

Réflexions et propositions pour la formation médicale¹

Thoughts and suggestions for medical education

Régis AUBRY (président), Donatien MALLET

au nom du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie

Résumé *Contexte* : Le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs, structure française mandatée par le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, a comme mission de proposer une politique de santé afin de diffuser une culture de soins palliatifs et de l'accompagnement sur tous les lieux de soins. Dans un contexte d'intensification des demandes adressées à la médecine et de mutation des pratiques médicales, notamment sur des aspects technoscientifiques, démographiques et budgétaires, la présente contribution souhaite s'inscrire dans une réflexion plus en amont, cherchant à définir ce qui constituerait le « cœur de métier » de la pratique médicale. **Exégèse** : Les propositions s'appuient sur une conception épistémologique de la médecine considérée comme pratique soignante personnalisée, avec une visée du bien avec et pour autrui, ce qui lui confère une dimension intrinsèquement éthique. Dans ce cadre, quatre grandes compétences reliées à la pratique médicale sont identifiées : une compétence technoscientifique, une compétence relationnelle, une compétence en éthique et une compétence de coopération. Trois propositions sont formulées : 1) construire une formation médicale qui articule des apports cognitifs, l'apprentissage d'une pratique, des apports personnels ; 2) enseigner et articuler les quatre compétences ; 3) favoriser une ouverture continue aux sciences humaines et sociales tout au long du cursus. **Conclusion** : Ces réflexions et propositions, si elles se révèlent pertinentes, pourraient être reprises par les instances politiques et universitaires responsables de la formation médicale.

Mots clés Education médicale ; épistémologie ; éthique ; soins palliatifs ; compétences.

Abstract Background: The National Monitoring Committee for Development of palliative care is mandated by the French Ministry of Health, Youth and Sports. Its mission is to offer a health policy in order to disseminate a culture of palliative care and giving medical support in every health care location. In the context of an increased demand addressed to the medical profession and changes in medical practices, particularly on aspects related to techno-scientific, demographic and budgetary constraints, the present contribution wishes to lie within the scope of a more upstream reflection, seeking to define what would constitute the "professional core" of medical practice. **Exegesis** : The proposals are based on an epistemological framework of medicine, regarded as a personalized healthcare practice, with a dedication to welfare with and for others, which gives to the medical profession an intrinsically ethical dimension. Within this framework, four major competencies related to medical practice are identified: a techno-scientific competency, a relational competency, a competency in ethics and a cooperative competency. Three proposals are formulated: 1) to build medical education that articulates cognitive contributions, professional practice learning and personal contributions; 2) to teach and articulate the four competencies; 3) to promote humanity and social sciences throughout the curriculum. **Conclusion**: These reflections and proposals, if found to be relevant, could be taken over by the political and academic authorities, which are responsible for medical education.

Key words Medical education ; epistemology ; ethics ; palliative care ; competencies.

Pédagogie Médicale 2008;9:94-102

1- Cet article est la version courte du texte élaboré par le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie La version complète est disponible sur le site de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (<http://www.sfap.org/pdf/III-B5b-pdf.pdf>)

Correspondance : Régis AUBRY, Unité de soins palliatifs, Centre hospitalier universitaire de Besançon. 25030 Besançon.
Tél. : 03 81 66 85 18 - Télécopie : 03 81 66 80 71 - Mailto : raubry@chu-besancon.fr

Avant propos

Le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie a été créé en France en 2002 par Bernard Kouchner, alors ministre de la santé. Il avait pour mission d'accompagner la mise en oeuvre du second plan de développement des soins palliatifs 2002-2005. En 2006, le ministère n'a pas reconduit ce programme national mais a maintenu un Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de la vie, dont l'existence a été consolidée par un arrêté en date du 9 février 2006. Ce comité « a pour mission de proposer une politique nationale de développement des soins palliatifs, d'accompagner la mise en oeuvre et le déploiement de cette politique, d'évaluer l'application des textes législatifs et réglementaires concernant les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie. »

C'est dans le cadre de cette mission que le comité a élaboré les réflexions et propositions pour la formation médicale, dont nous présentons ci-dessous la version courte du texte de synthèse. Au-delà du contexte français, ces propositions, qui débordent largement le champ communément admis des soins palliatifs et qui concernent l'ensemble de la médecine, se proposent d'apporter une contribution à la problématique de la formation médicale, à partir d'une réflexion concernant l'épistémologie de l'action médicale.

