

CHARTRE DE L'ÉTHIQUE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

*Conférence Internationale des Doyens
et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)*

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine s'applique à deux domaines :

- L'éthique de l'institution (dans ses activités de formation et de recherche)
- La formation initiale et continue à l'éthique médicale.

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine est un engagement moral que les Facultés de Médecine prennent entre elles. À cet égard, les responsables des Facultés de Médecine ou Facultés des Sciences de la Santé réunies dans la CIDMEF peuvent compter sur la solidarité et l'appui de la Conférence et des autres Facultés membres.

Pour assurer sa pertinence, la charte est évaluée, explicitée et améliorée périodiquement.

I – PREAMBULE

Toutes les Facultés de Médecine fondent l'ensemble de leurs activités sur les valeurs qui inspirent le respect de la dignité de la personne humaine et la solidarité. Ces valeurs universelles ont vocation de régir les liens entre les acteurs du système de santé : malades, médecins, enseignants, chercheurs et étudiants. Elles imposent à chaque Faculté le respect de ses engagements envers les étudiants qu'elle forme, envers les enseignants et chercheurs qui assurent sa dynamique et envers les institutions qui lui sont affiliées. Sa responsabilité envers la Société requiert de chaque Faculté d'optimiser la qualité des formations et des recherches qui sont organisées en son sein.

Chaque Faculté de Médecine se conforme aux textes législatifs et réglementaires en vigueur dans sa communauté nationale. Lorsque les activités dont elle est en charge ne font pas l'objet d'une codification juridique, ou que cette codification n'est pas suffisamment explicite, la Faculté doit s'inspirer des recommandations des comités d'éthique nationaux et/ou internationaux. Dans tous les cas, les Facultés de Médecine fondent leurs activités sur le respect des Droits de l'Homme.

II - LES MISSIONS DES FACULTES DE MEDECINE

Chaque Faculté définit ses objectifs institutionnels : ils sont adaptés à la société afin qu'ils répondent aux besoins de santé de la population et des individus qui la composent.

Le but de l'enseignement dans les Facultés de Médecine est de former un médecin responsable, c'est-à-dire un Homme de Science à l'écoute et au service d'une population, capable de prendre soin de la santé individuelle et collective des personnes qui se confient à lui, ou que la société lui confie. À cet effet, chaque Faculté cherche à concilier les réponses aux besoins de santé de chacun et les exigences de répartition équitable entre tous des ressources sanitaires disponibles. De ce fait, la formation initiale et continue à l'éthique médicale se situe parmi les priorités éducatives de la Faculté.

Le but de la recherche faite en Faculté de Médecine est la production de savoirs pour le bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tienne compte des répercussions sur l'environnement, les individus et la société.

Pour ses prestations de services, chaque Faculté de Médecine a un partenariat avec les autres acteurs du système de santé ; l'objectif est d'assurer le meilleur niveau de santé pour l'ensemble des citoyens en respectant un esprit d'équité et une utilisation optimale des moyens.

De ces principes inspirant les missions et prestations des Facultés de Médecine il découle que la finalité de la formation médicale et de la recherche médicale ne peut être essentiellement d'ordre lucratif.

De ces mêmes principes, il ressort que les Facultés de Médecine assurent l'évaluation de leurs activités.

III - LES PERSONNES RESSOURCES DES FACULTES DE MEDECINE POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

Les critères de sélection des personnes ressources sont les compétences professionnelles spécifiques à chaque fonction dans le respect des objectifs institutionnels et en accord avec les buts assignés à la formation médicale tels qu'ils ont été définis dans la Faculté. Le recrutement et la promotion des personnes ressources en enseignement, en recherche, en soutien technique et administratif par la faculté de médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables et transparents, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'âge, à l'appartenance socio-économique, politique ou religieuse.

Tous les enseignants et/ou chercheurs, ainsi que les personnes de soutien technique et administratif doivent accepter le principe du regard et de l'appréciation éthique d'un tiers pour tout ce qu'ils entreprennent de faire dans leurs missions.

IV - L'ETHIQUE DE L'APPRENTISSAGE DES ETUDIANTS EN MEDECINE

Concernant les étudiants en Médecine :

L'entrée et la sélection durant les études à la Faculté de Médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'appartenance socioéconomique, politique ou religieuse. Les seuls critères retenus sont en accord avec les buts inhérents à la formation médicale tel qu'il a été défini et avec les capacités individuelles de l'étudiant.

La Faculté de Médecine assure à tous les étudiants en formation initiale et à tous les praticiens en formation continue l'équité de l'accès aux moyens d'apprentissage dans le respect des objectifs qu'elle a fixés et en optimisant les moyens dont elle dispose.

Concernant la participation des malades à l'enseignement médical :

La formation initiale et continue des médecins et autres professionnels de santé est un processus d'acquisition de compétences professionnelles. Cette formation requiert la pratique. De ce fait, les médecins et autres professionnels de santé ont besoin de la participation des malades à leur formation. Ces malades peuvent être invités à la Faculté; ils peuvent être sollicités durant leur séjour hospitalo-universitaire ou dans d'autres structures hospitalières ou extra - hospitalières.

De ce fait, dans les ententes qui les lient aux institutions de soins, les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et le consentement des personnes malades se prêtant à l'enseignement.

Concernant l'organisation des études et des stages:

Chaque Faculté de Médecine doit promouvoir pour elle même et avec les institutions partenaires des recommandations et des procédures visant la qualité éthique des études et des stages en accord avec le but de la formation médicale. Elle doit garantir la qualité éthique des formations dont elle est directement responsable

Concernant les savoirs enseignés :

Chaque Faculté de Médecine est responsable de la dimension éthique de l'utilisation des savoirs qui sont dispensés au cours de ses programmes d'études : ces savoirs enseignés ne sont pas obligatoirement neutres au regard de ce qu'ils impliquent : dans toutes leurs dimensions, ils doivent impérativement respecter la dignité de la personne humaine.

V - L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE EN FACULTE DE MEDECINE

Chaque Faculté de Médecine adosse sa recherche universitaire aux principes de l'humanisme et de la qualité scientifique.

Concernant les étudiants participant aux recherches :

Les étudiants agissant comme des personnes ressources pour la recherche doivent bénéficier de la même considération que les autres personnels de recherche, qu'il s'agisse d'une part des conditions générales de travail et d'autre part des critères de sélection et d'évaluation.

Concernant les laboratoires de recherche des Facultés de Médecine :

Les thématiques et les méthodes sont choisies selon les meilleurs effets escomptés et selon les retombées les plus bénéfiques autant pour les personnes sujets de recherches que pour la population. Ces choix ne peuvent justifier la perte d'indépendance professionnelle des chercheurs ou de la Faculté de Médecine elle-même. Ces choix impliquent le respect de la dignité de la personne humaine.

L'analyse et la divulgation des résultats de recherche assurent la protection des personnes concernées selon le principe de la confidentialité médicale.

Par ses activités de recherche, chaque chercheur relié à la Faculté contribue au renom de sa structure propre ainsi qu'à celui de l'institution elle-même, dans le respect des autres chercheurs.

Concernant les malades participant à la recherche :

Les médecins et autres professionnels de santé ont parfois besoin de la participation de personnes malades à leurs recherches. Dans les ententes qui les lient aux malades et aux institutions de soins les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et l'autonomie des malades se prêtant à la recherche en tenant compte des principes de bienfaisance. Ce même respect de la dignité de la personne humaine est exigé lors de la participation de volontaires sains. Des règles d'éthique rigoureuses doivent être appliquées lors de dons de corps, d'organes et de produits humains en *post mortem* pour la recherche ou l'enseignement ; elles respectent dans tous les cas la volonté des donateurs quand elle a été exprimée et les lois en vigueur dans le pays.

Concernant l'utilisation et la valorisation des savoirs issus de la recherche :

Les Facultés de Médecine sont responsables de la dimension éthique des savoirs issus des recherches menées sous leur égide. Il est rappelé que la production de savoirs par la recherche sous l'égide des Facultés de Médecine a pour but un bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tient compte des répercussions éventuelles sur l'environnement, les individus et la société.

Les savoirs issus des travaux de recherche ne sont pas obligatoirement neutres et ont un aspect éthique dont les investigateurs sont appelés par les Facultés de Médecine à prendre la mesure. Leur utilisation ne peut être considérée éthique que si elle respecte certains critères dont le principal est le respect de la dignité de la personne humaine.

Les retombées et bénéfices éventuels doivent profiter à tous les acteurs de la recherche au premier rang desquels il y a les malades concernés.

Tous les chercheurs y compris les étudiants doivent profiter des retombées scientifiques à proportion de leur participation active aux travaux, à la condition que cela n'entache pas leur indépendance professionnelle que ce soit dans leurs activités de soins, de recherche ou d'enseignement. Les Facultés doivent assurer aux chercheurs, y compris les étudiants impliqués, la reconnaissance de leur propriété intellectuelle.

VI - L'ETHIQUE DE LA COOPERATION DES FACULTES DE MEDECINE

La coopération concernant l'enseignement comme la recherche est mise en œuvre avec des institutions dans des pays pouvant avoir des niveaux de développement différents. Dans ces ententes de coopération, chaque Faculté de Médecine reconnaît les mêmes valeurs centrées sur la dignité humaine, applique les mêmes critères centrés sur le principe de justice et respecte les mêmes engagements de transparence et de responsabilité que dans ses ententes nationales ou régionales .

VII - L'APPRENTISSAGE DE L'ETHIQUE MEDICALE

Chaque Faculté de Médecine a un programme de formation explicite au professionnalisme médical, lequel inclut la formation initiale et continue à l'éthique médicale.

N.B. : Le rapport d'étape de la rédaction de la charte a fait l'objet d'une conférence (J. BARRIER) aux XV^e J.U.F.P.M. de Nancy.

Annexe 1

COMITE DE LA CHARTE DE L' ETHIQUE DES FACULTES DE MEDECINE

Coordonnateur :

- Pr J.H. BARRIER, *Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF, Nantes (France)*

Secrétariat :

- Pr L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, *Professeure titulaire de Radiologie ; Présidente de l'Association des Professeurs et Professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (APPFMUS)*

Ont coopéré :

- Pr Mario ALVAREZ, *Doyen de la Faculté de Médecine d'Etat de Port au Prince (Haïti)*
- Pr Nourredine BACHIR-BOUIADJRA, *Doyen de la Faculté de Médecine d'Oran (Algérie)*
- Pr Geneviève BARRIER-JACOB, *ancien membre du Comité Consultatif National d'Ethique de France (Paris, France)*
- Pr Abdelmajid BELMAHI, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Rabat (Maroc), ancien Ministre de la Santé, Président de la CIDMEF*
- Pr Abdelatif BENMATI, *Doyen de la Faculté de Médecine de Constantine (Algérie)*
- Dr Charles BOELEN, *Consultant international en systèmes et personnels de santé ; Ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la Santé (Genève, Suisse)*
- Pr André BONNIN, *Université Médicale Virtuelle Francophone (Paris, France)*
- Pr Bernard CHARPENTIER, *Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine Françaises, 1^{er} Vice-Président de la CIDMEF (Paris, France)*
- Pr Raymond COLIN, *ancien Vice Doyen aux études de la Faculté de Médecine de Rouen (France)*
- Pr Luc COTÉ, *Professeur titulaire de Médecine Familiale et Directeur du Centre de Développement Pédagogique de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec, Canada)*
- Pr Gérard DABOUIS, *service d'Oncologie Médicale et de Soins Palliatifs, CHU de Nantes (France)*
- Pr Michel DETILLEUX, *Conseil National de l'Ordre des Médecins de France (Paris, France)*
- Pr Somian F. EHUA, *Chirurgien, Responsable de la Cellule Pédagogique de la Faculté de Médecine d' Abidjan (Côte d'Ivoire)*
- Pr Sahloul A. ESSOUSSI, *Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie)*
- Pr Pierre FARAH, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine St Joseph (Beyrouth, Liban), ancien Président de la CIDMEF*
- Pr J.P. FRANCKE, *Secrétaire Général de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France, Doyen de la Faculté de médecine de Lille (France)*
- Pr Jacques FRENETTE, *Médecin Généraliste, Vice-Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec, Canada)*
- Pr Abdelaziz GHACHEM, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis (Tunisie)*
- Pr Bernard GAY, *ancien Président du Collège National des Généralistes Enseignants de France (Bordeaux, France)*
- Pr Roger GIL, *Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers (France)*
- Pr André GOUZÉ, *Président Fondateur, Directeur Général de la CIDMEF (Tours, France)*
- Pr Roger GUILLEMIN, *Prix Nobel de Médecine, San Diego La Jolla (Etats Unis)*
- Pr Claude HURIET, *Sénateur Honoraire, Membre du Comité International de Bioéthique de l'UNESCO, Nancy (France)*
- Pr François JACOB, *Prix Nobel de Médecine (Paris, France)*
- Pr François LEMAIRE, *Réanimateur, Président de la Fondation Maurice Rapin (Paris, France)*
- Pr Guy LLORCA, *Professeur de Thérapeutique, Président du Comité d'éthique du C.H.U. de Lyon (France) et membre de l'Observatoire National d'Ethique Clinique.*
- Pr Hubert MARCOUX, *Président du Comité Départemental de l'Enseignement de l'Ethique en Médecine Familiale, Faculté de Médecine de l'Université Laval Québec (Canada)*
- Pr Badie A MEHADJI, *Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (Maroc)*
- Pr Petru MIRCEA, *Chargé de Mission à la CIDMEF ; ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Cluj-Napoca (Roumanie)*

- Pr Didier MOULIN, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr Koffi G. N'DAKENA, *Chef service Radiologie CHU Tokoin-Campus, Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie Université de Lomé (Togo)*
- Dr Jacques NDEMANGA KAMOUNE, *Urologue, ancien Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé (Bangui, République Centrafricaine)*
- Pr Moïse OLIVEIRA, *Ancien Recteur de l'Université de Libreville (Gabon)*
- Pr Rambré M. OUIMINGA, *ancien Secrétaire Général du CAMES, Membre du Conseil National d'Ethique (Ouagadougou, Burkina-Faso)*
- Pr Hélène PELLET, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine Lyon Grange Blanche (France)*
- Pr Pierre POTVIN, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Québec (Canada) ; Président du Conseil d'Evaluation de la CIDMEF*
- Pr Pascal RAKOTOBÉ, *Recteur de l'Université d'Antananarivo (Madagascar)*
- Pr Jacques ROLAND, *ancien Président de la Conférence Française des Doyens des Facultés de Médecine, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins (Nancy, France)*
- Pr Jean-Claude ROLLAND, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Tours ; (France) Directeur Général Adjoint de la CIDMEF*
- Pr Jean-Jacques ROMBOUTS, *Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr Marcel ROOZE, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Libre de Bruxelles (Belgique)*
- Pr Didier SICARD, *Président du Conseil Consultatif National d'Ethique de France (Paris, France)*
- Pr Moussa TRAORÉ, *Président de la Conférence Africaine des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CADMEF) (Bamako, Mali)*
- Mr Jean-Philippe SZYLOWICZ, *Ingénieur, ancien enseignant à l'Ecole Supérieure d'Electricité Paris (France)*
- Pr Nawar TEWFIK, *Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (Canada)*
- Pr Maurice SOSSO, *ancien Vice-Recteur de l'Université de Yaoundé (Cameroun)*
- Pr Dominique VANPEE, *Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr TÔN THẬT BACH, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine, ancien Recteur de l'Université (Hanoï, Viet-Nam)*
- Mr Gilbert VICENTE, *Secrétaire Général de la Faculté de Médecine de Strasbourg (France), Président de l'AUFEMO*
- Pr Patrick VINAY, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Montréal (Canada), ancien Président de la CIDMEF*

METHODOLOGIE DE REDACTION DE LA CHARTE

La décision de la rédaction d'une Charte de l'Éthique des Facultés de Médecine a été prise lors des réunions du Bureau Permanent et de la session plénière de la CIDMEF à Tours en mai 2001 après avoir entendu le rapport d'un atelier animé par J. BARRIER (Nantes, France), A. GHACHEM (Tunis, Tunisie) et M. OLIVEIRA (Libreville, Gabon) et composé de N. BACHIR-BOUIADJRA (Oran, Algérie), A. BELMAHI (Rabat, Maroc), P. CHEDID (Beyrouth, Liban), L. DEGAIL (INSERM Paris, France), J.F. DENEFF (Louvain Belgique), J. FOURCADE (Montpellier, France), A. MAAOUNI (Fès, Maroc), B.A. MEHADJI (Marrakech, Maroc), D. MOULIN (Louvain, Belgique), J. N'DEMANGA KAMOUNE (Bangui, Centrafrique), P. N'DUMBE (Yaoundé, Cameroun), D. THIAM (Dakar, Sénégal).

