

L'apprentissage de la chirurgie cardiovasculaire au troisième millénaire : quels projets, pour quels objectifs ?

Monsieur,

L'apprentissage de la chirurgie est depuis des siècles le fruit du long accompagnement d'un élève par un ou plusieurs maîtres qui vont lui inculquer leurs méthodes de pensée, leurs habitudes techniques et de raisonnement devant un patient, résultats de leur expérience, de leurs lectures et témoins de leur propre cheminement. L'élève est ensuite considéré comme jeune chirurgien autonome et construit alors sa propre expérience clinique, avec toujours les conseils réconfortants et la proximité physique rassurante des aînés. C'est le compagnonnage. Cependant, l'absence de contrôle continu en cours de formation et de validation rigoureuse d'objectifs pédagogiques prédéfinis rend cette méthode d'enseignement très dépendante de la motivation de chacun ainsi que de la qualité des relations humaines qui peuvent s'établir entre l'enseignant et l'enseigné. La chirurgie cardiovasculaire n'échappe pas à cette règle, avec cependant des différences importantes avec les autres spécialités chirurgicales. En effet, le fait d'être la dernière-née des spécialités chirurgicales, d'impliquer des techniques très sophistiquées et surtout de travailler sur un organe vital où l'erreur ne se répare parfois pas, implique que l'apprentissage de la chirurgie cardiovasculaire a toujours été plus long, plus difficile, plus aléatoire et plus « angoissant » aussi bien pour l'élève que pour son maître. Les choses ont changé récemment et la révolution pédagogique médicale et chirurgicale qui a débuté en Amérique du Nord et qui fait son chemin au sein de nos Facultés européennes se doit d'impliquer et de codifier encore plus l'enseignement de la chirurgie cardiovasculaire. Cet enseignement doit s'appliquer et s'adapter, en priorité, aux étudiants hospitaliers, aux internes non spécialisés en chirurgie cardiovasculaire, aux internes en cours de spécialisation et aux chefs de cliniques. Il doit aussi s'ouvrir aux intervenants proches tels les cardiologues et anesthésistes réanimateurs. Il doit enfin impliquer les infirmières de bloc opératoire et de service afin d'obtenir une meilleure prise en charge per et periopératoire des patients. Cet enseignement doit être fondé sur la définition d'objectifs pédagogiques adaptés répondant aux besoins propres de chaque catégorie d'enseignés. Les connaissances feront l'objet d'une évaluation afin de vérifier que les données fondamentales ont bien été acquises. Certains objectifs seront imposés par un programme officiel, notamment pour les internes de spécialité et les chefs de clinique, d'autres proposés lors du contrat de formation. Ainsi la formation d'un interne qui reste pour une durée de six mois en chirurgie cardiovasculaire doit être axée sur l'acquisition de connaissances théoriques sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et les différentes techniques utilisées ainsi que leurs résultats. Ces connaissances seront supportées par des cours théoriques et des