Notre souhait est que ce travail suscite des débats féconds dont la revue pourrait se faire l'écho, au travers de textes proposés dans le cadre de la rubrique « tribune » – pour des contributions développées – ou de la rubrique « lettres à la rédaction » – pour des contributions plus limitées –.

La rédaction

Le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs, mandaté par le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, a comme mission de proposer une politique de santé afin de diffuser une culture de soins palliatifs et de l'accompagnement sur tous les lieux de soins. Afin de réaliser cet objectif, le Comité souhaite contribuer à la réflexion sur la formation médicale. En effet, sans sensibilisation, participation et engagement des futurs médecins, le développement des pratiques de soins palliatifs demeurera limité.

Nos réflexions et propositions pour la formation médicale souhaitent s'inscrire dans la continuité des travaux déjà menés par d'autres instances¹⁻⁵. Mais, notre visée n'est pas de constituer un programme, ni d'organiser le cursus de la formation dans le cadre du passage au dispositif « licence-master-doctorat » (LMD), prescrit par le processus de Bologne pour harmoniser les dispositifs de formation au sein de l'espace européen d'enseignement supérieur.

Dans un contexte d'intensification des demandes adressées à la médecine et de mutation des pratiques médicales, notamment sur des aspects techno-scientifiques, démographiques et budgétaires, nous souhaitons nous inscrire dans une réflexion plus en amont, cherchant à définir ce qui constituerait le « coeur de métier » de la pratique médicale.

Ce socle n'est pas limité au temps des soins dits « palliatifs ». Il concerne l'ensemble de la médecine et se décline secondairement en quatre compétences : techno-scientifique, relationnelle, éthique et capacité de coopération. L'enjeu de la formation médicale serait d'articuler ces quatre grandes compétences tout au long du cursus universitaire.

Nous espérons que nos réflexions et propositions, si elles se révèlent pertinentes, pourront être reprises par les instances politiques et universitaires responsables de la formation médicale.

La médecine : une pratique soignante personnalisée, avec une visée du bien avec et pour autrui

Une dimension intrinsèquement éthique de la médecine

Ce qui initie l'exercice médical est un mouvement de rencontre entre une personne souffrante exprimant sa plainte et une autre personne supposée pouvoir l'aider. Être médecin, c'est exercer une attention bienveillante et développer une sollicitude envers une personne souffrante. C'est soutenir et mettre en œuvre une visée du bien, avec et pour la personne dont on cherche à prendre soin. La pratique médicale est donc habitée par essence d'un engagement et d'une réflexion éthique. C'est son socle. Paul Ricoeur évoquera cette donnée en termes de « noyau éthique » dans sa préface au code de déontologie médicale⁶.

La médecine : « une pratique soignante personnalisée, accompagnée de sciences et de techniques⁷ »

Grâce à des connaissances, une compétence et des outils techno-scientifiques, le médecin va développer une lecture bio-médicale de la maladie, puis prodiguer des thérapeutiques afin de tenter de soulager le patient du mal qu'il subit.

Bien qu'il s'appuie en grande partie sur des apports scientifiques, l'exercice médical ne peut pour autant être assimilé à une science. En effet, le sujet dont le médecin prend soin n'est pas réduit à un corps pathologique objectivé par les sciences bio-physico-chimiques. Le corps objectivé n'est pas similaire à l'expérience que fait le patient de vivre en un corps souffrant et limité.

Ainsi, dans le cadre d'une rencontre avec un autre souffrant, le médecin va s'appuyer sur les données scientifiques, mais aussi sur sa propre subjectivité, ses sensations, ses perceptions, ses réflexions, son expérience personnelle et professionnelle, ... Cette analyse est complétée par les apports d'autres professionnels de santé issus de professions différentes.

Ainsi ce n'est pas tant par le registre scientifique que nous pouvons caractériser la médecine. Elle n'est pas

une science, ni même une science appliquée. En reprenant l'expression de Dominique Folscheid, nous pouvons plutôt définir la médecine comme « une pratique soignante, personnalisée, accompagnée de sciences et de techniques⁷. »

Dans cette optique, l'objectif des études médicales n'est pas de former des scientifiques, mais plutôt des praticiens capables d'utiliser à bon escient la méthode et les données scientifiques.