Un comité a alors été constitué (cf. liste supra) et a travaillé pendant 18 mois : une liste de discussion électronique a permis les échanges. Chaque proposition nouvelle a été intégrée dans le texte puis soumise à la discussion générale. La coordination de ce groupe de travail a été assurée par J. BARRIER (Nantes) et le secrétariat par L. BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke).

Les premières propositions du comité ont été revues par la CIDMEF (session plénière de Phnom Penh en février 2003) à l'issue d'un atelier auquel participaient :

- Pr J.H. BARRIER (Nantes, France), coordonnateur de la charte, animateur de l'atelier, et Pr A. BENMATI, Doyen de la Faculté de Constantine, Algérie, rapporteur.
- Les Doyens ou leur représentants :
 - F.F. ANGWAFO (Yaoundé, Cameroun),
 - A. CUCU (Brasov, Roumanie),
 - J.L. DEBRU (Grenoble, France),
 - Y. DJANHAN (Bouaké, Côte d'Ivoire),
 - I. GEORGESCU (Craiova, Roumanie),
 - R. GIL (Poitiers, France),
 - V. GLIGA (Tirgu Mures, Roumanie),
 - B.A. MEHADJI (Marrakech, Maroc),
 - N. MIU (Cjuij-Napoca, Roumanie),
 - S.A. OULD MOGUEYA (Nouakchott, Mauritanie),
 - G.K. N'DAKENA (Lome, Togo),
 - J. NDEMANGA-KAMOUNE (Bangui, RCA),
 - A. NYAKAYIRO (Butaré, Rwanda),
 - J.J. ROMBOUS (Louvain, Belgique),
 - D. THIAM (Dakar, Sénégal),
 - THOUVISOUK BOUNSAI (Vientiane, Laos),
 - TÓN THÁT BACH (Hanoï, Viet-Nam).

- Autres participants : R.M. OUIMINGA (Ouagadougou, Burkina-Faso), Conseiller Permanent de la CIDMEF et ancien Secrétaire Général du CAMES ; C. BINET (Tours, France), Chargé de Mission Technologies éducatives CIDMEF et G. VICENTE (Strasbourg, France), Président de l'AUFEMO.

Le comité a repris ses échanges pendant quelques mois. Les propositions intermédiaires ont été exposées par J. Barrier en plénière lors des 15^e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de Nancy (22-25 avril 2003). La problématique de l'apprentissage de l'éthique a fait l'objet d'un large examen de la collectivité enseignante francophone à plusieurs niveaux :

- Les résultats d'une enquête du Conseil Pédagogique de la CIDMEF sur l'apprentissage de l'éthique dans les Facultés de Médecine Francophones ont été rapportés par G. LLORCA.
- Un atelier de formation (L. BRAZEAU-LAMONTAGNE et J.H. BARRIER) sur l'apprentissage du raisonnement éthique (apprentissage de la démarche éthique ou comment acquérir des compétences éthiques ?).
- Un atelier stratégique destiné aux responsables des facultés sur "l'implantation d'un programme de formation à la professionnalisation des futurs médecins (de l'éthique à la relation médecin-patient) a réuni une centaine de participants (experts: J.H. BARRIER, L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, G. LLORCA).
- Une session de communications libres a permis d'échanger les expériences dans une vingtaine de facultés de médecine du monde francophone (citons Strasbourg, Dijon, Nantes, Angers, Lille, Brest, Louvain, Montréal, Beyrouth, etc.).

Les 12 mois suivants ont été l'occasion pour le comité de finaliser la charte avant proposition pour validation par le Bureau Permanent de la CIDMEF à Bordeaux les 14 et 15 mai 2004. Le Bureau Permanent a demandé que la Charte soit l'objet d'une évaluation et d'une mise en application dans l'ensemble des Facultés membres et qu'elle soit revue périodiquement à l'occasion des sessions plénières de la CIDMEF. Elle sera également traduite pour diffusion dans les milieux universitaires non francophones.

DOCUMENTS ET REFERENCES UTILISEES PAR LE COMITE DE LA CHARTE
--

- Serment d'Hippocrate
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Résolution 44/25 adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU le 20 Novembre 1989.
- Déclaration Universelle sur le génome humain et les droits de l'homme. Adoptée à la 29ème session de la conférence générale de l'UNESCO le 11 Novembre 1997.
- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen S Rials Ed Hachette Paris 1988.
- Association Médicale Mondiale
 - o Serment de Genève de l'Association Médicale Mondiale:
 - o Déclaration d' Helsinki
 - o 51^{ème} Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale (octobre 1999) sur l'inclusion de l'éthique médicale et des droits de l'Homme dans les programmes des Ecoles de Médecine
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :
 - o Developing protocols for change in medical education. Ch. Boelen, J Des Marchais, C W Dohner, M P Kantrowitz OMS 1992 1.
 - o Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 1996. (réf. : WHO / HRH /96.1).
 - o Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Ch. Boelen, J. Heck J. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2000 (réf.: WHO / HRH / 95.7).
 - o Universities and the health of the disadvantaged. Ed D S Blumenthal et Ch. Boelen OMS 2000
 - o Rapport des Journées d' Etudes Internationales de l' OMS et de la CIDMEF "la Faculté de Médecine et le médecin praticien du XXIème siècle", Bruxelles 9 –12 avril 1996, I Pelc et L Cassiers, Université Catholique de Louvain, Université Libre de Bruxelles, Fondation pour l'Etude et la Prévention des Maladies de Civilisation Ed Labor Bruxelles 1998
- Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, medical professionalism in the new millennium: a physician' charter. Ann Intern Med, 2002; 163: 243-246 traduction dans Pédagogie Médicale 2004, N°1
- Université Laval (Québec-Canada) :
 - o Déclaration des droits des étudiants et des étudiantes
 - o Règlement sur le harcèlement sexuel
- Code de Nuremberg
- Comité Consultatif National d' Ethique de France pour les sciences de la vie et de la Santé : La coopération dans le domaine de la Recherche Biomédicale entre équipes françaises et équipes de pays en voie de développement économique N°41 (18 décembre 1993). Actualisation dans l 'avis n° 78 " Inégalités d 'accès aux soins et dans la participation à la recherche à l 'échelle mondiale - progrès éthiques " du 18 septembre 2003.
- Déclaration d' Abidjan (conférence des ministres de l'enseignement supérieur et de la recherche des états et gouvernements ayant le français en partage), AUPELF-UREF Abidjan décembre 1993.

- *Ethique et professions de santé. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. A Cordier Paris Mai 2003.*
- *La dignité de l'Homme. Actes du Colloque de la Sorbonne Paris Novembre 1992. Ed P Magnard Paris Champion 1995.*
- *De la dignité humaine. T de Koninck Ed PUF Paris 1995.*
- *Professionalisme et délibération éthique. G.A. Legault Ed Presses de l'Université du Québec 1999*

La C.I.D.M.E.F.
en collaboration avec l'O.M.S.

La Faculté de Médecine face à ses Responsabilités Sociales et Ethiques

**Rapports et Conclusions des XIVe et XVe Journées
Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale
de Ouagadougou (*Burkina Faso*) 2 - 5 avril 2001
et de Nancy (*France*) 22 - 25 avril 2003**

Editeurs :

Professeur J.H. BARRIER
Faculté de Médecine de Nantes
Professeur J. ROLAND
Faculté de Médecine de Nancy
**Conférence Internationale des Doyens
des Facultés de Médecine d'Expression Française**

SOMMAIRE

	Page
• Préface (A. GOUAZE, Tours ; P. VINAY, Montréal ; CH. BOELEN, Genève)	2
• Introduction (1) : La Faculté de Médecine face à ses responsabilités (A. BELMAHI, Rabat)	4
• Introduction (2) : Une Faculté de Médecine a des devoirs... (J. ROLAND, Nancy)	7
• Analyser les besoins de santé de la population/communauté pour définir des buts de formation médicale : qui, quoi et comment ? (N. FIKRI BENBRAHIM, Rabat)	9
• Elaborer un curriculum de formation médicale adapté aux besoins de la population/communauté (P. GRAND'MAISON, Sherbrooke)	18
• Evaluation de la formation centrée sur les besoins en santé de la communauté (A.K. KOUMARE, Bamako)	27
• Faculté de Médecine et santé de la communauté (CH. BOELEN, Genève)	32
• Le malade, l'étudiant et l'enseignant : le triangle de l'éthique de la Médecine (L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, Sherbrooke)	41
• L'enseignement de l'éthique dans les Facultés de Médecine francophones (G. LLORCA, Lyon)	48
• Proposition d'un cadre de réflexion sur l'éthique des pratiques d'enseignement dans les Facultés de Médecine (A. QUINTON, F. ZERBIB, Bordeaux)	72
• Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF sur la formation au professionnalisme des futurs médecins (J.H. BARRIER, Nantes et COLL)	87
• Charte de l'éthique des Facultés de Médecine (CIDMEF)	96
• Conclusion sur l'enseignement de l'éthique médicale (M. OLIVEIRA, Libreville)	108
• Conclusion de la monographie (J.H. BARRIER, Nantes)	109
• Remerciements	110

Servir la santé de la communauté est un principe essentiel, qui exige de la Faculté de Médecine, à la fois engagement moral et rigueur scientifique.

Sur le plan de *l'engagement moral*, on reconnaîtra le nécessaire souci pour une Faculté de Médecine d'identifier les priorités de santé des personnes et des familles qui constituent la communauté dans laquelle elle est établie, communauté régionale ou nationale, et d'adapter ses programmes de recherche, de formation et d'intervention pour mieux y répondre.

Ce faisant, la Faculté de Médecine affirmera son rôle et sa responsabilité vis-à-vis de la société. Elle ne souhaite pas être caractérisée par l'expression "tour d'ivoire" en étant relativement isolée de son environnement social, mais souhaite au contraire promouvoir les valeurs d'humanisme, de justice sociale et de solidarité et prendre part à des actions concrètes de développement sanitaire et social, voire même les initier.

Sur le plan de la *rigueur scientifique*, la Faculté de Médecine peut contribuer à faire le bilan de santé d'une communauté et élaborer des stratégies d'action en promouvant l'usage de méthodologies éprouvées. Son expertise en matière d'analyse critique des besoins, de choix approprié d'interventions et d'évaluation d'impact est précieuse pour planifier et piloter efficacement des programmes de santé destinés à la communauté. Mieux, la Faculté peut conduire des recherches en vue de développer des modèles d'organisation des services de santé pour une approche globale et efficace dans la lutte contre la maladie et le handicap au service de l'ensemble des citoyens.

Pour maintenir le cap et continuer à assurer une orientation optimale des activités de la Faculté de Médecine en faveur de l'amélioration de la santé d'une population, le dialogue est indispensable entre enseignants, chercheurs, administrateurs, étudiants, représentants de la santé publique, gestionnaires de service de santé et professions de santé.

Certes, une majorité de Facultés n'ont pas été conçues avec cet objectif de départ et peuvent donner encore aujourd'hui l'image d'une institution rassemblant des disciplines médicales diverses, essentiellement influencées par le paradigme biomédical et clinique. Il faut rappeler ici que l'excellence dans ces domaines n'est pas contradictoire avec un investissement important en matière de santé communautaire. Au contraire, appréhender la santé et la maladie par une approche multidisciplinaire, et dans une perspective de santé publique, offre à la Faculté de Médecine un terrain unique d'innovations et d'investigations aux retombées inestimables pour l'amélioration de santé et du bien-être de chacun.

Nous pensons que toute Faculté de Médecine, ainsi que tout département à l'intérieur de celle-ci, devrait s'interroger sur son degré d'engagement à l'amélioration du système de santé offert à la communauté, en adaptant non seulement son programme d'enseignement, mais aussi son programme de recherche et son partenariat avec d'autres acteurs de santé sur le terrain, pour une meilleure adéquation aux besoins prioritaires de santé de la société.

Pr André GOUAZÉ
*Directeur Général
de la CIDMEF*

Pr Patrick VINAY
*Ancien Président
de la CIDMEF*

Dr Charles BOELEN
O.M.S.

INTRODUCTION : LA FACULTÉ DE MÉDECINE FACE À SES RESPONSABILITÉS

L'évolution considérable des sciences, des techniques, des pensées et des diversités culturelles, sociales et économiques renforce de plus en plus la complexité des problèmes et des réalités dans le domaine de la médecine et des spécialités médicales. Il est donc toujours indispensable de s'efforcer de renouveler le rôle de la Faculté de Médecine pour répondre aux nouvelles questions de la santé et aux perspectives de cette évolution dans un contexte de pluralité, de pluridisciplinarité et de mondialisation.

La Faculté de Médecine, quel que soit le degré de son autonomie et quelle que soit son implantation, entend fournir de grands efforts pour l'adaptation des programmes de formation et pour être la plus proche possible de l'actualité scientifique et professionnelle. Sa dimension d'espace intellectuel et de formation pratique lui confère une responsabilité sociale et humanitaire à l'échelle de la communauté tout entière.

La Faculté de Médecine est pour sa part, déontologiquement et éthiquement entièrement engagée dans le processus de formation des hommes qui sont étudiants aujourd'hui et qui seront médecins demain.

Au cours de cette transmutation, la Faculté de Médecine qui a des responsabilités d'encadrement et de formation d'intérêt collectif devra s'acquitter de ses devoirs et obligations compte tenu du système d'organisation et de gestion mis en place et des finalités, vocations, attributions, normes et critères qui relèvent de ses compétences conformément aux devis réglementaires des ministères de tutelle (Enseignement Supérieur et Santé). Dans ce contexte, la Faculté de Médecine n'est pas totalement libre dans ses activités de développement de la formation, de la recherche et de l'évaluation.

La Faculté de Médecine ne constitue pas l'espace unique où les étudiants acquièrent le savoir, le savoir-faire et le savoir-être pour leur épanouissement personnel et professionnel. Elle est, en revanche, institutionnellement responsable de l'exécution du programme officiel des études médicales, de l'encadrement des enseignements universitaires pré-cliniques et cliniques, et a pour rôle de suivre de près le déroulement normal des stages prévus dans les centres hospitaliers universitaires.