lectures suggérées, puis validées par un contrôle continu écrit et oral dont les résultats apparaîtront sur le carnet de stage, outil fondamental de ce type d'enseignement. En parallèle, une acquisition progressive des différents gestes techniques (sternotomie, canulation, anastomoses, implantation de prothèse valvulaire) sera réalisée, une fois acquis les principes théoriques. Les résultats et le nombre de gestes réalisés seront colligés dans le carnet de stage. Cet enseignement comporte un renforcement positif car l'acquisition des connaissances théoriques donne ensuite l'accès aux gestes pratiques, souhaités par les internes. Le niveau requis sera dépendant de l'ancienneté de l'interne. La validation finale de la formation est un examen national (examen du Collège français de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, actuellement sous forme orale, avec trois rubriques : cardiaque, thoracique et vasculaire), pouvant être complété par l'examen européen (pour devenir Fellow of the European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons : FETCS, après deux jours d'épreuves orales). Ces examens, de plus en plus rigoureusement réalisés, sélectifs, doivent valider un candidat comme chirurgien cardiovasculaire et, au travers de lui, son service formateur qui recevra un bonus pédagogique encourageant et peut-être attractif pour d'autres élèves en France ou en Europe. La mobilité, source de connaissances nouvelles et de relations humaines enrichissantes, devra aussi être fortement encouragée et facilitée, voire devenir obligatoire. Le caractère pédagogique d'un service ira alors de pair avec les techniques de pointe qu'il utilise, et ces services recevront pendant quelques semaines des jeunes chirurgiens pour une formation spécifique et reconnue. Le troisième millénaire s'ouvre sur une chirurgie cardiovasculaire mature, efficace et bien codifiée. Il est temps de codifier de manière rigoureuse et exhaustive son apprentissage, afin de former des chirurgiens riches de connaissances théoriques, pratiques, et remplis de confiance en eux, en étant bien armé pour faire face à toutes les situations. Cela a déjà commencé, grâce à l'effort de chacun, et se poursuivra avec succès, notamment grâce à l'apport de nouvelles méthodes d'enseignement. C'est le souhait de tous, et une réelle nécessité pour l'avenir.

Roland G. DEMARIA*, Bernard ALBAT*

* Service de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Hôpital Arnaud de Villeneuve
Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, France.
Correspondance : Dr Roland G. Demaria
Service de chirurgie cardio-vasculaire
Hôpital Arnaud de Villeneuve
CHU Montpellier - 371 avenue du Doyen Giraud
34295 Montpellier cedex 5 - France
Tél. 04 67 33 62 85 - Fax 04 67 33 62 75
mailto:roland.demaria@wanadoo.fr

L'enseignement de l'éthique médicale

Monsieur,

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt la publication de Lucie Brazeau-Lamontagne¹ à propos de l'évaluation de l'éthique médicale des résidents. L'évaluation des compétences acquises en éthique est en effet un sujet important, réputé difficile. Le papier nous apporte trois outils potentiellement intéressants dans ce cadre, à savoir : le carnet de stage, les séances d'apprentissage au raisonnement éthique (ARE) et l'observation directe. Nous sommes particulièrement intéressés par les séances d'ARE et nous aimerions avoir des données complémentaires pour la réalisation pratique de celles-ci.

Dans son article, Madame Brazeau-Lamontagne nous dit que ces séances d'ARE sont inspirées des séances d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC). Nous pratiquons depuis peu ce dernier type de formation dans notre institution pour les étudiants de médecine en stages cliniques. Comme décrit par Martine Chamberland² en petits groupes (7-10), les étudiants tentent de résoudre un problème donné. Ce dernier est choisi en fonction d'objectifs pédagogiques préalablement établis (situation clinique obligatoire que l'étudiant devrait savoir prendre en charge à la fin de son stage). Ici un membre du groupe (un étudiant ou un enseignant) a au préalable pris connaissance d'un cas. Ce membre du groupe joue le rôle de dépositaire et dispensateur de données. Celui-ci révélera seulement des informations précises à la demande explicite des autres membres du groupe. Toutes les questions doivent être justifiées et l'interprétation de toutes les réponses fournies permet aux étudiants de reconstituer le cas clinique d'une façon qui met à jour les étapes intermédiaires du raisonnement clinique. Cette démarche d'apprentissage utilise le modèle de raisonnement hypothético-déductif³, modèle qui met l'accent sur la génération précoce d'hypothèses suivie d'une stratégie d'enquête orientée en fonction de vérifier ces hypothèses par la recherche d'indices ou de données cliniques.

Après lecture de l'article, nous avons l'impression que, comme décrites, les séances ARE utilisent plus un mode d'apprentissage par exposition du problème et discussion que le modèle hypothético-déductif classiquement utilisé pour les séances d'ARC.