Une rencontre avec la construction d'un partenariat

Cette pratique soignante se développe au sein d'une rencontre⁸. Elle engage la subjectivité et la responsabilité du médecin et du soigné. Cette relation est marquée par l'asymétrie car l'un des acteurs se présente dans sa vulnérabilité et se remet en partie sous la bienveillance de l'autre. Cette relation aboutit à l'instauration d'un partenariat dans le temps entre deux individus.

La médecine étant fondée sur une dimension de rencontre asymétrique entre deux individus, il apparaît essentiel que la formation médicale porte plus attention à cette dimension relationnelle, notamment sur ses aspects formels, juridiques, psychologiques et éthiques.

Une rencontre dans un univers social

Si la médecine est fondée sur une rencontre entre deux personnes, elle ne saurait être réduite à l'intimité d'un colloque singulier, structuré par une sémantique médicale ou contractuelle. Elle se développe dans une société avec un ensemble de missions, de cadres, de contraintes, d'évaluation. Cette rencontre est aussi traversée par des attentes, des projections personnelles et sociales. Ces normativités externes et ces diverses représentations modèlent la nature et la forme de la rencontre. Ainsi, si la médecine repose sur une rencontre singulière, elle s'intègre aussi dans une normativité et des représentations sociales qu'elle engendre en partie.

Compte tenu de la place privilégiée qu'occupe la médecine au sein de notre société, il apparaît souhaitable que le jeune praticien soit éveillé lors de sa formation aux enjeux éthiques et sociaux qu'implique la pratique médicale.

Les quatre grandes compétences de la pratique médicale

La mise en œuvre de la sollicitude envers la personne souffrante et du noyau éthique qui fonde la pratique médicale va se faire à travers quatre grandes compétences.

Une compétence techno-scientifique

L'acquisition d'un savoir

Une première compétence est du domaine techno-scientifique. Elle repose d'une part sur des connaissances biophysico-chimiques, d'autre part sur des informations empiriques issues d'études de groupes de patients. Cet apport scientifique permet de construire un référentiel collectif de protocoles auquel chaque médecin peut se référer.

La capacité d'appliquer un savoir

Si les données cognitives sont importantes, la compétence techno-scientifique ne se limite pas à un savoir cognitif. Elle est une capacité pratique d'appliquer un savoir de manière adaptée au lit du patient.

Une dimension épistémologique

Le médecin formé à la rigueur scientifique n'est pas naïf sur son savoir. Il sait en différencier les points de solidité et les zones de fragilité. La compétence techno-scientifique comprend donc une capacité de critique méthodologique, de distanciation des données scientifiques. La compétence techno-scientifique est associée à une réflexion épistémologique.

En résumé, la compétence techno-scientifique n'est pas réduite à l'absorption de connaissances théoriques. Elle est composée d'un savoir, d'une capacité pratique d'utilisation de ce savoir et d'une distanciation épistémologique. La formation médicale doit chercher à valoriser l'acquisition de ce triptyque.

Une compétence relationnelle

La deuxième compétence est du domaine relationnel. Elle concerne certes la relation avec la personne malade, mais aussi avec son entourage et les autres acteurs du soin. Elle est traversée par un souci éthique visant à soutenir, voire à promouvoir, l'existence de la personne rencontrée dans ses diverses dimensions.

La transmission d'informations médicales

Cette compétence s'applique aux modalités de trans-

mission d'informations bio-médicales. Ces présentations nécessitent une compétence techno-scientifique, une rigueur et une honnêteté intellectuelle ainsi qu'une adaptation de son langage. En effet, dans de nombreuses situations, il ne s'agit pas de transmettre des données considérées comme certaines, mais plutôt des informations relatives, évolutives, parfois incertaines.

Une relation engagée et authentique

Cette transmission d'information ne se limite pas à un échange cognitif entre deux individus. Compte tenu des enjeux humains qu'elle recouvre, elle nécessite l'établissement d'une relation authentique établie dans le temps, marquée par la confiance. Le médecin doit développer une capacité d'adaptation, un apprentissage de la graduation, une finesse relationnelle. Cette écoute active, cette capacité d'entendement du vécu du patient doivent s'articuler avec la démarche diagnostique et thérapeutique.

Une potentialité d'accompagnement

Au delà de cette nécessité de transmettre des informations, de construire une relation marquée par l'authenticité et la confiance, la compétence relationnelle comprend aussi une dimension d'accompagnement. Cette position d'accompagnement diffère des repères médicaux usuels, notamment dans le rapport au savoir, au pouvoir, à l'action, au temps. L'accompagnant cherche à soutenir la personne malade dans son unicité. Il est présence et solidarité.