Néanmoins, pour justifier sa raison d'être en tant qu'institution responsable de la formation, La Faculté de Médecine est tenue de rendre régulièrement des comptes à la collectivité concernant l'efficacité des résultats de son activité, la planification de ses ressources, la qualité de son produit fini et les perspectives de son développement futur.

La Faculté de Médecine a également le devoir et non des moindres, d'être au premier plan et à l'avant-garde des avancées rapides dans le domaine des sciences médicales et biologiques. C'est ce qui permet de lui conférer une autre dimension de responsabilité plus importante certes, mais généralement moins bien cernée parce qu'il s'agit d'une obligation indépendante et volontariste concernant la mise à jour régulière des connaissances et des compétences visant la valorisation de l'enseignement et de la formation pour produire des médecins autonomes et particulièrement responsables.

L'ampleur des devoirs et des responsabilités dépend aussi de la taille et du type de Faculté de Médecine et du milieu sociopolitique et environnemental dans lequel elle évolue. Les capacités d'accueil de cette catégorie d'établissements sont en général limitées et le nombre de places offertes chaque année aux nouveaux entrants est souvent fixé par les autorités gouvernementales sous forme d'un *numerus clausus* plus ou moins stable. Ces limitations ont pour but de réguler la pléthore affectant les médecins généralistes et spécialistes en activité qui fréquemment se concentrent dans les grandes agglomérations de population.

La complexité des obligations afférentes à la Faculté de Médecine résulte du fait qu'elle doit répondre adéquatement aux multiples besoins de la société en matière de couverture sanitaire, de soins et de prévention. Ceci ne peut se réaliser que par la formation de médecins humanistes de haut niveau capables d'intervenir efficacement, d'apporter les solutions indispensables aux différents problèmes de santé pour leur clientèle, et emplit d'une responsabilité éthique sans faute.

La Faculté de Médecine doit être considérée comme une institution responsable d'une formation stratégique à l'échelle communautaire. Après l'éducation, c'est la santé des citoyens qui constitue une priorité fondamentale pour le développement économique et social d'une nation.

A quel moment commence la responsabilité institutionnelle de la Faculté de Médecine et à quel moment cette responsabilité cesse d'exister ? Il est difficile de répondre à cette question. Si la Faculté a la responsabilité de contrôler les étudiants à l'entrée de son système, exige des profils particuliers, effectue des sélections sévères parmi les candidats qui se présentent et les suit tout au long leur cursus jusqu'à la sortie, il se trouve au bout du compte qu'elle n'a aucune prise directe sur ce que font ou feront ses lauréats une fois qu'ils aient quittés son enceinte. On entre alors dans une phase presque éternelle où l'activité réelle du médecin ne relève plus de la responsabilité de la Faculté mais du devoir d'autres instances et organisations médicales.

Quels sont les risques encourus dans le processus de formation des étudiants en Médecine ?

Personne, ni l'enseignant, ni l'administration n'a le courage de prendre des décisions à risque même raisonnables. En effet, tout nouveau projet de réforme des études médicales, quelque soit son origine et sa portée, engage des

discussions houleuses souvent interminables et fait couler beaucoup d'encre. La gestion des comportements d'opposition à l'innovation pédagogique, au réajustement des programmes et des contenus ainsi que la gestion des influences contradictoires au sein du corps professoral et des commissions estudiantines, demandent un effort considérable de conviction de la part de la Faculté de Médecine qui se retrouve face à une responsabilité qui dépasse quelque fois les frontières qui lui sont délimitées. C'est ce genre d'insuffisance de responsabilité vis-à-vis de l'expérimentation, de l'engagement et de la prise de risque qui explique en partie le vieillissement des enseignements actuels dans nos établissements de formation médicale et constitue un obstacle au progrès de la qualité des apprentissages qu'on offre aux étudiants.

Pour y remédier, il faut que la Faculté de Médecine soit suffisamment autonome et ouverte sur son environnement national et international, qu'elle ait la volonté de créer un climat de confiance entre ses différents groupes d'intervenants pour faciliter leur adhésion à toute nouvelle initiative dont l'objectif est de développer la pédagogie, la recherche et la formation continue.

La Faculté de Médecine doit aussi s'approprier les moyens de sa responsabilité pour gérer efficacement les forces et les faiblesses de son système de formation, assurer le suivi, le maintien et le renforcement de la qualité de l'enseignement qu'elle dispense pour produire d'excellents médecins.

En résumé, la Faculté de Médecine ne doit pas se limiter à être une institution qui délivre des titres et des diplômes pour relâcher définitivement ses lauréats dans la nature. Elle doit proposer une formation médicale continue, diversifiée, structurée, efficace et bien contrôlée pour les médecins et les spécialistes en activité. Son rôle basique est de protéger inlassablement la santé de la population en s'efforçant de former des médecins communautaires et omnipraticiens capables de saisir les réalités et les problèmes sanitaires de cette population, de faire face aux besoins globaux et spécifiques de la collectivité en matière de prévention, de soins et d'allègement des souffrances.

*Professeur A. BELMAHI (Rabat - Maroc)
Président de la CIDMEF*

INTRODUCTION :

UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A DES DEVOIRS...

Il est pour le moins curieux, dans ce début du XXI^e siècle que l'on se penche avec tant d'attention sur les responsabilités des facultés de médecine. Y aurait-il eu des négligences ? Certaines missions auraient-elles été oubliées ? Ou tout simplement, le débat avait-il été précédemment esquivé ? Peut-être toutes ces hypothèses sont-elles bonnes... mais dans tous les cas les facultés de médecine ont des devoirs.

ENSEIGNER ET CHERCHER

Gardons les pieds sur terre : le premier devoir d'une Faculté de Médecine concerne justement l'enseignement de la médecine : personne d'aussi qualifié ne le fera à sa place. Cet enseignement doit concilier une excellence théorique et une excellence pratique, faute de quoi nous ne formerions que des auxiliaires de santé, ou des savants inefficaces. Cette nécessité entraîne les professeurs à être à la fois des scientifiques recrutés avec exigence, et des praticiens de qualité ; cela implique aussi une activité en recherche de tous les enseignants et leur formation permanente. De cette dualité découle logiquement la constitution du pôle hospitalo-universitaire. Cela implique la proximité de l'hôpital universitaire et de la Faculté, et la présence des unités et des activités de recherche dans les deux institutions. La vocation à l'excellence amène en plus à l'emploi de méthodes pédagogiques adaptées aux objectifs de l'enseignement, l'évaluation régulière des formations et des formateurs, et celle de la recherche.

NOUS OUVRIR

Le deuxième devoir de la Faculté est un devoir d'ouverture. Celle-ci doit se faire d'abord en direction des médecins de sa région : ils doivent bénéficier dans la faculté d'une bonne partie de leur formation continue. Réciproquement, ils doivent y être invités à participer à l'enseignement, comme maîtres de stages et comme vacataires dans des secteurs où certains ont une expertise reconnue.

Cet esprit d'ouverture doit se manifester également vis-à-vis des autres professionnels de santé dont on ne peut laisser de côté la réflexion et renoncer à la collaboration. C'est pourquoi toutes les initiatives rapprochant les cursus, créant des passerelles, facilitant les mises en communs d'enseignement, doivent être encouragées. Le projet de réforme de la première année des études de santé, esquissé en France, va tout à fait dans ce sens. Le projet de création de pôles de santé dans nos universités participe aussi à cette ambition.

L'accueil ne doit pas concerner uniquement les professionnels : le public lui-même doit pouvoir franchir sans réserve les portes de nos établissements. Des débats, des conférences sur les sujets de santé doivent susciter l'intérêt. Mais nous ne nous contentons pas d'un rôle passif de nos concitoyens : ils doivent être aussi des acteurs. Un exemple illustre bien ce nouveau rôle : les multiples initiatives associant des représentants d'associations de malades à l'enseignement de troisième cycle de médecine générale se sont révélées toutes fructueuses.

COMPRENDRE LA JEUNESSE DE NOTRE REGION

Nous ne pouvons nier l'influence et l'attraction que nous avons sur notre jeunesse. Nos méthodes de sélection ne sont pas sans conséquence tant sur le destin des jeunes qui nous sont confiés que même sur leur état de santé. La période de sélection ne doit donc pas être trop longue et nous devons éviter des redoublements complètement inutiles en termes de formation ; il faut en plus sélectionner les futurs médecins assez tôt pour ne pas prolonger une formation qui dure déjà au moins 9 ans. Cela ne doit cependant pas empêcher la possibilité de recrutements plus tardifs pour des diplômés d'autres filières : c'est dire qu'il faut à la fois un recrutement direct, pour la majorité, et des passerelles pour les cas particuliers.

Il est aussi impératif de rapprocher nos cursus de ceux des autres métiers de la santé, rompant ainsi avec un isolement préjudiciable à la future complémentarité professionnelle. Enfin le *numerus clausus* régional doit être équitable : chaque jeune doit avoir, d'une région à l'autre, une possibilité équivalente de réussir le concours. Il faut donc tenir compte pour fixer le *numerus clausus* du nombre des bacheliers dans le territoire de la faculté correspondante.

COMPRENDRE LES BESOINS EN SANTE DE LA POPULATION ET PARTICIPER AU DEBAT REGIONAL

Chaque Faculté doit encourager la culture de santé publique : il en découle qu'il faut, dans chacun de nos établissements, un département de santé publique. Ce département doit être soutenu par les autorités facultaires, tant pour l'affectation des personnels que pour ses moyens. Son rôle est d'abord d'être centre d'expertise et de formation, mais il ne doit pas se limiter à cela. Le département de santé publique doit être aussi un outil destiné à adapter et globaliser l'action des équipes médicales qui l'entourent, à l'image de l'éthique dont l'état d'esprit doit pénétrer toutes nos entreprises.

Une Faculté de Médecine est obligatoirement un interlocuteur de poids dans nos régions. La qualification des médecins qu'elle rassemble, leur nombre, constitue une mine de compétences, d'expertises, au service de la communauté. Cette implantation doit donc se traduire par une présence effective dans les instances régionales de la santé ; les représentants de la Faculté doivent y participer largement aux réflexions, apporter leur contribution et recueillir tous les éléments destinés à adapter et améliorer le rôle que la Faculté peut jouer dans sa région. Si on ne devait citer qu'un exemple, ce serait celui de la démographie médicale où manifestement notre rôle peut être déterminant.

Voilà donc un cahier des charges ambitieux. La Société ne peut qu'être exigeante vis-à-vis de nous, nous ne pouvons lui répondre que par un sens aigu de nos responsabilités.

*Professeur Jacques ROLAND,
Président des 15^e Journées Universitaires Francophones
de Pédagogie Médicale de Nancy (avril 2003)*

ANALYSER LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION/COMMUNAUTÉ POUR DÉFINIR DES BUTS DE FORMATION MÉDICALE : QUI, QUOI ET COMMENT ?

Conférence aux XIVe J.U.F.P.M. de Ouagadougou – 2 au 5 avril 2001

I. POURQUOI L'ANALYSE DES BESOINS ?

L'analyse des besoins de santé de la population/communauté est une des principales étapes pour asseoir un système de formation médicale adapté.

Sans analyse des besoins il est difficile de savoir si la formation médicale est pertinente, utile et si elle prépare le médecin à répondre aux attentes du système et de la population.

La simple formulation des buts éducatifs ne garantit par leur validité (R. KAUFMAN). (1)

Cette phase, incontournable, doit être organisée de façon régulière, d'autant plus que le besoin en termes de connaissances et de compétences change en fonction de l'évolution de la situation sanitaire nationale, du système de santé et de la technologie médicale.

Les professionnels de l'éducation insistent, de plus en plus, sur la nécessité d'identifier les besoins d'une façon systématique et rigoureuse et pour que les programmes d'études répondent à des besoins précis de la société, par ailleurs, de plus en plus exigeante sur le plan de la pertinence et de la qualité des soins.

Dans beaucoup de pays, l'étude des programmes actuels de formation médicale montre qu'ils ne sont pas centrés sur les véritables problèmes et besoins de la communauté et du système de santé.

La plupart des modèles d'évaluation des programmes de formation médicale réservaient peu de place à l'interaction entre les facultés de médecine et les besoins en santé de la population.

Il nous appartient donc, en tant que responsables de la formation médicale, de travailler en étroite collaboration avec tous les intervenants de respecter un certain nombre de principes directeurs de valeurs fondamentales et d'utiliser des outils de rationalisation de l'enseignement médical, censés nous conduire à plus de rigueur et d'efficacité en apportant les changements nécessaires au système de soin (2).

Lorsque l'analyse des besoins est effectuée selon une bonne méthodologie et que ses résultats sont appliqués à la planification d'un programme

de formation médicale, non seulement la pertinence est garantie, mais le sens de cette formation devient beaucoup plus évident pour les apprenants. C'est beaucoup plus volontiers que les futurs professionnels de santé appliqueront ce qu'ils ont appris dans leur travail de tous les jours.

Ainsi, l'analyse des besoins constitue l'étape préalable indispensable dans la spirale de l'éducation.

Cependant, bien qu'il semble exister un consensus quant à la nécessité d'une telle approche, l'unanimité n'existe pas quant à la façon de la réaliser.

II. C'EST QUOI UN BESOIN ET L'ANALYSE DES BESOINS ?

Il existe beaucoup d'écrits à ce sujet et notamment sur les besoins en formation.

La littérature abonde en adjectifs variés lorsqu'il s'agit de besoins. Elle offre une pléthore de termes pour désigner différents types de besoins : exprimés, démontrés, ressentis, objectifs, subjectifs, normatifs, innés, acquis...

Plus récemment, C. HONORAT et G. LEVASSEUR font la distinction entre besoins ressentis et scotomes et besoins ressentis et besoins réels (3).

Sans s'attarder dans une discussion académique et quoique que la notion de besoin est ambiguë et qu'on ne retrouve pas de définition du concept qui soit universellement acceptée, nous retenons comme définition de besoin celle qui le considère comme étant **"un écart entre une situation souhaitée, désirée, idéale et une situation actuelle, observée"**. (1-6).

Plusieurs auteurs ont contribué à l'acceptation de cette définition, Tyler en particulier. (1-4).

Le terme de "besoin" pris dans un sens très large signifie donc une carence, une absence d'un bien jugé nécessaire ou désirable, et en ce qui nous concerne ici comme une inadéquation entre ce qui est (la pratique médicale) et ce qui devrait être (besoins réels de santé de la communauté) et donc en définitif **une inadéquation entre la formation et la pratique médicale**.

Il est important à ce stade de ne pas confondre l'expression "besoins" et "moyens" pour les combler et de signaler qu'un besoin est l'expression d'une fin et non du/ou des moyens pour atteindre cette fin.

Il est intéressant de rappeler que l'analyse des besoins est une démarche couramment utilisée en santé publique, plus particulièrement dans le domaine de la planification et/ou de la programmation des actions de santé (analyse de l'offre et de la demande, problématique des besoins et diagnostic communautaire).

La notion d'objectifs et le rapport entre la rigueur de leur formulation et les possibilités d'évaluation formelle sont de nos jours évidents et donnent lieu à des modèles précis que tous les schémas de planification utilisent.

Cependant, quand on parle de besoins, on les situe par rapport à une logique de problèmes à résoudre. Pour cela, il est important, à un moment donné, d'écouter la population concernée, sachant pertinemment que les besoins ne correspondent pas forcément à des demandes et que les réponses exprimées ne sont pas forcément adaptées ni aux besoins ni aux demandes.