Deux questions nous intéressent particulièrement :

1. Est-il possible d'utiliser le modèle de raisonnement hypothético-déductif lors des séances d'ARE ? Si oui, comment se déroule concrètement une séance ?

2. Est-il possible de réaliser dans le cadre de formation (plus que d'évaluation) ce type d'ARE avec un plus grand groupe (20-25 étudiants). Si oui, comment organiser dans ce contexte la séance d'ARE ?

En vous remerciant de nous apporter votre expérience à ce propos.

Dominique Vanpee, Service des Urgences,
Mont-Godinne.

Véronique Godin, Unité de Pédagogie Médicale
Faculté de Médecine 1200 Bruxelles
Université Catholique de Louvain - Belgique
mailto:Dominique.Vanpee@rean.ucl.ac.be

Références

1. Brazeau-Lamontagne L. L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. *Pédagogie médicale* 2002, 3 : 152-58.
2. Chamberland M. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) : un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en médecine. *Ann Med Interne* 1998, 149 : 479-84.
3. Kassirer JP. Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. *Let's preach what we practice. N Engl J Med.* 1983 ; 309 : 921-3.

L'enseignement de l'éthique médicale - Réponse

Monsieur,

Je vous remercie de me donner l'occasion de répondre à la lettre que Dominique Vanpee vous a envoyée à la suite de l'article sur l'évaluation de l'éthique médicale des résidents paru dans cette revue¹. Cet échange me permet de clarifier mes propos.

J'ai écrit que l'ARE s'inspire de l'ARC (que Martine Chamberland a proposé à la communauté médicale²) parce que les deux partagent les points suivants :

1. Viser l'apprentissage d'un raisonnement complexe.
2. Favoriser le processus d'un raisonnement en travaillant l'explicitation de l'implicite.

3. Tenir compte du contexte flou où ces compétences complexes seront appliquées.

4. Compter sur le levier formateur par les pairs.

5. Cheminer en groupe restreint.

6. Révéler les informations à la demande explicite des autres membres du groupe.

7. Justifier toutes les questions posées.

8. Fournir toutes les réponses permettant aux étudiants et aux médecins enseignants de reconstituer le cas (clinique) pour mettre à jour les étapes intermédiaires du raisonnement.

9. Utiliser le modèle de raisonnement hypothético-déductif qui met l'accent sur la génération précoce d'hypothèses, suivie d'une stratégie d'enquête orientée en fonction d'une vérification de ces hypothèses par la recherche d'indices ou de données probantes.

Les différences entre l'ARE et l'ARC justifient que je les distingue. Comme le souligne Dominique Vanpee, dans l'ARC, le résident « joue le rôle de dépositaire et dispensateur de données ». Il y a donc un volet imaginaire et théâtral, volet que l'ARE n'a pas. Dans l'ARE, le résident soumet un dilemme qu'il a réellement vécu. Sa propre décision spontanée et celle des pairs en séance d'ARE servent de premières hypothèses de départ. Autour de ces décisions spontanées oscilleront les choix décisionnels possibles, ce qui alimentera les débats tout au long du processus hypothético-déductif.

Dans l'ARC, les cas « imposés » assurent que toute la matière sera couverte, comme on dit couramment. Avec l'ARE, seuls les chapitres sont imposés : ceux qui se retrouvent en en-tête dans le carnet de stage, vrai trésor où puisera le résident pour présenter lors des séances d'ARE. Ces chapitres pourront être le consentement, la confidentialité, les enjeux aux extrémités de la vie actuelle et transmise, l'allocation de ressources et les conflits qu'elles font surgir, la collégialité, les convictions personnelles et les objections de conscience. Chaque programme adopte les chapitres jugés pertinents à la pratique à laquelle il prépare les résidents. Les résidents trouvent une abondante source de réflexion éthique à même les épisodes de leur apprentissage clinique.