Le dialogue avec les autres soignants

La quatrième dimension de la compétence relationnelle s'applique aux relations avec les autres acteurs du soin. L'exercice médical n'est pas une pratique solitaire. Il nécessite une capacité et une volonté de dialogue, de transmission en un langage adapté des informations médicales, d'écoute et de recherche d'objectifs communs.

Ces compétences relationnelles ne sont pas innées. Même si des individus sont naturellement plus ou moins doués, tout un apprentissage est nécessaire.

Une « compétence » en éthique

Nous avons défini antérieurement qu'il existe un socle éthique constitutif de la médecine. Il en est la source et va se décliner dans les différentes composantes de la pratique médicale.

Une compétence en éthique peut cependant être distinguée. Elle concerne toutes les décisions que le médecin prend au chevet du patient. Ce peut être la réflexion sur

la pertinence de faire ou non des investigations, de mettre en route des traitements, d'accueillir ou de transférer un patient dans une structure, ... Les enjeux relèvent certes d'une argumentation techno-scientifique mais aussi d'une délibération attentive à des éléments subjectifs, contextuels, philosophiques, juridiques, sociaux⁷... La démarche éthique cherche à tenir, en lien avec les patients, leurs entourages et les équipes soignantes, un questionnement sur le sens de l'action. Dans notre esprit, éthique, cheminement, rencontre et quête de sens sont intimement liés.

Cette démarche nécessite une approche interdisciplinaire. Elle bénéficie de l'éclairage des sciences humaines et sociales. Elle s'enrichit des diverses approches philosophiques et cherche à penser les interactions entre la médecine et l'ensemble de la société.

Une capacité de coopération

La quatrième composante requise est une capacité de coopération. Le médecin est en permanente interaction avec des groupes humains que ce soit des soignants, du personnel administratif, des représentants des tutelles, des associations ou des firmes pharmaceutiques.

Connaître les fondements et l'organisation du système de santé

La connaissance des fondements et la compréhension de l'organisation du système de santé sont des préalables qui facilitent l'immersion du jeune praticien dans son univers professionnel.

L'apprentissage d'une pratique interdisciplinaire

La capacité de coopération doit s'appliquer dans le travail avec les acteurs de santé ou du domaine médico-social. L'objectif est de construire une pratique soignante interdisciplinaire, à la fois respectueuse de la compétence propre à chaque professionnel, mais aussi soucieuse d'élaborer une démarche collective de soins. L'interdisciplinarité ne va pas de soi et il en existe de nombreuses formes abâtardies⁹. L'interdisciplinarité est un travail, une démarche, une construction collective¹⁰. Cela nécessite apprentissage, dialogue, argumentation, déplacement de ses représentations, reconnaissance de la différence, élaboration commune.

Une compétence en animation et en management

Dans cette élaboration d'une pratique interdisciplinaire, le médecin a une place centrale. Sans investissement, compétence et souci de promouvoir l'interdisci-

plinarité, la construction sera limitée et peu efficiente. Ces qualités d'animation peuvent se prolonger dans une perspective de management lorsque le médecin est responsable d'une unité ou d'un service de soins.

Des compétences en gestion administrative

Quel que soit le mode d'exercice, la pratique médicale est encadrée par des normativités externes qu'elles soient administratives, financières, organisationnelles, juridiques. La rencontre avec les représentants de ces diverses normativités est souvent complexe. Le langage diffère, les repères ne sont pas communs, les finalités parfois divergent. Il apparaît souhaitable que l'étudiant soit informé des contraintes dans lesquelles sa pratique se déploiera et des référentiels qui habitent ses futurs interlocuteurs.

Propositions pour la formation médicale

Afin de promouvoir une pratique médicale enracinée sur son socle éthique et attentive à ses quatre compétences, le Comité formule des propositions.

La formation médicale : des apports cognitifs, l'apprentissage d'une pratique, un parcours personnel

Une ouverture à d'autres méthodes pédagogiques

Pendant de nombreuses années, la formation médicale a été essentiellement axée sur la transmission de données techno-scientifiques, utilisant des méthodes behavioristes incitant l'étudiant à absorber le maximum de connaissances. Pour soutenir l'appropriation par l'étudiant des quatre composantes de la pratique médicale, les enseignants ne peuvent limiter leur action à la seule transmission de connaissances.