L'intersection entre besoins, demandes et réponses permet de mieux identifier la zone d'intervention. L'action pourrait être la plus efficace possible : une solution adaptée à des besoins réellement identifiés et dont les membres de la communauté ont conscience puisqu'ils les formulent sous forme de demande.

Il faut s'assurer que la formation est bien un élément de traitement du problème.

A partir de là on pourra aisément formuler les besoins de santé prioritaires de la population qui nous serviront à l'élaboration des objectifs éducationnels.

III. QUI EST RESPONSABLE DE L'ANALYSE DES BESOINS ?

L'identification des problèmes prioritaires de santé de la population/communauté ainsi que la formulation politique de santé et la planification des professionnels nécessaires pour l'instauration de la stratégie des soins est du ressort, habituellement, des ministères de la santé (décideurs politiques et planificateurs des services de santé).

La majorité des pays disposent de plans de santé nationaux qui fixent les orientations stratégiques, en adéquation avec la politique gouvernementale.

Les enseignants-chercheurs des facultés de médecine sont souvent mis à contribution pour l'identification des problèmes de santé prioritaires, ainsi que pour l'élaboration des stratégies de soins et la planification des personnels de santé.

Le recensement et l'analyse des besoins en formation médicale, ainsi que leur transformation en objectifs éducationnels est pour la majorité des pays, de la responsabilité des ministères de l'enseignement supérieur et des facultés de médecine.

Cependant, la planification de la formation médicale nécessite, de nos jours, une redéfinition et une description précise des rôles des futurs médecins à former et de ceux, actuellement en poste, et qui nécessitent des programmes de recyclage.

Cette planification devrait fournir les bases sur lesquelles doivent être conçus l'enseignement et la formation à donner à ces personnels afin de leur

inculquer les compétences, les aptitudes et les attitudes dont ils ont besoin pour mettre en œuvre la stratégie nationale des soins.

Il est important de souligner l'interaction qu'il y a entre planification et formation.

Comme l'indique la stratégie mondiale de la santé, préconisée par l'O.M.S., "les ministères de la santé, en collaboration avec les autres ministères et établissements d'enseignement concernés prendront les mesures requises au plus haut niveau pour que l'éducation et la formation dispensées aux personnels de santé les préparent à s'acquitter de fonctions correspondant étroitement aux problèmes de santé prioritaires du pays. A cet effet, ils réexamineront les fonctions des personnes de santé à travers tout le système de santé et prendront les mesures nécessaires pour en assurer la réorientation en fonction des besoins". (5).

Pour donner aux médecins actuels et futurs la possibilité d'acquérir des compétences appropriées et une motivation sociale, il faudra donc apporter, continuellement, des réformes aux programmes d'enseignement et de formation.

Pour cela, il faudra que les enseignants des facultés de médecine, à travers des structures de coordination (commission pédagogique, comité des programmes...), se familiarisent avec la planification des programmes de formation orientés vers les besoins de la collectivité.

Dans cette recherche de la pertinence, plus particulièrement à travers le recensement et l'analyse des besoins de santé de la population / communauté, la définition des tâches et leur traduction en objectifs éducationnels, les enseignants-chercheurs des facultés de médecine et les planificateurs de la formation doivent apprendre à collaborer avec les décideurs et les planificateurs sanitaires, les professionnels de santé sur le terrain, les représentants des collectivités, les étudiants...

Ils devront identifier les acteurs clés de la réussite et notamment ceux qui sont en position de décision et/ou d'influence forte.

Cette démarche établit un lien entre la planification et la production, fournit la clé des problèmes de pertinence et constitue une première étape rationnelle dans le processus de l'éducation.

IV. COMMENT FAIRE L'ANALYSE DES BESOINS ?

Il existe différentes techniques, différents moyens pour évaluer un éventail souvent large des besoins communautaires, les besoins du système des soins de santé et ceux des professionnels de santé eux-mêmes.

Les méthodes utilisables à cet effet ne correspondent pas exclusivement à l'une ou l'autre des catégories de besoins mais peuvent souvent s'appliquer à différents domaines.

Nous allons nous limiter, ici, à l'analyse des besoins de santé de la communauté, car en définitif ce sont les besoins de la communauté en matière de soins et les ressources disponibles pour les satisfaire qui doivent servir de base à l'élaboration d'un programme de formation.

Quels que soient les intérêts des enseignants, les aspirations des malades, des professionnels de santé, des étudiants ou de la société, l'enseignement médical devrait d'abord s'appuyer sur les réalités existantes et les réalités prévisibles au cours de la vie professionnelle du médecin.

Il est vain de vouloir faire atteindre à des médecins un niveau élevé de compétence dans la solution des problèmes qu'ils rencontrent rarement dans la pratique quotidienne, alors qu'on aura négligé, par ailleurs, les problèmes auxquels ils seront le plus souvent confrontés.

Comme il est également vain de former des médecins à dispenser des soins à un niveau que la société dans laquelle ils seront appelés à travailler ne peut s'offrir. C'est pour cela qu'il est important de tenir compte des réalités sociales, politiques et économiques du pays.

KAUFMAN et ENGLISH (1979) (1-4) insistent sur le fait qu'il n'y a pas une "bonne" façon de procéder à une analyse des besoins et comme le précise WITKIN (1984) (1-4) il n'y a pas de modèle d'analyse des besoins qui soit universellement accepté. De plus, il n'y a pas d'évidence empirique démontrant la supériorité d'une approche par rapport à une autre comme le souligne KAUFMAN et ENGLISH (1979) (1-3). Chaque situation est différente d'une autre, de sorte qu'un ensemble de règles et de procédures uniques peut rarement s'appliquer exactement à tous les contextes.

Cependant, il existe un accord suffisant pour reconnaître qu'un modèle complet doit être constitué de quatre composantes : l'identification des buts, la détermination du statut actuel par rapport à ces buts, l'identification, la description et l'analyse des écarts, la détermination de l'ordre de priorité des besoins (1).

Une analyse des besoins suppose donc la détermination de deux pôles, le statut actuel de l'étudiant et le statut désiré de cet étudiant en spécifiant l'écart existant entre ces deux pôles. Ce qui suppose l'accès à l'information concernant ces deux dimensions.

Quels sont les différents modes de recueil et d'analyse des besoins de formation ?

La qualité principale d'un programme de formation est la pertinence : ce qui signifie que le but final d'une formation médicale est de permettre aux étudiants d'aborder d'une façon efficace et avec compétence les problèmes qu'ils sont censés rencontrer au cours de leur pratique professionnelle.

La détermination de l'importance des buts et des objectifs de la formation médicale doit se faire d'une manière concertée auprès de toutes les parties concernées :

- Médecins et autres partenaires professionnels participant à la prise en charge commune des patients
- Responsables des services de santé, des caisses d'assurance-maladie et de sécurité sociale
- Représentants du milieu (parents, famille des patients, groupes sociaux dont les associations des malades et des consommateurs des services de santé)
- Représentants de l'industrie pharmaceutique et du matériel médical...
- Représentants des enseignants et des étudiants
- Observateurs extérieurs (universitaires, non universitaires appartenant au milieu médical et autres secteurs apparentés). (3).

Le choix des répondants est une activité importante : le type et le nombre requis sont fonction de l'importance et de l'étendue de la tâche ainsi que de la nécessité de recueillir l'opinion de diverses catégories. C'est un exercice de mise en rang dont le résultat se présente comme un ensemble de données préférentielles, nécessaires à l'élaboration du programme de formation (3).

De nombreuses méthodes de recueil des besoins ont été décrites.

Sans pour autant procéder à une description exhaustive de ces techniques, nous citons parmi les plus utilisées :

- **Les statistiques de santé publique** : une grande partie de l'information nécessaire à l'analyse des besoins de santé communautaire figure, probablement, dans des documents tels que les plans de santé nationaux, les tables de morbidité et de mortalité, les annuaires statistiques sur les indicateurs de santé, périodiquement mis à jour. Ces informations concernent, essentiellement, le profil épidémiologique et démographique de la population/communauté, avec une vue d'ensemble des principales causes de décès, les maladies les plus fréquentes, problèmes majeurs de santé, les incapacités qu'elles provoquent, mais aussi les caractéristiques des organisations et structures de santé, le profil et l'utilisation des services de santé et les ressources disponibles et leur répartition.

La priorité la plus élevée devra être accordée à la capacité de traiter les maladies, principales causes de morbidité et de mortalité, même aux dépens d'autres matières jugées, intellectuellement, plus stimulantes pour le corps enseignant.

Il faudrait, par ailleurs, préparer les étudiants à poursuivre leur formation de manière indépendante pour s'accommoder aux nouveaux développements de la profession.

- **L'évaluation des pratiques professionnelles, individuelles ou collectives à travers les dossiers médicaux :**

L'évaluation des dossiers des patients, par exemple, au niveau des hôpitaux, des centres de santé ou au niveau des cabinets et cliniques privées, représente une source potentielle d'informations capables de guider les planificateurs des études médicales.

Cette recherche documentaire peut être complétée par une revue de la littérature pour s'informer des programmes de formation médicale offerts dans des pays similaires.

- D'autres données, en rapport avec l'importance des objectifs, peuvent être réunies par :

- 1- les échelles d'opinions de type Likert et le tri des cartes, méthodes couramment utilisées selon WITKIN (1977)
- 2- des techniques d'enquêtes, type entretiens individuelles et questionnaires écrits, enquêtes communautaires
- 3- l'utilisation de techniques particulières : discussion de groupe (focus groupe, groupes nominaux), technique de DELPHI, technique de l'incident critique, technique PUIGER et méthode F.G.P.
- 4- d'autres méthodes ont été décrites utilisées et critiquées selon les époques et les lieux. Il s'agit des tests de connaissances ou évaluation diagnostic des connaissances, l'évaluation de l'accomplissement des tâches (ou études des tâches), les données de la supervision etc... (1-4).

Ces techniques de recueil des besoins de formation peuvent être regroupées en trois grandes catégories (C.HONORAT, G. LEVASSEUR, 2001) : (3)

- 1- Analyse de pratique (recueil d'incident critique par le professionnel, le patient ou des observateurs extérieurs).
- 2- Analyse de tâche (auto-analyse, observation extérieure ou analyse théorique)
- 3- Analyses bibliographiques portant sur les effets de la pratique médicale.

Il est important de signaler que le choix de l'une ou de l'autre de ces approches est fonction de plusieurs facteurs, selon le mode d'organisation de la formation, la situation particulière à l'étude y compris la variable temps et les ressources disponibles.

En fait, ces différentes méthodes sont complémentaires et il est classique de voir combiner l'utilisation des données disponibles à travers une revue documentaire et l'organisation d'enquêtes, types entretiens et questionnaires.

L'analyse des besoins de formation recueillis :

Une fois le recueil des données et leur classement effectués, l'évaluateur doit mettre en marche le processus d'analyse de besoins proprement dit.

Plusieurs cadres d'analyse (ou modèles d'analyse) ont été proposés pour rationaliser les critères de choix des besoins en formation.

La littérature n'offre pas de modèle d'analyse de besoins qui soit universellement accepté.

Trois approches majeures ont été décrites : modèle inductif, modèle déductif et modèle classique. (KAUFMAN et HARSH, 1969) (1).

En fait, chaque évaluateur doit concevoir et appliquer sa propre stratégie d'analyse des besoins.

CONCLUSION

L'analyse des besoins de santé d'une population/communauté n'est pas une fin en soi et les besoins de formation n'ont sûrement pas d'existence par eux-mêmes. Ils constituent une espèce de mise en scène des attentes des différents partenaires afin de produire des objectifs de formation admis par le plus grand nombre d'intervenants.

L'analyse des besoins doit déboucher sur la définition du profil "idéal" du médecin à former et donc les besoins de formation doivent concerner les domaines habiletés et des compétences intellectuelles, gestuelles et relationnelles prioritaires que le futur médecin devra acquérir.

En partant des problèmes identifiés, on opère un choix en fonction des priorités nationales afin de pouvoir s'entendre sur une liste des domaines prioritaires de formation, tout en s'assurant que tout ce qui est "universel" est bien inclus dans le programme de formation.

La deuxième phase de la stratégie consistera à approfondir les domaines retenus en utilisant l'étude des tâches, l'évaluation du travail accompli sur le terrain par des professionnels concernés pour définir les objectifs éducationnels pertinents et s'assurer que la formation répond bien aux besoins et l'amélioration de l'efficacité du système de soins.

L'analyse des besoins de santé de la population, la planification et la mise en œuvre d'un système de formation médicale sont deux choses directement et étroitement liées car une formation ne peut être utilisée que si elle répond aux besoins.

C'est pour cette raison qu'il est indispensable que l'analyse des besoins de santé de la population se fasse en étroite collaboration de toutes les parties concernées : décideurs au niveau du système de santé, enseignants responsables de la formation médicale, représentants de la population /communauté, dispensateurs de soins, les organismes de financement, professionnels concernés sur le terrain et d'autres personnes ressources etc...

D'où la nécessité de synthétiser l'analyse des besoins en formulant des objectifs généraux et spécifiques, en leur proposant une traduction dans un projet pédagogique avec des actions d'accompagnement et de faire valider ce projet par les acteurs clés.

Références bibliographiques :

1. M.A Nadeau. L'évaluation des programmes. Théorie et pratiques Presses Universitaires. Laval, 1988 ; 173-201
2. Boelen et J. E. Heck ; Définir et mesurer la responsabilité sociale des Facultés de Médecine . O.M.S.. WHO/HRH/95.7, Genève 2000.
3. C. Honnorat, G. Levasseur. Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner. Revue internationale francophone d'éducation médicale. Vol 2, N°1. Février 2001, 26-27

4. E.R. Abbatt, A. Méjia. La formation continue des personnels de santé, Manuel particulier. O.M.S., 1990 ; 27-40
5. W.C. Mc Gaghie, G. E. Miller, A. W. Sajid et T. V. Telder. Introduction d'un enseignement médical fondé sur l'acquisition des compétences. Cahiers de la santé N° 68, O.M.S., 1978 ; 40-51.
6. A. El Gadi. Ingénierie et évaluation d'une formation. Remald, série guides de gestion N°6, 2000 ;20-35
7. M. Bass. Promouvoir la santé. L'Harmattan, Paris, 1994 ;304 p.

Professeur N. FIKRI-BENBRAHIM (Rabat – Maroc)

ÉLABORER UN CURRICULUM DE FORMATION MÉDICALE ADAPTÉ AUX BESOINS DE LA POPULATION / COMMUNAUTÉ

Texte élaboré après participation aux XIV^e Journées Universitaires de Pédagogie Médicale de la CIDMEF, Ouagadougou, Burkina Faso, 2 au 5 avril 2001. Le texte initial a été présenté le 5 avril 2001 lors de la session plénière intitulée : "Comment centrer la formation sur les besoins de santé de la population / communauté ?".

INTRODUCTION

L'élaboration d'un curriculum de formation médicale inclut l'identification des besoins, l'élaboration des objectifs d'apprentissage, la mise en place de stratégies et de méthodes pédagogiques favorisant l'atteinte par les étudiants de ces objectifs, l'évaluation des étudiants, des professeurs et des programmes. La coordination de l'ensemble de ces tâches assure la qualité pédagogique du curriculum.