L'ARE permet d'explicitier quatre étapes dans la prise de décision éthique :

- a) prendre conscience que la situation comporte un dilemme ;
- b) clarifier les valeurs en conflit dans ce dilemme ;
- c) prendre une décision raisonnable en choisissant quelle valeur privilégier dans la situation ;
- d) établir un dialogue réel avec les personnes impliquées, y compris les témoins, pour établir un consensus sur la décision acceptable⁸.

Concrètement une séance d'ARE donne la parole à un résident qui choisit de présenter un épisode déjà relaté dans son carnet de stage. Chaque résident doit présenter au moins un épisode par chapitre de son carnet de stage durant sa formation. (Six chapitres obligatoires dans le carnet de stage amènent chaque résident à présenter 6 fois en séance d'ARE. Si le programme de formation dure 5 ans, chaque résident présente un peu plus d'1/an.). Mais chaque séance d'ARE donne aussi la parole aux autres résidents et au médecin enseignant. Les consensus progressent pour faire le tour des 4 étapes de prise de décision éthique, précédemment énumérées. Au moment de la séance d'ARE, le résident qui apporte son épisode à discuter a déjà franchi (du moins, c'est ce qu'il vient mettre en débat) les trois premières étapes. Mais ses

interlocuteurs ont à les franchir à leur tour en discutant avec lui, s'ils veulent bâtir un dialogue véritable. Ils veillent à débusquer ensemble les courts-circuits et les a priori, s'efforçant de ne négliger aucun partage de sens.

Chronologiquement le déroulement d'une séance d'ARE peut très bien évoluer en « volutes », revenant sur des consensus qu'on croyait établis et que la discussion ébranle à l'étape suivante.

Je doute que le dialogue soit réalisable en groupe plus grand que 6 ou 7 étudiants. Si le plus grand nombre s'impose, on peut alors opter pour un apprentissage de la délibération éthique en sous-groupe, et s'en remettre à la formule de la plénière comme pis-aller. Alors une facette essentielle de l'ARE est sacrifiée : le retour réflexif sur un épisode de sa propre expérience professionnelle. Une fois perdu le rapprochement avec le contexte professionnel réel du résident, le transfert en performance éthique durable pour le futur est menacé. Je tiens à souligner que sans le dialogue et l'implication personnelle, l'ARE perd de son sens. C'est par le dialogue authentique que la délibération éthique peut s'affranchir de l'arbitraire d'une part et d'autre part se dégager de la contrainte du dogmatisme. C'est dire que c'est par le dialogue dans l'action et à propos de l'action réelle que la délibération éthique peut accéder à « l'universalisable ». C'est en mettant le dialogue en pratique et dans la pratique que l'ARE est prometteur comme outil de formation médicale.

Dans l'ARE, formation et évaluation authentique touchent non seulement l'action réelle mais aussi la délibération qui lui a présidé et l'argumentation qui en explicite les motivations en dialogue. Les trois sont indissociables. J'avoue ne pas reconnaître l'apprentissage au raisonnement éthique sans l'évaluation authentique de la parole partagée qu'il suppose et à qui il laisse le temps de s'élaborer.

Lucie Brazeau-Lamontagne
Département de Radiologie diagnostique
Centre hospitalier et Faculté de Médecine de
l'Université de Sherbrooke
3001, 12^e avenue Nord - Sherbrooke, Qc
Canada J1H 5N4 - Tél. (819) 346-1110 poste 14985
Télécopieur : (819) 820-6423
mailto:Lucie.Brazeau.Lamontagne@USherbrooke.ca

Références

1. Brazeau-Lamontagne L. L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 152-58.
2. Chamberland M. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) : un exemple d'activité pédagogique contextualisée adaptée aux stages cliniques en médecine. *Ann Med Interne* 1998, 149 : 479-84.
3. Legault GA. *Professionalisme et délibération éthique*. Presses de l'Université du Québec. Québec 1999, pp. 87-225.