Les apports cognitifs : apprendre à apprendre

Cette ouverture à d'autres méthodes et d'autres visées est d'autant plus nécessaire que le savoir scientifique ne cesse de s'accroître et que les sources d'information se multiplient. Plutôt que d'absorber des connaissances sans cesse croissantes, l'étudiant gagnerait à apprendre à apprendre, c'est-à-dire acquérir la potentialité d'aller rechercher par lui-même un savoir, en évaluer la fiabilité, le structurer, puis le mettre en perspective afin de l'utiliser au mieux. Comme le souligne le rapport Cordier, « il sera de plus en plus difficile d'imaginer un savoir indépendamment d'une assimilation personnelle, d'un travail de réflexion intérieur qui fait qu'une don-

née ou une information deviennent une connaissance personnelle, quelque chose dont on peut rendre compte⁴.

L'apprentissage d'une pratique professionnelle

Cet apport cognitif doit s'articuler avec la dimension pratique de la médecine. La vocation pédagogique des stages dans les lieux hospitaliers ou dans les cabinets médicaux doit donc être réaffirmée. En effet, ce que l'étudiant perçoit dans un stage est une tentative d'articulation créatrice entre des apports théoriques et des situations cliniques¹¹.

Cette pédagogie centrée sur l'apprentissage requiert une réflexion dans l'action, c'est-à-dire une capacité de prendre conscience de certains éléments, y compris subjectifs ou incertains, de son exercice professionnel. Elle se prolonge par une réflexion sur l'action, c'est-à-dire une capacité d'interrogation sur le contenu et les raisons qui justifient certaines décisions. C'est en habitant, en dialoguant et en rendant compte de la complexité de sa pratique que le médecin senior incitera l'étudiant à entrer dans une dynamique d'apprentissage et de réflexion sur son action.

Cette valorisation d'une pédagogie centrée sur l'apprentissage d'une pratique nécessite une disponibilité de médecins seniors aussi bien sur les lieux de stage que pour l'animation d'ateliers ou d'enseignements dirigés. Les chefs de clinique et les professeurs universitaires ont à l'évidence des responsabilités à exercer. Mais l'ampleur de la tâche nécessite que d'autres médecins soient sollicités. Des praticiens hospitaliers, désireux d'assumer une vocation pédagogique, pourraient être associés à ce travail de formation. De même, des personnes issues d'autres disciplines, comme par exemple des psychologues et des philosophes pourraient être recrutés par les facultés afin de participer à la formation des étudiants dans leur domaine de compétence.

Un parcours personnel

Si la formation médicale requiert une assimilation de savoirs et l'apprentissage d'une pratique, elle sollicite aussi chaque étudiant dans sa propre subjectivité. La rencontre avec l'autre souffrant est un lieu d'éveil et d'éclosion de chaque personnalité.

S'il n'est pas question d'être normatif tant les personnalités et les exercices professionnels sont variées, il est par contre souhaitable que les facultés proposent des espaces où chaque étudiant pourrait mettre en mots ce qu'il découvre à l'extérieur et à l'intérieur de lui-même

au cours de sa formation. Des groupes de parole, facultatifs, pourraient être proposés. Les départements de sciences humaines et sociales, les « espaces éthiques » pourraient aussi proposer des espaces libres et ouverts afin que les étudiants puissent cheminer dans leur expérience singulière.

Enseigner et articuler les quatre compétences

S'il est nécessaire que chaque compétence soit enseignée de manière indépendante par des spécialistes compétents, il est aussi souhaitable que les quatre composantes soient abordées au sein de chaque module. Cela permettrait de les relier et de les enraciner dans chaque spécialité.

Ainsi une formation en cardiologie pourrait comprendre certes des apports techno-scientifiques, mais aussi des problématiques relationnelles (annonce à un patient qu'il est atteint d'une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection à 20 %, annonce à l'entourage d'un patient d'un décès brutal par infarctus...), des questionnements éthiques (problème du transfert en réanimation cardiologique d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer...) ou des situations nécessitant des coopérations entre professionnels de santé (patient diabétique ne suivant pas de régime atteint d'une insuffisance cardiaque...). De même, une formation en oncologie comprendrait des apports sur le diagnostic, le suivi, le traitement des différents cancers. Mais des aspects relationnels comme l'annonce à un patient de la rechute d'un cancer seraient aussi abordés. Une question éthique serait soulevée, par exemple la problématique de prise de décision de poursuivre une chimiothérapie à visée palliative. Enfin, les oncologues évoqueraient les modalités de coopération avec les médecins traitants.

