

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

Véronique GODIN*, Didier MOULIN**, Dominique VAN PEE***

Résumé *Contexte* : La formation des futurs médecins aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine relève de la responsabilité sociale des facultés de médecine. **Buts et méthodes** : Les auteurs rapportent la mise en place d'une telle formation à partir de l'audit de la faculté réalisé selon le modèle de l'agrément des facultés de médecine nord-américaines ; ils rapportent également les résultats d'une première évaluation de la formation menée par questionnaire auprès des étudiants. **Résultats** : Une formation interdisciplinaire a été structurée sur une période d'enseignement de trois ans ; elle englobe les champs de l'éthique, de la déontologie, du droit médical, de l'économie de la santé et de la santé publique. Elle est contextualisée par l'utilisation de vignettes cliniques et du carnet de bord. **Conclusion** : La formation mise en place doit encore évoluer. Il est nécessaire d'approfondir la réflexion sur les causes de cette faible satisfaction.

Mots clés Etudes médicales prégraduées ; formation aux enjeux sociaux et éthiques ; interdisciplinarité.

Summary *Context*: the training of the future physicians to social and ethical stakes of health and medicine is the concern of the social responsibility of the Faculty of Medicine. **Goals and methods**: the authors report the advance of the setting of such a training starting from the audit of the faculty carried out according to the model of accreditation of the North-American Faculty of Medicine; they also report the results of a first evaluation of this training based on the response to questionnaire distributed to the students. **Results**: an interdisciplinary training program has been established over a period of three year; it includes the fields of ethic, deontology, medical right, economy of health and the public health. It is characterized by the use of clinical vignettes and personal logbooks. A first evaluation reveals a poor satisfaction of the students for this kind of training. **Conclusion**: this training still have to evolve further. It will be necessary to deepen the reflection about the causes of the observed poor evaluation.

Key words Pregraduate medical education; training for social and ethical stakes; interdisciplinarity.

Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 35-42

Université catholique de Louvain : * Unité de pédagogie médicale, ** Service de Pédiatrie, *** Service des Urgences
Correspondance : Véronique Godin - Unité de pédagogie médicale, UCL 7257 - Avenue Mounier, 50 - 1200 Bruxelles
mailto:godin@pedm.ucl.ac.be

Introduction

Entre 1992 et 1994, à l'initiative du doyen, une évaluation de la faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain était menée selon le modèle de l'agrément des facultés de médecine nord-américaines^{1,2}. Le rapport d'audit déposé en mars 1994 mettait en exergue, dans la partie consacrée à l'analyse du programme de formation médicale, une « insuffisance de formation en sciences humaines et en sciences sociales ». Il recommandait dès lors de renforcer, tout particulièrement au cours du 2^e cycle, l'enseignement des aspects psychologiques, économiques, médico-légaux et éthiques de la médecine. Cette recommandation reposait tout à la fois sur une analyse du contenu du programme et sur les difficultés rapportées par les médecins diplômés³. Fallait-il d'ailleurs s'en étonner alors que la formation en sciences humaines et sociales était non seulement quantitativement peu développée mais surtout morcelée et ponctuelle, purement déclarative, et totalement décontextualisée ? Dans le travail de réforme du programme de la formation médicale qui s'en suivit, la Commission d'enseignement de l'école de médecine décidait de revoir sa formation en sciences humaines et sociales en considérant deux dimensions essentielles : celle de la relation interpersonnelle – particulièrement entre médecin et patient – et celle du contexte de la pratique médicale, dans ses aspects individuels et sociaux.

Elle décidait de retenir comme un des objectifs prioritaires de la réforme, le développement de ce qu'elle appela dans un premier temps la « formation psycho-sociale » des médecins, formation qu'elle souhaitait structurer en un continuum, tout au long des 1^{er} et 2^e cycles, en parallèle et en interaction avec la formation aux sciences de base et aux sciences cliniques.

La formation psycho-sociale : les objectifs généraux formulés par l'École de médecine en 1994

S'inspirant d'un article d'A. Rougemont⁴ et du Plan directeur néerlandais pour la formation médicale⁵, les responsables de l'École de médecine formulaient alors comme suit les objectifs généraux de cette formation psycho-sociale :

1. Développer chez l'étudiant les « qualités humaines » indispensables à la pratique, notamment celles qui lui permettront d'adopter une attitude appropriée vis-à-vis du patient et de son entourage.