Néanmoins, la formation médicale n'existe pas dans un vacuum mais bien dans une société dont elle doit répondre aux besoins et à qui elle doit rendre des comptes. Est-ce que le curriculum de formation médicale est adapté et répond de façon optimale aux besoins de santé des personnes et des communautés que la Faculté de Médecine a le mandat de servir ? Est-ce que les médecins formés possèdent les compétences, les habiletés, les attitudes et les valeurs pour répondre le mieux possible à ces besoins ? Encore mieux, est-ce qu'ils peuvent agir comme chef de file dans l'organisation du système de santé permettant une réponse optimale à ces besoins ? La réponse à ces questions assure la pertinence du curriculum.

Le présent texte permettra aux lecteurs de comprendre certains éléments qui sous-tendent les concepts de la responsabilité sociale et de l'imputabilité des facultés de médecine en regard de leur réponse aux besoins des sociétés qu'elles doivent servir et de prendre connaissance de quelques-uns des facteurs qui déterminent le niveau d'adaptation des curriculums aux besoins de la population/communauté.

1. RESPONSABILITE/IMPUTABILITE SOCIALE ET EDUCATION MEDICALE

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que les institutions académiques telles que les Facultés de Médecine sont responsables et imputables de leurs actions envers la société qu'elles servent.^{1,2,3} La responsabilité sociale des Facultés représente leur «obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de service sur les besoins de santé prioritaires de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir». ² Les Facultés, de concert avec les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et la communauté elle-même doivent collaborer à assurer une meilleure connaissance de ces besoins mais surtout à en assurer une meilleure réponse. De

par leur imputabilité sociale, les Facultés ont aussi la responsabilité de rendre des comptes en regard de leur capacité par leurs activités à répondre à ces besoins.

Les Facultés de Médecine peuvent prendre des positions différentes de réceptivité à ces besoins.³ En position de neutralité, elles peuvent mettre en place leurs activités sans vraiment considérer les besoins des individus, des familles et des communautés. Plus réactives, d'autres facultés peuvent adopter une mission explicite par laquelle elles s'engagent à mieux identifier ces besoins et à y répondre en adaptant de façon variable leurs programmes d'enseignement ainsi que les activités de recherche et de service. Les Facultés peuvent aller encore plus loin et adopter une position de pro-activité ; en plus d'adapter leurs activités aux besoins, les Facultés anticipent alors ces besoins et les défis futurs qu'ils sous-tendent, contribuent activement au développement d'approches novatrices de soins de santé répondant mieux aux besoins des personnes et des populations, forment leurs gradués à œuvrer à l'implantation de ces approches et des systèmes de santé de demain et même à y agir comme chefs de file.

L'éducation représente l'art et la science de préparer les personnes à fonctionner adéquatement dans la société.³ Pour atteindre cet objectif, l'éducation doit donc s'assurer que les personnes formées auront les habiletés et les compétences attendues pour répondre aux besoins des personnes et des populations, qu'elles pourront exercer leurs habiletés et compétences dans un environnement qui les considérera comme applicables et pertinentes et que finalement ces habiletés et compétences seront complémentaires à celles d'autres intervenants.³ Les curriculums doivent donc offrir aux apprenants une série organisée d'opportunités et d'activités pour atteindre ces objectifs.

Traditionnellement, l'éducation médicale est orientée vers la santé, certains diront plutôt la maladie, de patients individuels et est fortement influencée par la disponibilité des nouvelles connaissances et technologies tout comme par la spécialisation. Le curriculum qui en résulte est souvent surchargé de faits, centré sur la maladie seulement et trop souvent développé selon les intérêts des enseignants. L'éducation médicale qui tient compte des besoins de santé des personnes et des populations adopte quant à elle une vision plus globale de la santé et, tout en considérant les individus, prend en compte l'environnement dans lequel ils vivent. Le curriculum est centré sur le patient et la population, est orienté vers les besoins prioritaires de ceux-ci, et cible le développement de compétences complexes et des rôles professionnels plutôt que la simple acquisition des faits. Un tel curriculum, centré sur la demande et une vision globale de la santé⁴, permet donc de mieux répondre aux besoins de la population/communauté.

2. UN CURRICULUM ADAPTE AUX BESOINS : FACTEURS DETERMINANTS

Les facteurs déterminants pour la mise en place d'un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté sont multiples; ils ne peuvent tous faire l'objet d'une description, même brève, dans le présent document. Certains de ces facteurs nous apparaissent les plus importants et seront brièvement discutés. Ils sont résumés au tableau I.

Tableau I :

**Facteurs déterminants pour un curriculum adapté
aux besoins de la population/communauté**

1. DIRECTION

- Un objectif clair : répondre aux besoins
- Des valeurs
- La responsabilité envers une population/communauté
- Une intégration de la santé individuelle et de la santé populationnelle

2. PLANIFICATION

- L'approche par compétences
- Le développement de rôles professionnels
- Un contenu guidé par les besoins et problèmes prioritaires de santé
- La convergence entre l'éducation, la pratique et le système de santé

3. IMPLANTATION

- Des approches éducatives qui maximisent l'intégration
- L'utilisation de milieux de formation variés
- La préparation des professeurs

4. EVALUATION

- Evaluation des étudiants
- Evaluation du programme
- Accréditation des facultés

2.1 Facteurs liés à la direction de la Faculté

Sans un engagement précis de la direction de la Faculté, l'objectif de l'adaptation du curriculum aux besoins de la population/communauté est presque toujours voué à l'échec. La direction, par la mission de la faculté qu'elle met de l'avant, doit confirmer clairement cet objectif et mettre en place les actions nécessaires pour l'atteindre.

Le partage par l'ensemble des intervenants de valeurs communes est aussi primordial. L'Organisation Mondiale de la Santé propose à cet effet quatre valeurs de référence de base pour un système de santé qui doivent être maintenues en équilibre pour répondre de façon optimale aux besoins des populations : la **qualité**, des services sûrs et gérés selon les normes professionnelles reconnues et assurant la satisfaction des patients ; l'**équité**, pour que chaque individu dans une population donnée ait les mêmes opportunités de bien-être ; la **pertinence**, pour que les priorités soient fixées en fonction de la prévalence et l'urgence des besoins ainsi que de la possibilité d'impact des interventions à leur sujet ; l'**efficience**, pour une utilisation optimale et la plus avantageuse possible des ressources disponibles.^{2,3}

Les Facultés de Médecine aiment pouvoir affirmer que leurs graduées peuvent s'installer partout dans le monde et ainsi répondre aux besoins de toute population. Cependant, les besoins des populations sont variables selon leur localisation (continent, pays, ville, campagne, etc.) et selon les conditions socio-sanitaires des individus qui les composent. La mise en place d'un curriculum adapté aux besoins nécessite donc de la part de la faculté l'engagement de sa responsabilité envers une population/communauté définie, soit habituellement celle de sa ou ses régions d'influence.

Finalement, il doit être clairement stipulé qu'à l'intérieur du curriculum les perspectives communautaires et populationnelles sont considérées en complémentarité avec les perspectives individuelle. La corrélation étroite qui existe la santé personnelle et l'environnement et le style de vie, l'interdépendance des effets des approches individuelles et communautaires et la complémentarité entre les soins préventifs et curatifs soutiennent la nécessité d'une telle complémentarité qui représente quant à elle la fondation pour répondre optimalement aux besoins³.

2.2 Facteurs reliés à la planification du curriculum

Alors que l'approche par objectifs a été l'approche privilégiée des années 60 et 70, c'est l'approche par compétences fondées sur les tâches professionnelles à accomplir qui est de plus en plus privilégiée par les chefs de file en éducation médicale et en psychologie cognitive. Contrairement à l'approche par objectifs, qui trop souvent a entraîné une approche réductionniste de l'apprentissage de la médecine et des curriculums, l'approche par compétences reconnaît la complexité de la pratique médicale de qualité. Les compétences sont fondées sur les tâches professionnelles qu'auront à accomplir les gradués, incluent à la fois des connaissances déclaratives (le quoi), conditionnelles (le pourquoi et le quand) et procédurales (le comment), et tiennent compte de l'environnement et des considérations éthiques.⁵ On met donc ici l'emphase sur les actions futures des professionnels et sur l'ensemble intégré de leurs connaissances, aptitudes, attitudes, valeurs et jugement.

De façon concrète, ces compétences se traduisent de façon concrète dans des rôles professionnels précis et déterminés selon les tâches à accomplir et les besoins de la population/communauté. Le tableau II donne la liste des cinq rôles professionnels identifiés par l'O.M.S. selon le concept du "médecin cinq étoiles"^{1,2,3}. Il inclut aussi les sept rôles identifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans son projet CanMEDS 2000⁶. De façon générale, ces rôles comprennent les suivants :

- un médecin expert-clinicien capable de dispenser des soins de qualité et capable de prendre des décisions dans le meilleur intérêt des patients et des communautés ;
- un médecin compréhensif et capable de communiquer efficacement avec les personnes avec qui il interagit et de leur offrir des activités d'éducation de santé ;
- un gestionnaire et utilisateur de ressources de façon efficace et efficiente ;
- un collaborateur capable de travailler de façon harmonieuse et productive avec ses collègues, d'autres professionnels de la santé, le patient et sa famille;

- une personne capable d'exercer un leadership au sein de sa communauté pour initier des actions visant l'amélioration de la santé de la population ou influencer les intervenants responsables de le faire ;
- un scientifique capable d'auto-apprentissage et de formation continue dans toute sa vie professionnelle et offrant des soins fondés sur les évidences ;
- un individu qui démontre des valeurs professionnelles d'humanisme, de compassion et de responsabilité.

Tableau II :

Rôles professionnels à développer

MD 5 étoiles de l'O.M.S.	CanMEDS 2000
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Un dispensateur de soins ♦ Un décideur ♦ Un communicateur ♦ Un leader dans sa communauté ♦ Un gestionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Un expert en décision clinique médicale ♦ Un communicateur ♦ Un collaborateur ♦ Un gestionnaire ♦ Un promoteur de la santé ♦ Un scientifique ♦ Un professionnel

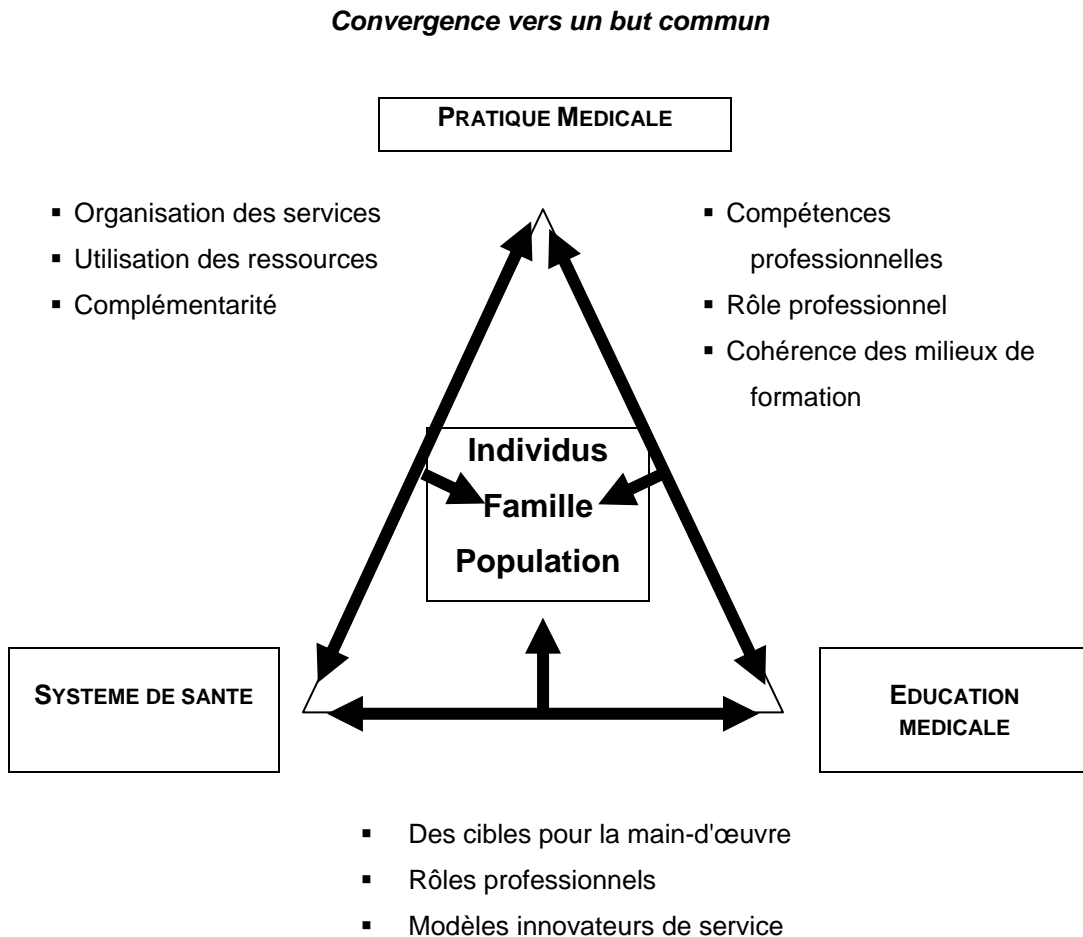
Tous ces rôles sont complémentaires. Le médecin doit posséder à la fois une expertise de contenu, i.e. maîtrise des connaissances, des concepts, des méthodologies et des outils, et une expertise d'interaction, i.e. capacité d'agir avec le patient et sa famille, d'autres professionnels de la santé et même avec des personnes oeuvrant dans des domaines plus larges de développement. Expert dans l'approche individuelle, i.e. le diagnostic et le traitement dans une relation un à un, il doit aussi posséder une expertise communautaire, i.e. l'identification des besoins prioritaires, la prise en compte de l'environnement et des déterminants de la santé, la mise en place d'interventions de prévention et de promotion de la santé, la considération de sa responsabilité pour l'ensemble d'une population.

Les besoins et problèmes prioritaires des populations ou communautés dont les facultés de médecine sont responsables doivent guider le contenu du curriculum.^{4,5,7,8,9} À partir d'analyses des problèmes et des politiques de santé, il est possible de prioriser les besoins de la population à l'aide de formules flexibles et adaptées au milieu : les critères peuvent être quantitatifs (incidence, prévalence, taux de mortalité, coûts de santé, etc.) et qualitatifs (gravité, efficacité, efficience, urgence, etc.). Pour que la priorisation identifiée soit acceptée par tous, les critères utilisés doivent être prédéterminés et acceptés par tous les intervenants.

L'éducation médicale et les curriculums doivent être en interaction constante et étroite avec la pratique professionnelle et le système de santé. Cette interaction entraîne une convergence de buts et d'actions et conséquemment une

réponse optimale aux besoins^{1,3,10}. La figure 1 représente cette interaction et identifie quelques-uns des éléments de convergence qui existent entre chacun des pôles. Les Facultés de Médecine, tenant compte de l'ensemble de leurs fonctions et de leur potentiel, sont souvent dans une position privilégiée pour créer les synergies nécessaires avec les professionnels en exercice et le système de santé afin d'atteindre une réponse optimale aux besoins des personnes et des populations.

Figure 1 :



2.3 Facteurs reliés à l'implantation du curriculum

La fragmentation est un piège qui guette l'implantation du curriculum tout comme sa planification. Les approches éducatives utilisées doivent maximiser l'approche globale des problèmes, le développement des compétences professionnelles et l'acquisition de façon intégrée des habiletés reliées aux rôles professionnels attendus. L'enseignement par systèmes intégrés, l'apprentissage

par problèmes, l'apprentissage expérientiel et la mise en situation clinique réelle représentent quelques-unes de ces approches.