Au sein de chaque module, des situations-types pourraient ainsi être individualisées et abordées au cours de la formation. Cette approche permettrait de rejoindre très concrètement les situations cliniques et lutterait contre le clivage ou la hiérarchisation des différentes composantes.

Favoriser une ouverture continue aux sciences humaines et sociales en créant des départements de sciences humaines et sociales

Pour enraciner la pratique médicale dans son socle éthique et ne pas limiter la formation médicale à la compétence techno-scientifique, il nous semble impor-

tant de proposer aux étudiants en médecine, du premier au troisième cycle, une ouverture continue aux sciences humaines et sociales¹². Dans cette optique, le Comité juge nécessaire la création de départements de sciences humaines et sociales. Ces départements auraient comme vocation de soutenir au sein de la faculté de médecine et dans les services accueillant des étudiants l'apprentissage du questionnement éthique et l'ouverture aux sciences humaines et sociales.

Un parcours théorique et pratique de la première année à la fin de l'internat

Les membres de ces départements devraient élaborer un parcours théorique et pratique s'étalant de la première année à la fin de l'internat et s'articulant avec les autres enseignements.

Le Comité juge souhaitable d'introduire précocement une réflexion épistémologique³. En effet, la réflexion épistémologique permet de circonscrire la connaissance par la pensée. Cette délimitation permet de redonner à la science une juste place dans la pratique médicale¹³. Conscient des limites inhérentes à la démarche scientifique, le médecin assumera une figure de médiation dans le rapport au savoir, au pouvoir, à la limite et aux représentations sociales projetées sur la médecine.

Pour tenir cet objectif, les références sollicitées pourraient être variées, en faisant appel aux grands auteurs de la philosophie, mais aussi à des historiens ou sociologues des sciences. L'apprentissage de la critique méthodologique des publications médicales pourrait aussi participer à cette distanciation vis-à-vis d'une certaine représentation de la science.

Dans la prolongation de cette réflexion épistémologique, l'étudiant serait amené à réfléchir sur la finalité de la médecine. Cette analyse pourrait se faire grâce à l'apport de disciplines telles que l'histoire, l'anthropologie, la philosophie, la sociologie. Comment selon les époques et les cultures s'est structurée la démarche médicale ? En ce qui concerne la médecine occidentale, quel est son lien avec la technique et la science ? Quel est le champ d'application de la médecine ? A-t-il des limites ?

En pratique, ce questionnement pourrait s'appuyer certes sur des cours théoriques, mais aussi sur des situations cliniques issues de disciplines où la question de la finalité ou de la place de la technique se trouve particulièrement posée (réanimation, obstétrique, oncologie, génétique...). Dans cette optique, des questions transversales pourraient

être abordées, telles la question de la persévérance thérapeutique, du dépistage systématique ou proposé, de la place de la technique comme réponse à la souffrance...

Un autre temps lors ce parcours serait consacré à la dimension de rencontre avec l'autre souffrant. L'idée majeure serait d'éveiller l'étudiant au fait que la rencontre médecin-patient ne se limite pas à l'objectivation d'un corps malade mais comprend une dimension d'attention à la dimension existentielle de la personne malade¹³. Sans éveil du médecin, ces dimensions ne sont pas perçues et deviennent comme inexistantes : « travaillant à la chaîne et montre à la main, l'œil rivé sur la pièce de fonctionnement corporel dont la micro analyse relève de leur spécialité, chacun des agents du dispositif sanitaire ausculte des corps soumis, sans avoir pleinement conscience de la totalité psychique et affective que constitue la personne incarnée »⁵.

Puisque la médecine passe par une attention au corps, une partie conséquente du parcours sera consacrée à diverses approches du corps. L'expérience de la maladie est d'abord une expérience corporelle et ce corps n'est pas réduit au savoir médical¹⁴. Des anthropologues, des psychologues, des philosophes, des patients ou leur entourage pourraient contribuer à éveiller l'étudiant aux complexes rapports qu'entretient l'humain avec son corps.

