonction de tertiérisation (Xhaufclair et Pichault, 2012), autrement dit d'accompagnement de la réflexivité des acteurs dans une visée d'autocapacitation (développement du pouvoir d'agir) de ces derniers. Si une telle perspective appelle à modifier en profondeur la dynamique pédagogique, elle exige aussi, sur un plan plus institutionnel, de reconfigurer les environnements et espaces d'apprentissage. En effet, un ajustement des méthodes pédagogiques, certes nécessaire, risque fort de s'avérer insuffisant. Le développement d'une compétence éthique qui rende les futurs professionnels capables de s'engager dans agir collectif juste et responsable exige très certainement un décloisonnement de l'ensemble des cursus de formation en santé. Pour ce faire, deux pistes méritent sans doute d'être explorées. En tout premier lieu, on pourrait envisager une intégration et une articulation des différents cursus de formation dans des facultés interprofessionnelles de santé, à l'image des démarches déjà entreprises en ce sens (Pomey *et al.*, 2015). Le développement des compétences spécifiques propres à chaque profession de santé s'organiserait alors autour d'un projet commun : le prendre soin. Ensuite, et par conséquent, on peut plaider pour une refonte de la gouvernance de la formation en santé, appelée elle aussi à devenir plus réflexive, plus collective, mais aussi plus inclusive, favorisant ainsi une élaboration par l'ensemble des parties prenantes (enseignants, soignants, étudiants et patients) des projets pédagogiques et de leur évaluation. Car s'il reste encore un point à largement améliorer dans les initiatives pédagogiques que nous avons présentées, c'est bien la participation effective des patients. Une telle perspective, qui s'inscrit rappelons-le dans la visée d'un renforcement de la démocratie sanitaire, doit nous conduire à envisager la médecine et plus globalement la santé comme un apprentissage collectif.

IV. Conclusion

- 39 L'objectif de ce texte était de repérer les changements attendus en matière d'intégration et de formation à l'éthique dans le cursus médical, compte-tenu de l'évolution du contexte et des pratiques de soins. Selon notre hypothèse, celle-ci réclame, de la part les professionnels, le développement d'une compétence éthique leur permettant non seulement d'évaluer les finalités et les modalités de leur agir, mais aussi plus largement d'apprendre à s'engager dans la construction collective d'un professionnalisme réflexif et partagé. L'éthique s'entend dès lors comme une ressource de l'agir et non comme un discours décontextualisé à propos des pratiques, ce qui conduit à envisager son apprentissage à partir d'approches pédagogiques situationnelles, réflexives et interactives, mais aussi à repenser les modalités d'accompagnement de cet apprentissage (logique d'alternance intégrative, posture de compagnonnage réflexif, gouvernance réflexive et inclusive de la formation).
- 40 Au terme de cette réflexion, on voit bien en quoi le développement de la compétence éthique en formation médicale questionne clairement l'éthique de l'apprentissage de la médecine, et plus particulièrement la responsabilité des acteurs et des organisations (facultés, hôpitaux) impliquées dans la démarche. Pour les acteurs, il s'agit de s'engager activement et collectivement dans le développement d'une compétence éthique visant un agir médical juste et responsable. Quant aux organisations, elles doivent sans nul doute devenir davantage capacitantes (Fernagu-Oudet, 2012), c'est-à-dire créer les conditions favorables à cet apprentissage en renforçant l'autonomisation, la réflexivité, le pouvoir d'agir mais aussi la participation de l'ensemble des acteurs concernés. Si une telle perspective inscrit la médecine et plus largement la santé dans une démarche d'apprentissage collectif, elle en dépasse les aspects strictement organisationnels pour en faire un projet social et politique, que l'on peut sans doute ici rapprocher de la visée éthique définie par Paul Ricoeur (1996) : « *La visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* ».