La population reçoit ses soins et services de santé à partir de milieux de soins variés et complémentaires. Ce n'est qu'en offrant la possibilité aux étudiants d'expérimenter durant leur formation cet éventail large de milieux de soins qu'un curriculum peut vraiment prétendre répondre de façon optimale aux besoins de la population/communauté. C'est ici que le concept de "l'éducation fondée sur la communauté" (community-based education, utilisé en anglais) prend toute sa force^{11,12}. Ce concept comprend trois éléments prioritaires : une éducation vers la communauté, i.e. orientée et mettant l'emphase sur les besoins de santé prioritaires des patients et des communautés; une éducation dans la communauté utilisant des milieux multiples, variés et représentatifs de l'éventail des milieux futurs de pratique des gradués; une éducation avec la communauté qui inclut la participation active des membres et ressources de la communauté. Cette approche permet aux facultés et étudiants de mieux percevoir les besoins des populations/communautés, d'augmenter la pertinence de la formation, de développer chez les futurs gradués certaines compétences plus difficilement acquises dans les milieux de soins tertiaires et surtout d'expérimenter des milieux de pratique où plusieurs d'entre eux oeuvreront plus tard.

La formation professorale est, quant à elle, un pré requis essentiel et incontournable à la mise en place d'un curriculum renouvelé¹³. Elle inclut la formation pédagogique des professeurs leur assurant l'acquisition d'habiletés pédagogiques spécifiques et d'une nouvelle philosophie éducative. À certaines occasions les professeurs auront aussi à parfaire leur formation sur des contenus et habiletés spécifiques reliés au concept de la formation et la pratique professionnelle orientées vers les besoins des communautés. Le modèle de rôle des professeurs est un outil puissant et doit être utilisé.

2.4 Évaluation

Si l'adage "l'évaluation dirige le curriculum est vrai, l'évaluation des étudiants doit être en parallèle avec les objectifs poursuivis. Son contenu doit être orienté vers les problèmes prioritaires de santé de la population/communauté, et non selon les intérêts particuliers des professeurs comme on le retrouve trop souvent dans nos examens facultaires. Les méthodes d'évaluation utilisées doivent elles aussi être adaptées ; elles doivent maximiser l'observation directe des étudiants dans l'accomplissement de leurs tâches professionnelles et mesurer de façon optimale leur capacité de raisonnement clinique. Les approches par projet et travaux d'équipe, l'observation de la performance dans les milieux cliniques, les examens cliniques objectifs et structurés ne sont que quelques-unes des méthodes pouvant être utilisées.

L'évaluation du curriculum en regard de son adaptation aux besoins de la population/communauté est aussi nécessaire. Elle doit inclure l'évaluation du processus curriculaire, i.e. objectifs, contenu, modalités de planification et d'implantation, etc. Elle doit aussi en inclure l'évaluation des résultats : le développement des compétences chez les étudiants et, à long terme, l'apparition de changements de la situation de santé de la population, principalement en

regard de ses problèmes prioritaires, de la pratique professionnelle et même du système de santé dans son ensemble.

La capacité d'un curriculum et d'une Faculté à répondre aux besoins de la population/communauté devrait finalement faire partie des critères servant à l'accréditation des facultés. Il est à espérer que dans un futur rapproché, les organismes d'accréditation des facultés de médecine les incluront dans leur liste de critères.

CONCLUSION

Les Facultés de Médecine sont imputables (elles doivent rendre des comptes) de leur responsabilité sociale et de leur capacité à être réceptives et à répondre aux besoins de la société, plus spécifiquement des populations/communautés qu'elles ont à servir. Les Facultés de Médecine sont dans une position privilégiée pour soutenir la mise en place de systèmes novateurs de prestation de services de santé et de pratique professionnelle qui répondent de façon optimale aux besoins des populations. Une de leurs premières actions à cet effet est celle d'orienter et d'élaborer leur curriculum de formation selon ces besoins tenant compte de façon complémentaire de l'expertise pédagogique de leurs professeurs et de leurs ressources.

Élaborer un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté nécessite pour certaines de nos facultés de médecine un changement majeur d'orientation. Plus qu'un changement de contenu et même de méthodes pédagogiques, la mise en place d'un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté nécessite un changement de culture et de philosophie tout comme un engagement clair envers des valeurs nouvelles mises de l'avant par la direction facultaire et partagées par l'ensemble des intervenants. Engagée envers une population/communauté définie et réceptive à ses besoins pour y répondre de façon optimale, la faculté doit modifier en conséquence son curriculum en regard des objectifs poursuivis, des contenus à inclure, des compétences et rôles professionnelles à développer, des modalités pédagogiques à utiliser et de l'évaluation des étudiants à effectuer. Une faculté pleinement engagée à répondre aux besoins de la population/communauté qu'elle dessert doit donc accepter d'évoluer, de réexaminer sa mission et ses actions, de faire preuve de transparence dans l'évaluation de ses propres interventions et surtout de rendre compte de celles-ci en regard des objectifs poursuivis. Ce n'est que de cette façon que l'éducation médicale jouera pleinement son rôle de leadership pour contribuer à l'évolution du système de santé et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

RÉFÉRENCES

1. BOELEN C. *Medical Education Reform : The Need for Global Action*. Academic Medicine. 1992; 67(11) : 745-749.
2. *Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools*. Geneva. World Health Organization. 1995. Document non publié SHO/HRH/95.7; disponible sur demande auprès du département sur l'organisation de la prestation des sciences de santé, Organisation mondiale de la santé, 1211 Genève 27, Suisse.
3. BOELEN C. *Towards Unity for Health : Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development/A working Paper*. Genève. 2000. Organisation mondiale de la santé. 84p.
4. NEUFELD V., PICKERING R., SIMPSON J. *Priority Health Problems in the Education of Health Professionals*. Maastricht. 1997. Network Publications. 127p.
5. TARDIF J. *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal. Canada. 1992. Les Éditions LOGIQUES, 472 p.
6. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS 2000 : Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report*. Medical Teacher. 2000; 22(6) : 549-554.
7. GINZBERT E. *Medical Education and the Needs of the Public*. Academic Medicine. 1997; 72(8) : 663-665.
8. MAUDSLEY R.F. *Content in Context : Medical Education and Society's Needs*. Academic Medicine. 1999; 74(2) : 143-145.
9. GASTEL B., WILSON M.P., BOELEN C. *Toward a Global Consensus on Quality Medical Education : Serving the Needs of Populations and Individuals*. Proceedings of the 1994 World Health Organization / Educational Commission for Foreign Medical Graduates Invitational Consultation. Geneva. october 3-6, 1994. Academic Medicine. 1995; 70(7), Suppl. : 90 p.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education*. Report of the global conference on international collaboration on medical education and practice. Geneva, Switzerland. 1995. World Health Organization. 127p.
11. SCHMIDT H., MAGZOUB M.E., FELETTI G., NOOMAN Z., VLUGGEN P. *Handbook of Community-Based Education : Theories and Practices*. Maastricht, Netherlands, 2000. Network Publications. 474 p.
12. MAGZOUB M.E. *Studies in Community-based Education*. Maastricht, Netherlands, 1994. Uniprint/Universitaire Drukkerij, Maastricht. 130 p.
13. GRAND'MAISON P., DES MARCHAIS J.E. *Former les enseignants à une pédagogie centrée sur l'étudiant*. Apprendre à devenir médecin : un bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Sherbrooke, Canada. 1996. Université de Sherbrooke. 418 p.

Paul GRAND'MAISON, MD, M.Sc., FCFMC
Vice-doyen à la communauté et Secrétaire
Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke
3001, 12^{ème} avenue nord
Sherbrooke (Québec) Canada J1H 5N4
Téléphone : 819-564-5204
Télécopieur : 819-564-5378
Courriel : pgmaison@courrier.usherb.ca

ÉVALUATION DE LA FORMATION CENTRÉE SUR LES BESOINS EN SANTÉ DE LA COMMUNAUTÉ

Conférence aux XIVe J.U.F.P.M. de Ouagadougou – 2 au 5 avril 2001

1- INTRODUCTION

D'après J. J. FERLAND (1) l'évaluation des Facultés de Médecine a été développée aux USA à partir des années 1846 grâce à l'American Medical Association et surtout à partir de 1903 par le Council on Medical Education, chargé de l'inspection et de l'évaluation des écoles de médecine en vue de leur agrément. Mais c'est à partir du rapport de Flexner en 1910 que l'évaluation a eu une influence considérable. Cette évaluation des Facultés de Médecine a été secondairement développée au Canada ; elle est d'apparition récente en Europe et en Afrique.

2- LES MODELES CLASSIQUES DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE FORMATION EN SANTE

L'évaluation de la formation en santé a été surtout basée sur les modèles suivants :

- le modèle du Liaison "Committee on Medical Education", qui semble être le premier document de base ;
- le modèle du "Australian Medical Council" qui a été inspiré du modèle ci dessus ;
- le modèle de la Conférence International des Doyens de Médecine Francophones qui a été largement inspiré des 2 précédents ;
- le modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé en Afrique qui a été largement inspiré des 3 précédents.

Ces modèles permettent d'analyser une formation en tenant compte du contexte :

- le programme (contexte, les objectifs, les enseignements théoriques et pratiques, les évaluations) ;
- les ressources (humaines, matérielles, financières) ;
- les structures de formation théoriques et les structures de stages ;
- les travaux de recherche.

Ces modèles utilisent surtout un processus d'évaluation interne et d'évaluation externe ; l'évaluation interne étant effectuée parallèlement par les enseignants et les étudiants.

Ces modèles réservaient peu de place à l'évaluation de l'influence entre la Faculté de Médecine et les besoins en santé de la Communauté.

C'est à partir des années 1980 et surtout 1991 que Jacques PLANTE (2) a introduit au Canada la notion générale d'évaluation d'une formation basée sur :

- la pertinence pédagogique
- la pertinence sociale
- la pertinence économique

A partir des années 1999 – 2000 Charles BOELEN (3) de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève a mis l'accent sur le concept "d'imputabilité sociale" d'un programme de formation dans le domaine de la santé.

3- LE MODELE DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE FORMATION EN SANTE D'APRES BOELEN

C. BOELEN et J. E. HECK (3) ont publié en 2 000 un livret intitulé "Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine". Dans ce document, les auteurs résument eux mêmes leurs réflexions en ces termes :

"Dans tous les pays du monde, on demande un meilleur rendement pour les sommes investies dans les soins de santé. Les facultés de médecine, qui façonnent le système de soins et qui sont affectées par celle-ci, doivent par motivation propre, continuer à être socialement responsables. En plus, elles doivent accepter et reconnaître leur obligation de rendre des comptes à la société ; elles doivent faire la démonstration de leur responsabilité sociale. Ce document propose un cadre de référence pour aider les facultés de médecine à évaluer leur progrès dans l'aide qu'elles apportent, par leurs activités de formation , de recherche et de services, au développement de systèmes de soins qui se caractérisent par un équilibre entre la pertinence, la qualité, l'efficience, et l'équité."

D'après ces auteurs, chaque composante des 3 principaux domaines de la Faculté de Médecine (formation , recherche, services) doit être évaluée d'après une grille en fonction des 4 valeurs de la responsabilité sociale de la faculté : pertinence, qualité, efficience, équité. Ces auteurs estiment aussi que chaque fonction de la faculté doit être évaluée d'après sa planification, sa réalisation, son impact. Ces différentes informations permettraient de remplir le tableau ci dessous. Ils suggèrent des réflexions ou des recherches pour définir plus précisément les indicateurs de progrès des facultés à l'égard de leur responsabilité sociale.

Grille de la responsabilité sociale d'après C. Boelen et J. E. Heck

Valeur	Domaine et phase								
	Formation			Recherche			Services		
	Planifi- cation	Réali- sation	Mesure Impact	Planifi- cation	Réali- sation	Mesure Impact	Planifi- cation	Réali- sation	Mesure Impact
Pertinence									
Qualité									
Efficience									
Equité									

4- PROPOSITION D'INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA FORMATION CENTRES SUR LES BESOINS EN SANTE DE LA COMMUNAUTE

Les indicateurs ci dessous proposés sont des compléments aux données collectées dans le cadre des modèles classiques et dans le cadre du modèle de C. BOELEN et J. E. HECK.

Pour répondre aux suggestions de C. BOELEN et J. E. HECK nous proposons ci dessous des indicateurs qui peuvent contribuer à évaluer et à suivre l'évolution de la responsabilité sociale d'une Faculté de Médecine.

L'évaluation de la responsabilité sociale d'une Faculté de Médecine peut être basée sur des indicateurs qu'on peut considérer "prédicatifs" ou sur des indicateurs qu'on peut considérer "d'impact".

Les indicateurs prédictifs, permettent en principe de prédire le risque que la Faculté a, de répondre ou non aux besoins prioritaires de la communauté.

Les indicateurs d'impact mesurent réellement les résultats de la faculté sur les besoins prioritaires de la communauté.

Les indicateurs prédictifs peuvent être classés dans "l'input" ou intrant de la Faculté ; certains de ces indicateurs prédictifs peuvent être classés dans "l'output" ou extrant de la faculté. Ces indicateurs prédictifs peuvent aussi être classés dans les 4 valeurs de C. BOELEN et J. E. HECK (pertinence, qualité, efficience, équité). Ils peuvent aussi être classés en tenant compte des fonctions de la faculté (formation, recherche, soins).

4-1 Les indicateurs prédictifs

En fonction des réponses aux questions suivantes, on peut prédire l'influence de la faculté sur la résolution des problèmes prioritaires de la communauté :

- a- Quelle place a eu la politique sanitaire dans l'élaboration du curriculum ;
- b- Quelle place a eu la faculté dans l'élaboration de la politique nationale de santé ;
- c- Quel est le ratio entre nombre de diplômés par an et les besoins de la communauté ;
- d- Quel est le ratio entre le nombre de diplômés généralistes et le nombres de diplômés spécialistes, par rapport aux besoins de la communauté ;
- e- Quel est le ratio entre le nombre de filières de spécialisations ouvertes dans la faculté par rapport aux spécialisations prioritaires répondant aux besoins de la communauté ;
- f- Quel est le ratio du temps consacré à l'enseignement théorique des problèmes prioritaires de la communauté par rapport aux autres problèmes ;
- g- Quel est le ratio du temps consacré à l'enseignement pratique des problèmes prioritaires de la communauté par rapport aux autres problèmes ;

- h- Quel est le ratio du temps consacré à l'enseignement théorique des problèmes prioritaires de la communauté par rapport à l'enseignement pratique des problèmes prioritaires de la communauté ;
- i- Quel est le ratio du temps consacré à l'enseignement dans le milieu hospitalier par rapport au milieu non hospitalier (urbain ou surtout rural) ;
- j- Quel est le ratio du temps d'enseignement / apprentissage consacré à la résolution de problèmes (théoriques ou pratiques) par rapport aux autres temps d'enseignement / apprentissage ;
- k- Quelles sont les qualités et les Quantités de ressources humaines et matérielles affectées à la résolution des problèmes prioritaires de santé de la communauté, dans le domaine des soins, ou dans le domaine de la recherche (cet indicateur pouvant être étudié par plus d'une douzaine de variables en combinant : qualité, quantité, ressources humaines, ressources matérielles, en soins, en recherche) ;
- l- Quel est le coût moyen de la prise en charge des problèmes prioritaires de la communauté, si l'on suit les directives enseignées par les enseignants de la faculté ;
- m- Quel est le coût moyen d'un diplômé de la faculté en fonction de la catégorie professionnelle ;
- n- Quel est le devenir professionnel des diplômés de la faculté ;
- o- Quelle est la compétence professionnelle (d'après les experts et d'après la communauté) des diplômés de la faculté ; ce indicateur est très complexe, mais cette complexité ne doit pas le faire rayer de la liste.