2. Lui faire percevoir la « dimension contextuelle » de la pratique médicale, à savoir :

- lui faire comprendre la structure et le fonctionnement du système de soins de santé ;
- lui permettre d'appréhender les aspects légaux, déontologiques et éthiques de la pratique ;
- lui transmettre des connaissances « globales » concernant le coût et le financement des soins de santé.

Dans cet article, nous ne décrivons pas d'une manière exhaustive – ce qui serait fastidieux tant pour l'auteur que pour le lecteur – les différentes activités de formation que nous avons mises en place dans le cadre de ces objectifs généraux. Nous nous attarderons sur le problème de la formation à la « dimension contextuelle » de la pratique : nous décrivons tout particulièrement la manière dont nous avons intégré l'apprentissage de l'éthique, de la déontologie, du droit médical, de l'économie de la santé et la santé publique au sein d'une formation devenue, au fil de la réflexion, la « Formation aux enjeux Sociaux et Ethiques de la Santé et de la Médecine (formation « SESAME ») ».

Appréhender la dimension contextuelle de la pratique : la formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine (formation « SESAME »)

Rappelons tout d'abord brièvement la situation antérieure à l'audit :

- au cours du 2^e cycle, seuls deux enseignements obligatoires pour tous s'inscrivaient dans cet objectif de « formation à la dimension contextuelle » : un cours intitulé « Médecine sociale et hygiène de l'environnement », ainsi qu'un cours de « Déontologie et droit médical ». Le nombre d'heures attribuées à l'enseignement de ces notions était en outre fort réduit (respectivement 22,5 heures et 15 heures sur l'ensemble de la formation médicale).

- Ces enseignements prenaient la forme de cours magistraux, qui transmettaient des notions théoriques d'une manière purement déclarative. Ils restaient isolés de l'enseignement clinique : il n'y avait pas de rappel, pas d'illustration de l'utilité des notions enseignées dans d'autres cours ; aucune occasion n'était offerte à l'étudiant de mobiliser les connaissances dans des situations cliniques. Est-il nécessaire d'ajouter qu'ils n'étaient que très peu fréquentés par les étudiants ?

Dès lors, les options qui ont été prises lors de la planification de la formation SESAME ont été les suivantes :

1. développer et rendre obligatoires pour tous les enseignants permettant de rencontrer les objectifs généraux retenus, à savoir l'éthique, la déontologie, le droit médical, l'économie de la santé et la santé publique ;

2. regrouper ces enseignements à l'intérieur d'un secteur spécifique confié à une équipe d'enseignants, privilégiant le dialogue interdisciplinaire comme méthode de travail.

Ce faisant, nous poursuivions plusieurs objectifs :

• **un objectif pédagogique :**

- nous souhaitons familiariser l'étudiant avec une démarche de réflexion et de prise de décision reposant non seulement sur des données de nature scientifique mais aussi sur des données de nature économique, sociale, éthique et légale⁶. Dans cette perspective, le dialogue interdisciplinaire s'imposait comme méthode de travail.

• **un objectif « stratégique » :**

- il s'agissait d'augmenter la visibilité de la formation, tant vis-à-vis des étudiants que des collègues enseignants, en lui accordant un poids et une structure identiques à l'enseignement clinique également organisé par secteurs.

3. Promouvoir des situations d'apprentissage qui ancrent les connaissances dans des contextes les plus authentiques possibles afin de permettre un meilleur transfert des connaissances dans des situations nouvelles et de pallier les difficultés rapportées par les médecins diplômés³.

Dans cette perspective, nous avons introduit les vignettes cliniques et le carnet de bord.

SESAME en pratique

La responsabilité de la formation SESAME est confiée à une équipe d'enseignants regroupant :

- des médecins cliniciens reconnus dans l'institution pour leur expérience et leur réflexion dans le champ de l'éthique et/ou de la déontologie,

- un philosophe et un bioéthicien,

- un juriste,

- des médecins de santé publique.

La formation est structurée sur les trois premières années du 2^e cycle. Elle débute délibérément avant l'« exposition clinique » de l'étudiant. Nous la détaillons ci-dessous.