BIBLIOGRAPHIE

- Aiguier, G. et Cobbaut, J.-Ph. (2016). Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation. *Journal International de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1), 17-40.
- Aiguier, G., Oboeuf, A., Cobbaut, J.-Ph., et Vanpee, D. (2015). Activity Confrontation Methods : A reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5) : 457-463.
- Aiguier, G., Boury, D., Oboeuf, A., Cobbaut, JP, Forzy, G., Lustman, M. et Boitte, P. (2013). Ethique et cancer : fil rouge dans une formation initiale de sciences humaines et sociales en médecine (PACES). *Psycho-oncologie*, 7, 97-105.
- Aiguier, G., Boitte, P. et Cobbaut, J.-Ph. (2012). Repenser la

- formation à l'éthique au prisme du pragmatisme : fondements et implications pédagogiques. *Ethica Clinica*, 68,16-23.
- Aiguié, G., Le Berre, R., Vanpee, D. et Cobbaut, J.-Ph. (2012). Du pragmatique au pragmatisme : quels enjeux pour la formation à l'éthique ? *Journal International de Bioéthique et d'éthique des sciences*, 23(4), 123-148. Albarello, L., Barbier, J.-M., Bourgeois, E. et Durand, M. (2013). *Expérience, activité, apprentissage*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beauvais, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs, revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes*, 3(6), 99-113.
- Boitte, P., Aiguié, G., Dequire, A.-F., Paire, B., et Cobbaut, JP. (2012). Comment mieux former à prendre en compte la dignité du patient dans le soin ? Le projet européen Dignity in Care dans la perspective du partenaire lillois. *Ethica Clinica*, n°68
- Cruess, R. L. and Cruess S. R. (2000). Professionalism : a contract between medicine and society. *CMAJ*, 162(5), 668-669.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R. and Steinert, Y. (2009). *Teaching Medical Professionalism*. New York : Cambridge University Press
- Cruess, S. R., Johnston, S. and Cruess, R. L. (2004). Profession : A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16, 74-6.
- Dewey, J. (2011). *Expérience et éducation*. Paris : Armand Colin
- Donnay, J. et Charlier, E. (2006). *Apprendre par l'analyse de pratiques : Initiation au compagnonnage réflexif*. Namur : Presses universitaires de Namur
- Engel, J. and Prentice D. (2013). The ethics of interprofessional collaboration. *Nursing Ethics*, 20, p. 426-435.
- Fabre, M. (2014). Minimalisme moral et maximalisme éthique chez John Dewey, *Recherches en Education*, Hors-Série n°6, 71-80
- Fabre, M. (2006). *Situations de formation et problématisation*. Bruxelles : De Boeck.
- Fernagu-Oudet S. (2012). Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. In Bourgeois E et Durand M. (sous la dir.), *Apprendre au travail*, (chapitre 14, pp. 201-213). Paris : PUF.
- Fourez, G. (1994). Constructivisme et justification éthique. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(1), 157-174
- Frank, J. R. (Ed.). (2005). Le cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005. *De meilleures normes. De meilleurs médecins. De meilleurs soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Gendron, C. (2009). Développer la compétence éthique par le biais de l'éthique du care : Une utopie ? In F. Jutras et C. Gohier. *Repères pour l'éthique professionnelle des enseignants*. Sainte-Foy : Presses universitaires du Québec.
- Godin, V., Moulin, D. et Vanpee, D. (2004). La formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine : un défi ? L'expérience de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain, *Pédagogie Médicale*, 5(1), 35-42
- Hottois, G. et Missa, J.-N. (Ed.). (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck.
- Huber, M. et Dalongeville, A. (2011). (Se) former par les situations-problèmes : Des déstabilisations constructives. Lyon : *Chronique sociale*.