4-2 Les indicateurs d'impact

Des exemples de principaux indicateurs d'impact sont cités ci dessous :

- a- l'évolution des différents taux de mortalité des groupes de population prioritaires , vulnérables (taux de mortalité infantile, infanto – juvénile, maternelle etc) ;
- b- l'évolution des différents taux de morbidités (portant surtout sur les maladies prioritaires) ;
- c- l'évolution des différents ratios de handicapés par rapport aux non handicapés ;
- d- l'évolution du ratio de sujets en bonne santé physique et mentale par rapport aux autres ;
- e- l'évolution du ratio de sujets autonomes et productifs par rapport aux autres ;
- f- l'évolution de l'espérance de vie ;

5- PERSPECTIVES

Ces indicateurs ci dessus permettent d'évaluer une faculté en fonction de son contexte, et ils permettent de suivre l'évolution de la faculté en vue de répondre aux besoins prioritaires de la communauté.

Ces indicateurs ne doivent pas empêcher de résoudre les problèmes d'équivalence de diplôme. Ils ne doivent pas empêcher par exemple, qu'un diplômé de doctorat en médecine d'un pays, ne puisse pas aller effectuer une

spécialisation dans un autre pays dans le cas où cette spécialisation n'existe pas chez lui.

Donc ces indicateurs ne doivent pas exclure la possibilité d'une évaluation normative dans le cadre de contextes semblables, voire dans un contexte mondial.

Il serait donc souhaitable de déterminer :

- des indicateurs pertinents qui permettent d'évaluer un ensemble de Faculté dans une même région, voire sur le plan mondial ;
- le niveau minimum que chaque faculté doit atteindre pour les principaux indicateurs, en fonction de chaque diplôme délivré par la Faculté ;

Il serait souhaitable aussi d'étudier la corrélation entre les indicateurs prédictifs et les indicateurs d'impact.

Références

- 1- Ferland Jean Jacques : Les grandes questions de la pédagogie médicale, perspective nord américaine ; Les Presses de l'Université Laval ; Québec 1987 ; p 3 - 19 ;
- 2- Plante Jacques : Evaluation des établissements ; in Dictionnaire actuelle de l'éducation ; Renald Legendre ; Editeur : Guérin ; Québec 1993 ; p 573-587 ;
- 3- Boelen Charles, Heck Jeffery E. : Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine ; WHO/HRH/95.7 ; O.M.S. ; Genève - Suisse 2000

Abdel Karim KOUMARÉ MD – MA

Pédagogie Sciences Santé

*Faculté de Médecine de Pharmacie et Odonto Stomatologie – Bamako – Mali
Hôpital du Point G – Bamako – Mali - email : koumareak@buroticservices.net.ml*

FACULTÉS DE MÉDECINE ET SANTÉ DE LA COMMUNAUTÉ

Conférence aux XlVe J.U.F.P.M. de Ouagadougou – 2 au 5 avril 2001

Commençons par une question provocatrice : **"Les facultés de médecine contribuent-elles pour beaucoup à la santé du public ?"**.

En préambule, efforçons-nous de définir les termes-clefs pour éviter autant que possible les confusions et les mauvaises interprétations.

LA SANTE, D'ABORD !

Faute de mieux, on en revient toujours à la définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé : "La santé, c'est un état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou de handicap".

Adhérer à cette définition suppose la reconnaissance de l'atteinte d'un objectif complexe, variable suivant les contextes sociaux et culturels et les personnalités, assimilable au concept de l'épanouissement global de l'homme dans son environnement de vie. Cela suppose aussi la reconnaissance des multiples facteurs déterminant le bien-être et, donc, de la nécessité d'interventions multiples pour le sauvegarder, le restaurer ou le promouvoir.

Certes, une Faculté de Médecine n'est pas une faculté de la santé ! Mais, comme une certaine ambiguïté est généralement observée, on s'accordera sur la nécessité d'une réflexion sérieuse sur la mission précise de la faculté au regard des exigences d'un système de santé généralement souhaité et considéré, en toute bonne foi, comme étant le mieux adapté aux besoins de la société.

SANTE DU PUBLIC !

Il ne s'agit pas de la "santé publique", que d'aucuns définiront, suivant les contextes, par un ensemble de mesures tendant à protéger la population générale contre les nuisances de l'environnement, les risques inhérent aux modes de vie et certaines maladies transmissibles.

Par contre, nous proposons que la "santé du public" soit comprise comme un grand éventail d'interventions destinées aux individus, à travers les soins médicaux, notamment, mais aussi aux communautés, l'ensemble concourant au bien-être de chacun.

Pour mieux en dessiner les contours, convenons que les valeurs de référence de la santé du public soient la qualité, l'équité, la pertinence et le coût-efficacité.

La **qualité** peut-être mesurée par la façon dont les problèmes de santé trouve une solution adaptée aux besoins de chaque personne. Certes, les méthodes et moyens les plus appropriés seront-ils utilisés, mais en considérant à chaque fois le bénéficiaire de ces services comme une personne, méritant respect et considération de sa spécificité dans le recouvrement optimal de ses fonctions.

La recherche de l'**équité** veillera à faire jouir chaque citoyen des avantages offerts par un service de santé, sans aucune forme de discrimination.

La **pertinence**, par contre, exigera que les problèmes de santé les plus importants soient traités en priorité, en accord avec des critères que chaque société se sera fixés.

Enfin, le **coût-efficacité** se mesurera par la capacité à faire le meilleur usage des ressources disponibles au sein d'un système de santé.

Une adhésion à ces quatre valeurs et le maintien d'un équilibre entre celles-ci dans la pratique quotidienne est un défi majeur dans la gestion de tout système de santé.

Notre sentiment est que tout acteur de santé : institution, organisation, groupement professionnel ou praticien individuel doit prendre la mesure de ce défi pour prétendre jouer un rôle de progrès dans la santé du public.

FACULTE DE MEDECINE

Une institution académique chargée de missions de formation, de recherche et de dispensation de soins, unanimement considérée comme un partenaire important dans l'évolution du système de santé.

Le souci d'une Faculté de Médecine d'adapter ses programmes d'activités aux réalités de la société dans laquelle elle vit ne peut se manifester que par une démarche volontariste et des signes concrets, car cette adéquation ne va pas de soi. En effet, la faculté n'est pas nécessairement une institution homogène tout entière gérée pour tendre vers la réalisation d'un corps unique de valeurs, telles que celles qui ont été exposées plus haut. Les départements et unités qui la composent représentent autant d'intérêts, d'objectifs, d'organisations, de sources de financement et de produits.

Pour qu'une institution aussi différenciée puisse répondre efficacement à une mission générale de service public, une cohésion doit être développée et entretenue autour d'engagements clairement établis.

Ainsi, une déclaration en faveur de l'"ouverture sociale" de la Faculté de Médecine doit pouvoir être traduite en actes pratiques, soumis à planification et évaluation rigoureuse.

Tout comme pour le développement des sciences et des techniques, l'ouverture sociale et la participation à l'édification d'un système de santé doivent

avoir recours à des approches méthodologiques probantes car elles répondent aux mêmes impératifs de recherche et de critique.

RESPONSABILITE SOCIALE

Voilà un concept bien galvaudé ! Quelle Faculté ne prétendra pas assumer une responsabilité sociale ? Certes, ce concept peut être interprété de façon diverse.

Certains prétendront que la formation de médecins pour la société a une portée éminemment sociale, ou que la recherche est par définition sociale dans la mesure où elle contribue à résoudre des énigmes qui devraient avoir des répercussions – serait-ce même à long terme- sur la maladie et la santé .

D'autres, par contre, tendent à penser que la Faculté est redevable à la société de ce qu'elle fait et produit - particulièrement quand elle financée par des deniers public - et que, par conséquent, elle doit orienter ses activités pour que celles-ci aient un impact observable sur la santé des personnes et des populations. Une définition s'impose donc.

La responsabilité sociale des Facultés de médecine peut être définie comme "l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de la communauté, région et / ou nation qu'elles ont comme mandat de servir. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé et le public" (1).

Cette responsabilité peut s'exprimer différemment .Pour clarifier notre propos, exposons deux scénarios extrêmes : l'un "minimaliste", l'autre "maximaliste".

SCENARIO MINIMALISTE

Dans ce cas de figure, on citera les facultés de médecine qui s'ingénient à changer le contenu et les méthodes pédagogiques des études médicales .Dans ce cas, elles reconnaissent que le "produit" qui sort de leur institution est insuffisamment préparé pour répondre de façon optimale aux besoins de santé des personnes et des populations, considérant des conditions de pratique future.

Cette entreprise peut prendre des dimensions diverses suivant le niveau de motivation des initiateurs de ce qu'ils appellent eux-mêmes une "réforme" : des disciplines nouvelles peuvent figurer au programme des études ; une révision du temps alloué aux disciplines déjà enseignées peut être revu ; des stages de formation au niveau de la communauté – dans des centres de santé ou chez des médecins généralistes – peuvent être instaurés, dès les premières années et tout au long de la formation ; des méthodes pédagogiques particulièrement motivantes pour les étudiants peuvent être mises en œuvre ; un système d'évaluation permet aux étudiants et enseignants d'examiner en permanence les progrès accomplis et de prendre éventuellement des mesures correctrices.

Toutes ces initiatives seraient prises en bonne connaissance de causes, c'est-à-dire, en référence à un profil de médecin reconnu comme souhaité sur le plan national, voire universel. Un tel profil a été proposé, par exemple, par l'O.M.S. et quelquefois retenu officiellement par des autorités sanitaires et académiques pour fins de réforme des programmes. Il s'agit du "médecin - 5 étoiles", en référence au fait que ce médecin posséderait 5 ensembles d'aptitudes, largement reconnues comme souhaitables : dispensateur de soins, décideur, communicateur, membre influent de la communauté et gestionnaire (2).

SCENARIO MAXIMALISTE

Dans ce cas de figure, les facultés de médecine s'investissent dans de la recherche sur le fonctionnement du système de santé, en espérant contribuer à une réforme de celui-ci, pour le rendre plus performant et compatible aux valeurs énoncées de qualité, équité, pertinence et coût-efficacité.

La logique de cet investissement est que la faculté ressent comme étant de sa responsabilité de comprendre et de préparer le milieu dans lequel fonctionneront les médecins qu'elle forme. La faculté saisit effectivement que le seul investissement dans la formation médicale – serait-elle même excellente – ne peut contribuer efficacement à cette fin. Elle souhaite ainsi agir sur des déterminants sur lesquels elle n'a habituellement que peu ou pas de prise, mais elle entend le faire néanmoins en partenariat avec d'autres organisations ou agences plus directement impliquées. Quels sont ces déterminants ?

Citons quelques-uns d'entre eux : les choix de carrière (par exemple, entre médecine générale ou de famille et médecine spécialisée), les conditions de pratique (par exemple en pratique individuelle ou pratique de groupe), l'assurance de qualité et la formation continue, les modes de rémunération, l'organisation des services de santé de première ligne ou des soins de santé primaires, l'intégration entre médecine individuelle et santé publique, la mise en œuvre d'un système global d'informations sanitaires à l'échelle d'un district, l'amélioration de la décision médicale avec ses implications économiques et éthiques, l'attention aux personnes et populations particulièrement vulnérables, la participation de la société civile à des actions de santé.

Certes, dans son engagement à agir sur ces déterminants d'un bon fonctionnement du système de santé, la Faculté de Médecine cherchera à s'associer à des partenaires tels que des décideurs politiques (représentants du ministère de la santé, au niveau central ou délocalisé), des gestionnaires de la santé (organismes de la santé dans un district, directeurs de caisse d'assurance, directeurs d'hôpitaux, ..) associations professionnelles (de médecins, d'infirmières, de personnel de l'action sanitaire ou sociale...), représentants de la société civile (organisations bénévoles, assemblées de citoyens...).

Cette association prendra la forme d'un projet commun, dont la faculté peut éventuellement assumer le leadership. Certes, pour pouvoir mobiliser des

partenaires, ayant des missions particulières, autour d'un projet commun, il faut qu'ils partagent de mêmes concepts et de même engagements.

Faculté de Médecine collaborant avec la société



VERS L'UNITE POUR LA SANTE

On peut considérer que le plus haut degré de responsabilité sociale serait de tenter de résoudre l'un des plus grands problèmes pour tout système de santé, à savoir, sa grande fragmentation et l'impuissance que celle-ci entraîne dans l'amélioration notoire de la qualité, l'équité, la pertinence et le coût-efficacité des services de santé.

Cette fragmentation s'exprime à l'échelle universelle, notamment, par une dichotomie persistante, et souvent grandissante, entre médecine individuelle et santé publique, entre soins curatifs et préventifs, entre médecine générale et spécialisée, entre dispensateurs de soins et usagers, entre service privé et service public, ...

Dans cette perspective, les questions importantes que l'on peut se poser sont les suivantes :

- "Comment mieux coordonner, voire intégrer, les différentes actions de santé prises à l'égard d'une population générale de référence, sachant la multiplicité des offres et des dispensateurs de service ?".
- "Comment motiver des partenaires aussi différents que des décideurs politiques, des gestionnaires de la santé, des professions indépendantes de santé, des institutions académiques et des collectivités locales à adapter leurs

programmes de travail pour mieux répondre aux besoins prioritaires de santé et de procéder à des changements institutionnels majeurs ?".

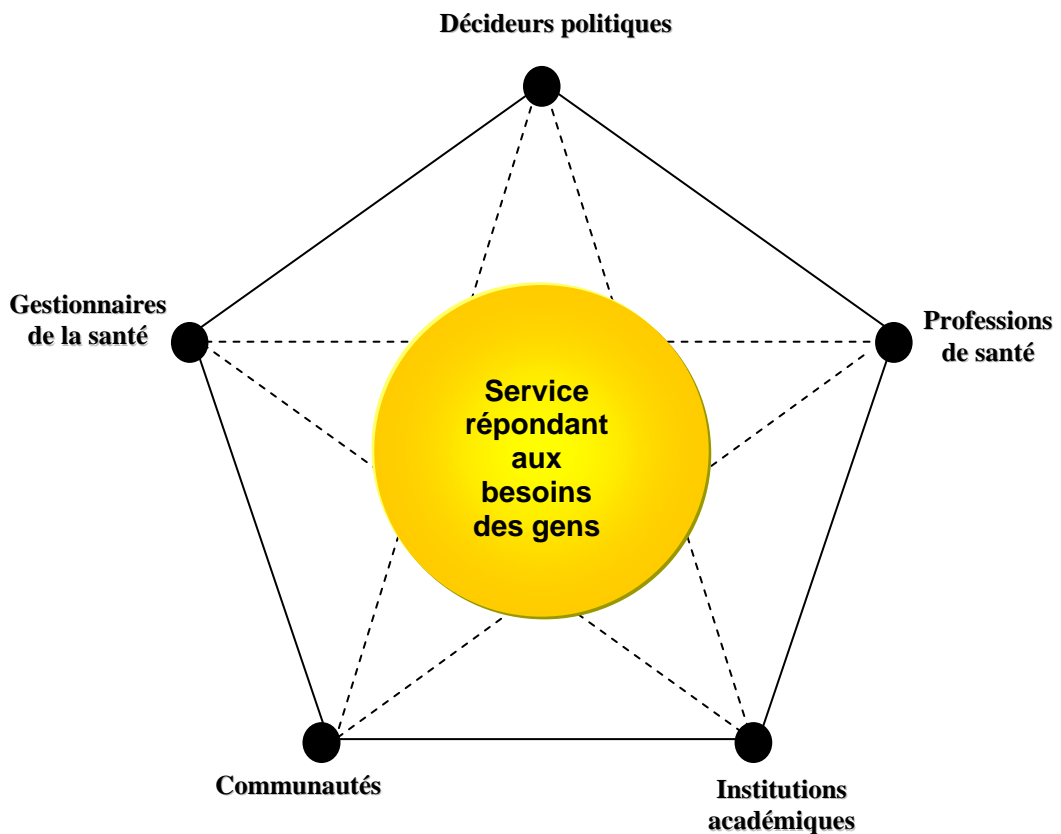
- "Comment assurer des partenariats durables entre des acteurs ayant des agenda aussi différents, voire divergents ?".