En première année : acquérir les « outils disciplinaires de base » ; montrer comment les disciplines peuvent s'associer pour documenter les problèmes évoqués.

La formation débute par 24 heures de cours magistraux organisés comme suit :

- chaque cours est donné conjointement par deux enseignants issus de spécialités différentes : ils apportent chacun les concepts et les méthodes particulières à leur discipline concernant une thématique commune (*Tableau 1*). Cette paire d'enseignants comporte toujours un enseignant familiarisé avec la réflexion éthique, ceci dans le but de témoigner de l'importance du champ de cette réflexion qui ne concerne pas uniquement la relation singulière médecin-malade mais aussi les choix de société, etc.

- les vignettes cliniques en constituent le point de départ : nous pensons en effet qu'elles facilitent l'appropriation par l'étudiant de concepts et de démarches qui lui sont souvent inhabituels ; en outre, elles nous permettent d'entrer dans une démarche interdisciplinaire à proprement parler,

Tableau 1 : Liste des thèmes retenus pour les cours magistraux de 1^{ère} année.

Le médecin face au malade

- Être ou ne pas être en bonne santé ? Le médecin face au malade.

- Liberté de choix du patient, intégrité physique et psychique, dignité et respect des personnes.

- Dialogue et responsabilité.

- Communication pour la santé, éducation du patient et promotion de la santé.

Le savoir et l'agir médical

- Faire plus de bien que de mal : l'évaluation de l'efficacité des interventions en santé.

- Autonomie et responsabilité : sens et non-sens de la prévention.

- Succès et échecs : les limites technologiques, épistémologiques et éthiques de l'action médicale.

- Bienfaisance et soins futiles.

La santé de l'individu dans la communauté.

- Les enjeux de l'organisation des systèmes de santé

- Le financement du système de santé. Produire de la santé, consommer des soins.

- Qualité des soins, qualité de vie.

- Qu'est-ce qu'un système de santé juste ?

Concepts et Innovations

puisque les apports des disciplines en présence sont articulés dans la discussion du cas présenté.

A côté de ces cours magistraux, les étudiants sont invités à rédiger un « carnet de bord » : l'objectif est qu'ils y rapportent, à partir des observations diverses qu'ils peuvent faire à l'occasion des cours, des premiers contacts cliniques, ou de toute autre activité, leurs interrogations concernant l'action médicale et, idéalement, leurs ébauches de réponses.

La tenue de ce « journal » nous paraît présenter de nombreux avantages :

- déjà et tout simplement, l'enregistrement des questions intéressantes pour leur utilisation ultérieure lors des séminaires de 2^e année et du travail personnel clôturant la formation ;
- l'identification de problèmes qui peuvent être engendrés par l'action médicale, leur conceptualisation et leur définition par l'écriture ;
- la prise de distance par rapport à l'événement aigu ; et enfin, la maturation personnelle par la réflexion à la faveur de lectures, interview...

Le carnet de bord s'avère ainsi être un outil intéressant dans la perspective du développement personnel et professionnel tel que décrit par J. Gordon⁷.

Signalons que, pour l'aider dans cette réflexion, l'étudiant a accès à divers centres de documentation spécialisés (centres de documentation de l'Unité d'Ethique Biomédicale et de l'Unité d'Education pour la Santé) et aux conférences et séminaires organisés régulièrement sur le site universitaire. En outre, un site Web a été conçu : il lui propose divers liens vers des sites intéressants (Ordre des médecins, Code de déontologie...)

En deuxième et troisième années : apprendre à identifier et à formuler les questions déontologiques, éthiques et sociétales posées par les problèmes de santé ; définir une ligne de conduite personnelle en dialogue avec l'autre.

En seconde année, douze séminaires, d'une durée de deux heures, permettent d'approfondir des questions tantôt proposées par les enseignants, tantôt choisies par les étudiants en rapport avec leur expérience concrète en cours de formation. L'objectif des séminaires est de rendre l'étudiant capable d'identifier et d'analyser les enjeux éthiques et sociaux d'un problème posé par l'action médicale et de se construire, dans une démarche de dialogue avec l'autre, une ligne de conduite personnelle. Il est demandé aux étudiants de rédiger un document consignait leurs réflexions.