La thématique du temps devrait être particulièrement abordée ; comme le souligne le rapport Cordier, « la relation soignant-soigné s'inscrit dans le temps, dans l'histoire du malade, bien avant même de sa maladie »⁴. La réflexion sur le temps sera à articuler avec l'expérience de la souffrance, notamment lorsqu'elle est répétitive ou chronique. La parole du soigné, et en corollaire l'écoute du soignant, la constitution d'un récit, seraient des thèmes à évoquer. De similaires parcours pourraient être construits autour de concepts tels la personne, la relation, l'altérité, la limite et la mort...

Les modalités pédagogiques seraient diverses utilisant des cours magistraux, des commentaires d'écrits, des mises en situation, des études d'ouvrages littéraires, d'œuvres picturales ou cinématographiques, des analyses de situations cliniques, telles que par exemple : l'annonce d'une maladie grave, les soins et l'accompagnement d'un patient avec une douleur chronique, la révélation d'une prédisposition génétique aux cancers du sein, le refus de traitement, l'expression d'une lassitude de vivre, la demande d'euthanasie, le récit d'un accompagnement d'une famille où l'un des membres est atteint d'une maladie létale, etc. Cette

ouverture à la dimension existentielle de la médecine serait à valoriser notamment lors des stages dans les services hospitaliers.

Le troisième temps du parcours serait consacré à l'étude des interactions entre médecine, santé et société. En effet, les pratiques médicales ne peuvent être déliées des sociétés dans lesquelles elles se déploient. Les relations sont doubles : d'un côté, les dimensions sociales vont modeler les pratiques médicales ; de l'autre, la médecine, par son influence sur la société, va contribuer à la transformation des représentations sociales. Sensibiliser l'étudiant à cette dialectique entre médecine et société renvoie inéluctablement au questionnement éthique et à la responsabilité médicale et citoyenne du praticien : « Les médecins et les soignants vivent au creux même de l'humain. Ils donnent chaque jour un sens à nos sociétés comme à nos vies. [...] Il s'agit de situer la profession de médecin et de soignant dans la perspective la plus ambitieuse qu'il soit, l'homme »⁴.

Dans cette optique d'ouverture à la société, il serait souhaitable de former l'étudiant à la dimension de santé publique, mais aussi aux registres juridique, économique et politique qui encadrent les pratiques de soins. Des questions transversales seraient à élaborer : le problème de l'équité dans la distribution des biens et des services de santé, la place du juridique dans la rencontre soignant-soigné, les conséquences pratiques et les problématiques soulevées par la mise en application de la tarification à l'activité, la tension entre une finalité de soins et un objectif de recherche...

Des situations cliniques propres à certaines disciplines pourront être analysées comme par exemple la dimension économique des soins auprès des personnes âgées, le dépistage prénatal et la place du handicap dans notre société, la proposition d'un protocole de recherche à un patient en phase avancée de maladie... Cette analyse des interactions entre médecine et société conduirait à amorcer un questionnement éthique sur la visée du bien, le recours à la norme, la question du bonheur, la tension entre le collectif et le singulier, la demande sociale faite à la médecine, la construction sociale et médicale du début et de la fin de vie, la place de l'interdit dans les relations humaines et dans les sociétés, etc.

Des lieux pour élaborer un questionnement

Les départements seraient identifiés comme lieux de compétences pour recevoir et élaborer individuellement et collectivement un questionnement. Ils seraient lieux

d'accueil pour les étudiants en questionnement ou témoins de situations qui les auraient heurtées. L'optique ne serait pas de se substituer à la responsabilité morale des étudiants ou des cliniciens mais de favoriser un processus de délibération.

Pour favoriser l'ouverture et la pluralité de la réflexion, les départements auraient à créer des centres de documentation dans lesquels les étudiants pourraient consulter des ouvrages de référence et des revues en sciences humaines et sociales.

Une activité de recherche

Parallèlement à cette activité pédagogique, les équipes pluridisciplinaires auraient une activité de recherche telle qu'elle est proposée par le rapport Cordier sous le terme de recherche en axiologie. L'axiologie médicale est « à comprendre comme réflexion scientifique sur les valeurs, qui met en jeux les fondements légaux, politiques et sociaux des options éthiques retenues par une société en son ensemble aussi bien que le discernement de chaque malade, chaque famille, chaque acteur des soins. Cela concerne aussi bien les approches fondamentales que les applications concrètes dans la sphère de l'espace public ». L'objectif est de développer des travaux de recherche en lien avec des équipes soignantes. « Les travaux de recherche pourraient notamment concerner des équipes volontaires de professionnels, partant de l'observation des pratiques, favorisant l'échange interdisciplinaire et la confrontation aux données théoriques, pour renvoyer ensuite vers l'amélioration des pratiques. Un travail de même type pourrait concerner l'univers de la recherche en biologie »⁴.