- Jonnaert, Ph. (2003). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck.
- Jouquan J. et Bail Ph. (2003). A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie médicale* 4 (3), 163-175.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'Organisation.
- Legault, G. A. (Ed.). (2005). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Saint-Foy : Presses universitaires du Québec.
- Maeschalck, M. (2010). *Transformations de l'éthique : de la phénoménologie radicale au pragmatisme social*. Buxelles : Peter Lang.
- Marcoux, H. et Patenaude, J. (2000). L'éthique dans la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? *Pédagogie Médicale*, 1, 23-30.
- Mehran, F., Ronveaux, C. et Vanhulle S. (éds) (2007). *Alternances en formation*. Bruxelles : De Boeck.
- Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper M., et Widdershoven, G. (2008). Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J. Med. Ethics*, 34, 120-124
- Patenaude J., Lambert C., Dionne M., Marcoux H., Jeliu G. et Brazeau-Lamontagne L. (2001). L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie médicale*, 2(2), 71-80.
- Pomey, M-P., Flora, L., Karazivan, Ph., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., et Jouet E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique HS/2015 (S1)*, 41-50.
- Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Rothier-Bautzer, E. (2013). L'autonomie du malade chronique, enjeu de nouvelles coopérations interprofessionnelles. *Education Permanente*, 195(2), 109-120.
- Rothier Bautzer, E. (2002). Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Revue française de pédagogie*, 138, 39-50.
- Tardif, J. (2006). *Evaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière Education
- Verkerk, M. A., De Bree, M. J. et Mourits, M. J. E. (2007). Reflective professionalism : interpreting CanMEDS' « professionalism ». *Journal of Medical Ethics*, 33(11), 663-666.
- Xhaufclair, V. et Pichault, F. (2012). Du Tiers à la Tercésiation. Modalités d'une fonction essentielle pour l'émergence d'une régulation à l'échelon inter-organisationnel. *Négociations*, 2(18), 43-59.

NOTES

1. L'interprofessionnalisme désigne la co-construction, par les différents professionnels engagés dans le soin, des valeurs et des pratiques de soins adéquates compte-tenu de la situation clinique singulière.
2. Le pôle santé-social de l'Université Catholique de Lille regroupe des établissements de soins (hôpitaux, EPHAD), des écoles du champ sanitaire et médico-social (Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique, écoles paramédicales et du travail social, et des centres de recherche (en éthique médicale, en droit de la santé, en économie de la santé, etc.)
3. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

RÉSUMÉS

L'éthique est de plus en plus considérée comme une dimension du professionnalisme médical et donc comme une compétence que les professionnels doivent développer pour être capable de revisiter les fondements, les finalités et les moyens de leur action, et ainsi se livrer à une pratique professionnelle plus critique, plus réflexive et plus responsable. Partant de ce constat, le but de cet article est d'explorer les implications pédagogiques de ce tournant pragmatique de l'éthique en médecine : un apprentissage réflexif et contextualisé, une articulation théorie/pratique et une plus grande ouverture aux sciences humaines et sociales. S'appuyant sur la présentation d'un dispositif de formation à l'éthique et aux SHS en médecine actuellement expérimenté au sein de la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique de l'Université Catholique de Lille, cet article vise aussi à répondre à toute une série de questions : comment intégrer l'éthique et les Sciences Humaines et Sociales dans le curriculum de médecine ? Quels projets et dispositifs pédagogiques peut-on proposer ? Comment accompagner l'apprentissage de l'éthique ? Sur ce point, l'article plaide pour une transformation des organisations du soin et de la formation médicale en environnements capacitants, qui créent les conditions favorables à l'apprentissage.

Ethics is increasingly considered as a dimension of medical professionalism and as a competence which professionals need to develop in order to revisit the foundations, goals and means of their action, driving them to engage in a professional practice that is more critical, reflexive and responsible. From this statement, the goal of this article is to explore the pedagogical implications of this pragmatic turn of ethics in medicine: a reflective and situated learning, an articulation theory/practice, and a greater openness to social and human sciences. Through the presentation of an ethics training device and SHS in medicine currently experienced into the Faculty of Medicine and Maieutic of Université Catholique de Lille, this article also aims to answer a series of questions: how to integrate ethics and human and social sciences in the medical curriculum? What projects and teaching methods can be proposed? How to support ethics learning? On this point, the article calls for a transformation of organizations for the care and medical education in enabling environments that create the conditions for learning.

INDEX

Mots-clés : éthique, SHS, études médicales, compétence

Keywords : ethics, SHS, medical training, competence

AUTEUR

GRÉGORY AIGUIER

Université Catholique de Lille, Faculté de Médecine et de Maïeutique, Centre d'Éthique Médicale,
Laboratoire « Ethics »