En fin d'année, les documents rédigés font l'objet d'une présentation à l'ensemble de l'auditoire. Les séminaires sont encadrés par des équipes pluridisciplinaires d'enseignants.

En troisième année, l'étudiant rédige un travail personnel qu'il défend devant un jury. Il doit s'y montrer capable de discuter les enjeux éthiques et sociaux d'un problème de santé, de définir une ligne de conduite cohérente de même que de la défendre (*Tableau 2*).

L'appréciation des étudiants au terme du cycle de formation

Au terme d'un premier cycle complet de formation, les enseignants ont souhaité une « évaluation » du programme par les étudiants ayant suivi l'ensemble de la formation. Cette évaluation s'est effectuée par questionnaire anonyme, associant questions « fermées » et possibilités de rédiger des commentaires libres.

Le taux de participation à l'évaluation menée auprès des étudiants de 3^e année a été de 72 %.

Sans entrer dans les détails, signalons que les résultats issus de cette enquête ont été confirmés par des entretiens de groupe d'une part, et par l'interrogation des cohortes suivantes sur la partie du programme qu'ils avaient suivie d'autre part.

Nous pouvons synthétiser les résultats issus de cette enquête comme suit :

Le contenu de la formation

La pertinence globale de l'ensemble de la formation ne semble pas remise en question par les étudiants : 65 % des étudiants interrogés déclarent « le contenu de la formation utile dans la formation de tout médecin ». Néanmoins, ils s'avèrent plus dubitatifs quant à l'utilité des contenus qui sont proposés à ses différentes étapes et plus spécifiquement encore lors des cours magistraux de 1^{ère} année.

Cette constatation est probablement à mettre en rapport avec les nombreuses remarques relatives à la présentation des contenus, qu'il s'agisse du contenu tel qu'il est présenté par les enseignants lors des cours magistraux ou du contenu du livre de référence : dans les commentaires libres, nous retrouvons les qualificatifs d'« hermétique, abstrait, sans clarté, rébarbatif, trop compliqué, difficile à

Tableau 2 : Le travail demandé aux étudiants de 3^{ème} année dans le cadre de la formation SESAME à l'université catholique de Louvain

1. Choix par l'étudiant de son sujet de travail

L'étudiant est invité à identifier à partir de son expérience personnelle de médecin en formation (lors des stages, des séances de tutorat, des cliniques et autres activités) un (des) cas clinique(s) ou une problématique ayant entraîné chez lui des questions éthiques, déontologiques, économiques ou sociétales.

2. Rédaction du projet

Ce projet énonce en cinq lignes le problème choisi et le projet d'analyse et de développement. Il comprendra au minimum un bref énoncé du cas clinique ou de la problématique envisagée et un énoncé des questions éthiques, déontologiques, économiques ou sociétales.

3. Réalisation du travail personnel

Celui-ci doit se synthétiser en un document écrit structuré de la façon suivante :

- énoncé du cas clinique entraînant le questionnement ;
 - énoncé des questions éthiques, déontologiques, économiques et de santé publique ;
 - information sur la méthode d'analyse des questions ;
 - analyse des questions et élaboration des réponses à celles-ci ;
 - développement de l'argumentation ;
 - citation des sources documentaires ou autres ; conclusions et recommandations ;
 - définition des attitudes ou prises de position.
- le texte est limité impérativement à un maximum de 10 pages et de cinq mille mots.

4. Rencontre de l'enseignant répondant

L'étudiant est invité à rencontrer le répondant à au moins deux occasions. Elles ont pour but d'orienter et d'aider l'étudiant dans sa réflexion et son travail personnels.

5. Remise du document final

Celui-ci est remis au répondant au plus tard un mois avant la date de la présentation orale.

6. Présentation orale

L'étudiant présente son travail devant un jury interdisciplinaire

7. L'évaluation SESAME se fait sur base du travail personnel en tenant compte du document rédigé, de sa présentation orale et de la discussion avec le jury interdisciplinaire.

SESAME : formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine.

Concepts et Innovations

comprendre... ». Est-il réellement possible d'apprécier l'intérêt de quelque chose que l'on ne comprend pas ?