Les départements de sciences humaines et sociales dépendants de chaque faculté de médecine auraient à construire des partenariats étroits avec les Espaces éthiques régionaux.

Composition des équipes

Ces départements seraient composés de membres issus de diverses disciplines telles la philosophie, la psychologie, la sociologie, le droit, l'anthropologie... Ces équipes seraient complétées par des cliniciens sensibilisés aux sciences humaines et désireux d'exercer une activité pédagogique.

En ce qui concerne la participation de référents en éthique médicale, le Comité propose, à l'instar des membres de la commission Cordier et du Comité consultatif national d'éthique, le recrutement, à titre expérimental, de responsables pédagogiques (maîtres de conférences, professeurs associés, professeurs universitaires) sélectionnés par un comité pluridisciplinaire. Ces

Concepts et Innovations

responsables devraient travailler au développement d'une réflexion collégiale en lien avec les praticiens hospitaliers et les autres enseignants des facultés de sciences biologiques et médicales. Ces référents en éthique devront faire apparaître l'essence dialogique et la dimension pluraliste de l'éthique.

Ce choix des référents en éthique médicale nécessite une attention particulière. « La valeur de l'exemple pèse beaucoup dans l'émergence d'une réflexion éthique »⁴. La tâche d'éveil à la réflexion éthique requiert des quali-

tés singulières. La capacité de penser et d'aider à penser n'a rien à voir avec la restitution de connaissances, fussent-elles philosophiques. Le problème de la formation à l'éthique est d'abord celui de la qualité des enseignants et des visées qu'ils poursuivent.

Parallèlement à la nomination de responsables universitaires, d'autres soignants (médecins, infirmières, psychologues...) seront associés à la démarche pédagogique et à l'activité de recherche. Cette disponibilité devra être reconnue institutionnellement.

Références

1. Ambroise-Thomas P, Aurengo A (Au nom d'un groupe de travail). Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique dans le cadre du système européen LMD (Licence-Master-Doctorat). Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine. 2006 [On-line]. Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/lupload/basel/avis_170_fichier_lie.rtf
2. Thuilliez C (Rapporteur). Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus licence-master-doctorat (LMD). 2006 [On-line]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/thuilliez/rapport.pdf>
3. Degos C-F, Roland J, Deau X (Coord.). Réflexions sur les études de médecine. Analyse de l'état actuel, réflexions sur leur éventuelle intégration dans le système européen LMD et propositions de l'Ordre des Médecins. 2007 [On-line] Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/etudesmedicales2007.doc.pdf>
4. Cordier A (Coord.). Éthique et professions de santé. Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, 2003. [On-line]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/cordier/sommaire.htm>
5. Comité Consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis sur la formation à l'éthique médicale, 2004. [On-line]. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis084.pdf>
6. Code de déontologie médicale (Introduit et commenté par Louis René, préface de Paul Ricoeur). Paris : Le Seuil, 1996.
7. Folscheid D. La question de la médicalité. In : D Folscheid, B Feuillet-Le Mintier, J-F Mattéi (Eds.) Philosophie, éthique et droit de la médecine. Paris : PUF, 1997:111-21.
8. Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit* 1996;227:21-33.
9. Mallet D, Duchêne V, Colombat P. Globalité et médecine moderne : un défi pour les soins palliatifs et les soins de support. Laennec (sous presse).
10. Colombat P, Mitaine L, Gaudron S. Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie* 2001;7:54-9.
11. Schön D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, Montréal : Editions logiques, 1993. (Edition originale en langue anglaise : 1983).
12. Bonah C. et Rasmussen A (Dir.). Sciences humaines et sociales en médecine. Bilans et perspectives de dix ans d'enseignement. Actes du colloque de Strasbourg, 15-16 septembre 2004, Strasbourg : Faculté de médecine, 2005.
13. Mallet D. La médecine entre science et existence. Paris : Vuibert, 2007
14. Sicard D. La médecine sans le corps ; Paris : Plon, 2003.

Manuscrit reçu le 30 mars 2008 ; accepté pour publication le 17 avril 2008