Le dispositif pédagogique

Quatre vingt pour cent des étudiants soulignent l'intérêt de l'approche interdisciplinaire. Néanmoins, ils s'avèrent peu enthousiastes vis-à-vis des « activités/situations d'apprentissage » qui leur sont proposées : certains commentaires libres sont très explicites à ce sujet :

- « *Il serait plus intéressant de voir des infirmiers ou des médecins ou des patients venir parler de leur expérience plutôt que de se voir exposer 2 heures de principes philosophiques généraux* »

- « *Je trouve qu'il y avait beaucoup trop de théorie et pas assez de clinique* ».

Même les vignettes cliniques ne récoltent pas la satisfaction à laquelle on pourrait s'attendre !

Quant aux séminaires de 2^e année, près de 70 % des étudiants estiment « disproportionné » le temps qu'ils doivent y consacrer. Certains commentaires recueillis montrent combien ils acceptent difficilement de consacrer du temps aux travaux demandés, jugés « moins importants que l'étude de la clinique ». L'intérêt soulevé par le questionnaire SESAME n'est visiblement pas le même que celui soulevé par l'étude de la démarche diagnostique et thérapeutique !

L'enquête fait apparaître également que le carnet de bord est rarement utilisé, le site Internet très peu également.

Discussion

Ces résultats doivent être analysés dans plusieurs perspectives.

Une première perspective consiste à s'attarder sur les difficultés que nous rencontrons dans l'« organisation pédagogique » de la formation :

- malgré nos efforts pour essayer de la contextualiser au moyen de vignettes cliniques, la formation de 1^{ère} année reste fort théorique et les concepts évoqués abstraits et difficiles à comprendre. Peut-être faudrait-il réfléchir non seulement à renforcer l'approche par vignette mais aussi à utiliser des problèmes plus proches de la réalité du public étudiant de 1^{ère} année encore peu familiarisé avec les problèmes cliniques. En outre, il s'est avéré que certains enseignants utilisaient l'histoire clinique comme exemple au terme d'un « double » exposé théorique et non comme

point de départ d'une réflexion interdisciplinaire.

- Cela nous amène à évoquer la difficulté de gestion d'une équipe d'enseignants : être tous sur « la même longueur d'ondes », avoir la même compréhension des objectifs poursuivis, des stratégies pédagogiques à privilégier, des critères d'évaluation, pour ne citer que ces exemples, nécessite un travail soutenu et de nombreuses réunions. Et il est vrai que plusieurs malentendus se sont clarifiés au fur et à mesure du déroulement de la formation. Mais visiblement, les étudiants supportent assez mal « qu'il ne se passe pas la même chose dans tous les séminaires » !

- Nous pouvons interpréter le fait que le carnet de bord ne soit pas utilisé et le site Internet peu consulté tout simplement parce qu'ils ne sont pas réellement intégrés dans notre dispositif pédagogique : il n'y a ni obligation formelle, ni vérification de l'usage qui est fait par l'étudiant.

Nous nous attellerons, bien sûr, à résoudre ces problèmes, mais nous ne pouvons certainement pas nous arrêter à cette interprétation et d'autres perspectives doivent être évoquées.

Ainsi, une autre lecture s'intéresse à l'organisation de nos études de médecine : nos étudiants n'accèdent à l'enseignement clinique qu'après un premier cycle de 3 ans, essentiellement consacré à l'enseignement des sciences biomédicales. L'enseignement des sciences humaines (philosophie, psychologie), bien qu'il ait été quelque peu renforcé ces dernières années, reste néanmoins dans la logique d'une transmission d'un savoir disciplinaire. Nos étudiants sont peu invités à questionner leurs conceptions et leurs pratiques.

La difficulté de les intéresser au questionnement et à la réflexion interdisciplinaire au début du 2^{ème} cycle est donc bien réelle : nous devons composer avec l'engouement pour les matières cliniques « scientifiques » – et le peu de temps qu'il nous laisse – et avec le malaise de l'étudiant face à l'interdisciplinarité et face à la démarche de questionnement et à l'incertitude qui en résulte. Ce malaise transparait clairement dans cette réflexion d'un étudiant : « *Nous ne connaissons jamais le dernier mot de l'histoire* ». . . Cette interprétation se prolonge directement par la réflexion d'Hafferty et Franckx dans leur article sur le « curriculum caché ⁸ ».

Il est vrai que la formation telle que nous la proposons a comme objectif de doter les futurs médecins d'une « compétence complémentaire » : nous voulons les « outiller » pour un travail clinique qui intègre aussi les réflexions éthiques, déontologiques, etc. Mais cet apprentissage formel est-il à lui seul capable de faire évoluer l'identité même du futur médecin ?

Est-il capable de transformer un médecin qui applique les principes éthiques en un médecin qui a « viscéralement intégré l'éthique à son identité » ?

D'après Hafferty et Franckx⁸, répondre par l'affirmative à cette question serait méconnaître l'impact du « curriculum caché » : en effet, ils nous rappellent qu'« une grande part de ce que les étudiants vont intérioriser en termes de valeurs, d'attitudes, de croyances et de comportements jugés adéquats proviendra non du curriculum formel mais d'un curriculum latent, trouvant son origine dans la force de l'exemple : il s'agit de reproduire les attitudes et les comportements du corps professoral et non de mettre en pratique les enseignements théoriques ». Ils ajoutent qu'il n'y a pas que les acteurs qui véhiculent un message : l'environnement d'apprentissage, la structure même du travail médical, la dynamique d'interaction enseignant-enseigné... véhiculent un enseignement qui peut même, dans certain cas, s'inscrire en porte-à-faux avec l'enseignement formel ! Ces auteurs⁸ plaident ainsi pour des « curriculum habités d'éthique » plutôt que pour des cours d'éthique.

Nous affirmons que les difficultés que nous rencontrons trouvent aussi leur origine dans ce curriculum caché : à l'instar d'H. Marcoux⁹, nous pensons que le modèle de l'expert qui imprègne notre formation, tant préclinique que clinique, se concilie mal avec une démarche de questionnement et de réflexion en ce qu'il dénigre l'incertitude qui en résulte.

Nous ne pouvons que constater que très peu de nos enseignants vont, dans leur démarche clinique face aux étudiants, s'attarder spontanément sur les dilemmes éthiques, ou sur les implications socio-économiques, au niveau individuel et/ou collectif, des problèmes rencontrés et des décisions à prendre. Donc, si nous avons voulu « contextualiser » l'apprentissage de l'éthique, de la déontologie et des principes de santé publique en introduisant des vignettes cliniques au sein de la formation SESAME, la formation clinique organisée en parallèle n'y fait que très rarement écho... L'écho manque également lors des stages puisque les questions éthiques, notamment, sont confiées à des commissions spécialisées. Nous retrouvons donc aussi dans l'organisation du travail hospitalier la dichotomie évoquée par Hafferty entre l'« éthique au cœur de l'identité professionnelle » et les principes éthiques comme « outils requis au travail clinique ».

Ainsi, lors des examens de synthèse clôturant la formation médicale, voire dans les concours d'accès aux formations

spécialisées, la « sensibilité » des futurs médecins à toutes ces questions éthiques et sociales n'est pas prise en compte. Bref, ces quelques observations nous font comprendre qu'il est fondamental de nous interroger sur notre institution, sur les messages qu'elle envoie aux étudiants du fait de son organisation, des priorités retenues, des acteurs choisis.

Sans cette réflexion et ce travail qui sera certes de longue haleine, il y a gros à parier que nous formerons des médecins qui, bien qu'« outillés » pour utiliser les principes éthiques et déontologiques, pour intégrer la dimension socio-économique dans la solution de problèmes cliniques, ne le feront pas spontanément et systématiquement dans leur pratique quotidienne faute d'avoir intériorisé ces démarches. Nous aurions dès lors raté le processus d'« acculturation éthique » de nos étudiants.

Conclusion

Si, comme nous l'avons évoqué, nous aurons à améliorer la qualité pédagogique de la formation proposée, nous devons aussi nous intéresser au curriculum caché, aux modèles et aux valeurs qu'il véhicule. Une meilleure explicitation des objectifs et des modalités de cette formation tant pour les étudiants que pour l'ensemble des enseignants de la faculté constitue une des modalités possibles pour découvrir et dévoiler le rôle et l'importance du curriculum caché.

Le programme présenté comprend des dimensions théoriques et pratiques. L'apport de certaines connaissances théoriques est jugé indispensable par certains auteurs¹⁰. L'expérience pratique et personnelle de chaque étudiant, en réalité inévitable, peut être mise en évidence, amenée à sa conscience, par les modalités pédagogiques telles que les séminaires et les travaux encadrés. Ces derniers permettent d'observer, de formuler oralement et par écrit, enfin d'échanger à propos de ces expériences incontournables faites à l'occasion de la pratique des stages. On s'efforcera à ces moments d'extérioriser les problématiques adaptées au stade chronologique de la formation de l'étudiant. Ainsi, par exemple, les premières rencontres avec le malade, le premier examen clinique suscitent des problématiques réelles pour l'étudiant à travers lesquelles des dimensions majeures de l'éthique et des autres sciences humaines peuvent être abordées. On pense à la liberté de chacun, à la dignité des personnes, aux rapports de force...

Le doute et l'incertitude entraînent l'inconfort de l'étudiant.

Ces dimensions ont leurs richesses qui ne sont pas suffisamment mises en évidence ; elles sont les conditions de la liberté humaine, de sa créativité et de l'innovation qui, dans la pratique de l'art de guérir, sont indispensables pour le médecin comme pour le malade. La confrontation des étudiants à des équipes d'enseignants de disciplines et d'avis différents constitue un apprentissage de la réalité dans un climat de vérité.

Dans cette période de turbulence induite par l'inflation technologique, par l'évolution des réalités économiques et les pressions du marché, il est urgent que nous réaffirmions l'identité professionnelle du médecin¹¹. La publica-

tion d'une « Charte du professionnalisme médical » est un premier pas dans cette direction¹². Il est de notre responsabilité d'enseignant d'offrir à tout étudiant un environnement d'apprentissage qui contribue au développement de cette identité professionnelle ainsi réaffirmée.

Il est important cependant de ne pas nier le fait que la pratique médicale et la vision de celle-ci par les médecins, par les malades et par les responsables politiques de la santé sont l'objet de confrontations idéologiques. Loin de nier ce fait, la formation du médecin doit permettre d'en débattre et les différentes philosophies doivent pouvoir être explicitées.

Références

1. Godin V, Cassiers L. *L'évaluation du programme de formation des médecins : dans l'attente du rapport des auditeurs extérieurs*. *Louvain Médical*, 1994 ; 113 : 189-91.
2. Godin V, Cassiers L. *How can an old university bring itself up to date ? Changing Medical Education and Medical Practice*, 1994 ; 5 : 8-9.
3. Godin V, Cassiers L. *Comment les médecins jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ? Rapport de l'enquête menée auprès des promotions 85 et 89*. *Louvain Médical*, 1995 ; 114 : 3-11.
4. Rougemont A, Allaz AF. *La dimension contextuelle dans la formation des médecins : éléments pour un programme*. *Médecine et Hygiène*, 1994 ; 52 : 271-77.
5. *Blue Print 1994 : training of doctors in The Netherlands : objectives of undergraduate medical education*. University Publication Office, University of Nijmegen, The Netherlands.
6. Llorca G. *Rôle des comités d'éthique dans la formation médicale*. *Pédagogie médicale*, 2001 ; 2 : 157-62.
7. Gordon J. *Fostering students' personal and professional development in medicine : a new framework for PPD*. *Med Educ* 2003 ; 37 : 341-49.
8. Hafferty FW, Franckx R. *The hidden Curriculum, Ethics teaching, and the structure of medical education*. *Acad Med* 1994 ; 69, 11 : 861-71.
9. Marcoux H, Patenaude J. *L'éthique et la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?* *Pédagogie Médicale* 2000, 1 : 23-30.
10. Llorca G. *Ethique et formation médicale. Révision des concepts*. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 169-79.
11. Lacor P. *Reflections on the charter on professionalism*. *Acta Clinica Belgica* 2001 ; 56 : 6.
12. *Medical professionalism in the new millenium : a physician's charter*. Simultaneously published in : *An Intern Med* 2002 ; 136 : 243-6, *Lancet* 9 February 2002 ; 359 : 520-2 and *Acta Clinica Belgica* : 2002 ; 57 : 169-171. Version française : *Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens*. *Pédagogie médicale* 2004 ; 5 : 43-45