Ces questions reflètent les caractéristiques essentielles de l'approche "Vers l'unité pour la santé " (VUPS).

La conception, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet de terrain qui appliquerait les principes de l'approche VUPS donneraient l'occasion à la Faculté de Médecine de participer à une action de "santé du public" ou de santé de la communauté, dans sa forme la plus élaborée, en utilisant son potentiel intellectuel en matière de recherche et développement. Son investissement dans pareil projet serait , à notre avis, la meilleure réponse à la question de départ "Les facultés de médecine contribuent-elles pour beaucoup à la santé du public ?".

Cette approche VUPS est maintenant développée sous la forme de projets de terrains, dans lesquels certaines facultés de médecine jouent un rôle dynamique (3) (4).

Recherche d'une unité entre partenaires de la santé



METTRE EN ŒUVRE DE BONNES IDEES

L'évocation de nouvelles contributions d'une Faculté de Médecine à l'amélioration du système de santé, quelque soit le scénario proposé, maximaliste ou minimaliste, peut entraîner des réactions diverses de la part des personnes immédiatement concernées : doyens, responsables administratifs, chefs de départements, enseignants, chercheurs et, quelquefois même, étudiants.

- Il y a ceux qui répondent de façon enthousiaste, mais déclarent ne pas avoir les moyens politiques, humains, matériels ou financiers pour entreprendre des activités telles que celles qui sont décrites.
- Il y a ceux qui considèrent assurément que ces activités ne sont pas du ressort d'une Faculté de Médecine, qui a déjà suffisamment à faire pour améliorer les activités pour lesquelles elle est actuellement responsable.
- Il y a ceux qui, conscients à la fois du potentiel de la faculté et de sa responsabilité éthique envers la société, s'engagent résolument à procéder à des modifications importantes de leurs objectifs et programmes, dans le domaine de la formation de base de leurs étudiants, dans la recherche et dans l'organisation de services de santé. Ces modifications ont la particularité d'être réfléchies, planifiées, mises en œuvre et évaluées par la direction et des représentants de l'ensemble de l'institution comme un projet commun.

En effet, ce projet n'est pas simplement le fait de quelques personnalités particulièrement motivées mais le fruit d'une concertation générale, la santé de la communauté n'étant pas assimilée à une discipline, que l'on peut appeler ici "santé communautaire" ou la "santé publique", mais comme une philosophie d'action pour l'institution entière.

Dans cette situation, la finalité d'une Faculté de Médecine, est perçue par l'ensemble des départements, disciplines ou spécialités comme un investissement dans la santé d'un pays ou d'une région. Une cohérence s'est donc créée autour de cette philosophie, contrairement à la situation où la faculté est ballottée par des intérêts particuliers et divers.

De plus, le cliché opposant une faculté engagée dans la problématique de la santé de la communauté à une faculté excellent dans la recherche scientifique est obsolète.

Dans les deux cas, une rigueur méthodologique est requise et une potentialisation entre les approches est possible.

RECONNAISSANCE ET ACCREDITATION

Vivant aujourd'hui dans une culture universelle appelant à la transparence et la démonstration par l'évidence, les pressions se font de plus en plus fortes pour évaluer la nature des activités d'une Faculté de Médecine, la qualité de sa gestion et l'impact de son action sur la santé de la communauté.

Décideurs politiques, gestionnaires des fonds publics, responsables de la santé et citoyens s'interrogent sur le niveau de performance d'une Faculté de Médecine.

Ces questions s'expriment de façon diverse suivant leurs auteurs. Elles sont d'ailleurs fréquemment entendues :

- Un père de famille demandant : "Où devrais-je inscrire mon fils ou ma fille pour y faire ses études de médecine sachant qu'il existe plusieurs facultés dans la région ou le pays ?".
- Un Doyen s'interrogeant : "Ma faculté est-elle aussi bonne que la voisine, ou celle d'un pays étranger, de façon à permettre à mes enseignants ou mes étudiants à y poursuivre leurs recherches ou leurs études ?".
- Un parlementaire faisant le commentaire : "Cette faculté mérite-t-elle toutes les ressources qui lui sont attribuées, sans contrepartie de résultats, que nous pourrions exiger ?".
- Un bailleur de fonds déclarant : "Nous investirons préférentiellement sur une institution en mesure de démontrer l'impact qu'elle peut avoir sur le développement sociale et sanitaire durable du pays !".

Les membres influant de la Faculté de Médecine devraient eux-mêmes, sans qu'ils n'y soient forcés par des pressions extérieures, prendre l'initiative de revisiter la mission et l'ensemble des activités de leur institution, à la lumière des besoins de santé prioritaires de la population qu'ils ont la responsabilité de servir et à l'analyse des caractéristiques souhaitées d'un système de santé juste, équitable et performant. Fort heureusement, des initiatives émergent ci et là dans le monde, non seulement pour promouvoir ce sens de la responsabilité sociale des facultés de médecine, mais aussi pour l'évaluer et la faire reconnaître par un système d'accréditation.

Dans ce courant de pensée, on pourrait imaginer trois catégories de facultés de médecine :

- **La catégorie C**, où la responsabilité sociale s'est principalement exprimée par une adaptation optimale du cursus des études médicales pour produire le médecin idéal.
- **La catégorie B**, jugée meilleure, où la faculté contribue en plus à influencer les conditions de pratique des médecins une fois formés, par diverses mesures (incitatifs sur le choix de carrière pour la médecine générale, par exemple, ou facilitation de l'accès à la formation continue, ou encore promotion de mécanismes de contrôle de la qualité des pratiques) qui pourraient s'assimiler à un ensemble de services "après-vente".
- **La catégorie A**, jugée excellente, où, en plus des traits des catégories C et B, la faculté démontre une capacité à influencer l'environnement général dans lequel pratiqueront les médecins et professions de santé, c'est-à-dire, le mode de fonctionnement même du système de santé (faisant de la recherche, par exemple,

sur des modes d'intégration de services de médecine et de santé publique pour une population donnée, sur la transformation du rôle des professions de santé, sur des mécanismes de rémunération et financement...)

Un système d'accréditation utilisant une grille inspirée de ces catégories, et qui serait assortie d'un soutien des facultés de médecine pour leur permettre de progresser sur cette échelle, peut sembler extravagant aujourd'hui. Néanmoins, des signes encourageant venant de la communauté internationale et de responsables nationaux nous laissent croire qu'un tel système sera développé dans les années prochaines. Pour les facultés dites "conservatrices", on espère qu'il ne sera pas taxé d'utopiste, ni craint, mais qu'il sera accueilli comme une magnifique opportunité d'utiliser leur potentiel de créativité pour améliorer la santé de leur communauté, dans un esprit de recherche de qualité, équité, pertinence et coût-efficacité.

Pour les facultés dites "progressistes", cet avènement sera une reconnaissance de leur esprit pionnier.

(1) Boelen, C., Heck, J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine . Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2002.

(2) Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'O.M.S. pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Organisation Mondiale de la santé, Genève, Suisse, 1996.

(3) Towards unity for health : opportunities and challenges for partnership in health development. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2000.

Paraîtra en français en 2002 : Vers l'unité pour la santé : opportunités et défis pour le partenariat dans le développement sanitaire. O.M.S., Genève, Suisse.

(4) "Towards Unity for Health", N° 3, Avril 2001, pp 5 et 6, O.M.S., Genève, Suisse .

(5) Boelen, C. Accreditation and development of medical schools. A global project. Sous presse. Une copie peut-être obtenue du bureau de l'O.M.S., à Genève.

*Docteur Charles BOELEN
O.M.S. – Genève - Suisse*

LE MALADE, L'ÉTUDIANT ET L'ENSEIGNANT : LE TRIANGLE DE L'ÉTHIQUE DE LA MÉDECINE

Conférence aux XV^e J.U.F.P.M. de Nancy – 22 au 25 avril 2003

INTRODUCTION

L'éthique est un thème passionné pour les enseignants médicaux¹. Elle jouit actuellement d'une diffusion renouvelée dans le monde médical occidental². Elle traverse toute l'expertise professionnelle du médecin³. Or, à moins de partager une argumentation raisonnable et cohérente, les enseignants de médecine ne trouveront pas de solutions aux problèmes que pose l'apprentissage de l'éthique chez les futurs médecins. Cherchons ensemble quoi faire de l'apprentissage de l'éthique médicale en s'inspirant de l'éthique de l'apprentissage médical. Après avoir regardé tour à tour, l'apprentissage médical, l'éthique médicale, et leurs points de convergence, je vous propose de réfléchir à l'être humain qu'est le malade qui consulte, l'étudiant qui apprend et le médecin qui exerce. Ce sont ces trois personnes qui ont un rendez-vous **ÉTHIQUE** avec chaque enseignant de médecine.

1. L'APPRENTISSAGE MEDICAL

La psychologie cognitive permet de définir l'apprentissage médical : c'est la formation qui met l'emphase non seulement sur le résultat final (ici le médecin certifié pour l'exercice autonome) mais englobe le processus même de l'acquisition des compétences, en vue de leur actualisation en performances professionnelles⁴. Le médecin réalise son apprentissage, aussi bien initial que continu, en construisant un savoir théorique **et** pratique et ce, quel que soit le domaine où il remplit les tâches professionnelles que la société lui confie. En fait, il bâtit un "savoir agir" qui doit être appliqué à un contexte spécifique pour être démontré. On parle de "contextualisation" des apprentissages. Pour qu'ils soient durables, les apprentissages, situés dans un contexte particulier au départ, ont besoin d'être "décontextualisés" puis "recontextualisés" pour être utilisables dans le futur.

2. L'ETHIQUE MEDICALE

Il est crucial que les enseignants de médecine partagent une conception commune de l'éthique médicale. Larguons d'abord ce que l'éthique médicale n'est pas.

¹Papadakis MA. Do As I Say, Not As I do. Am J Med 1998 ; 104 : 605-606.

² Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium : a Physician Charter. Annals of Internal Medicine, 2002, 163 : 243-246.

³ Campbell AV. Clinical governance : the ethical challenge to medical education. Medical Education, 1999 ; 33 : 870-871.

⁴ Tardif J. Pour un enseignement stratégique. Montréal : Les Éditions Logiques, 1992.

- L'éthique médicale n'est pas confinée à la théorie⁵. L'éthique médicale opère dans le colloque singulier, dans le protocole d'une recherche, dans l'organisation d'une institution, dans le système de soins d'une société.
- L'éthique médicale n'est pas assimilable aux notions légales. Substituer le juridique à la place l'éthique médicale cache le pli de la déviance dans le curriculum. Car le juridique ne s'en tient qu'aux notions des arrêts légaux et ne peut fournir que le portrait des litiges.⁶ Ces derniers sont et demeurent à la marge de l'exercice professionnel des médecins.
- L'éthique médicale n'est pas assimilable à la déontologie non plus. Réduire l'éthique médicale à la déontologie, c'est garantir le professionnalisme par la répression des manquements.⁷

Voyons maintenant ce qu'est l'éthique médicale.

- L'éthique médicale est nécessairement liée à l'expertise professionnelle du médecin. Elle en fait tellement partie qu'on n'imagine même pas tolérer un médecin sans éthique professionnelle.
- L'éthique médicale est faite de compétences puisqu'elle fait partie de l'expertise professionnelle du médecin. Dès lors, l'éthique médicale s'apprend⁸.
- L'éthique médicale est inscrite dans un contexte puisqu'elle débouche sur une action professionnelle. Par conséquent, l'éthique médicale est "contextualisée", tout comme l'apprentissage.
- L'éthique médicale est collégiale : elle donne rendez-vous à tous les médecins et ce, quel que soit l'instant **et** quel que soit le champ de l'activité professionnelle de ces médecins.

3. LES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

L'éthique médicale a besoin que les enseignants de médecine se préoccupent de son apprentissage. Ici je tiens à la périphrase "enseignants de médecine" car il n'y a pas que des médecins qui enseignent en médecine. Il y a des professeurs de sciences fondamentales ; il y a des professeurs de sciences humaines ; il y a des chercheurs. Il y a aussi des professionnels de la santé qui œuvrent dans des sphères connexes de la médecine. Il y a enfin des patients que les méthodes d'apprentissage clinique font intervenir de plus en plus précocement. Je tiens donc à dire "les enseignants de médecine" de manière à les inclure tous. Les enseignants de médecine sont des acteurs importants et ils sont les vecteurs d'un "curriculum caché". Ils font partie du contexte d'apprentissage des étudiants.

⁵ Llorca G. Rôle des Comités d'éthique dans la formation médicale. Pédagogie médicale 2001; 2 : 157-162.

⁶ Sargos P. Aspects nouveaux de l'information et de sa preuve. Communication lors de la 11e journée d'Éthique Maurice Rapin, Nouveaux droits des patients, tenue à Paris le 16 novembre 2001.

⁷ Legault GA Chap. 2 Les codes : une tension entre l'éthique et le droit. Dans Enjeux de l'éthique professionnelle, Tome II. L'expérience québécoise. Presses de l'Université du Québec, p.51-52.

⁸ Collège des Médecins du Québec, Une relation médecin patient adéquate, ça s'apprend ! Bulletin officiel CMQ, 1998 ; XXXVIII : 20-25.

4. LES CONTEXTES

L'apprentissage médical se fait dans un contexte. L'éthique médicale agit dans un contexte. Il y a plusieurs contextes à considérer. Il y a celui de l'étudiant⁹ non seulement au moment de son apprentissage mais aussi celui qu'il connaîtra quand il sera devenu médecin autonome. Si cet exercice futur n'est pas encore choisi, les contextes potentiels se multiplient... Il y a les contextes de l'enseignant de médecine : je pense plus particulièrement aux contextes que sont les facultés de médecine, les chus, les laboratoires, les milieux de formation dans toute leur variété. Les enseignants de médecine doivent admettre tous ces contextes. Il leur revient d'expliquer les normes implicites des contextes, y compris les normes relationnelles en vigueur qui les régissent s'ils veulent favoriser l'apprentissage de l'éthique médicale des étudiants. Toute la boucle des contextes est nécessaire à l'apprentissage durable de l'éthique médicale : la "contextualisation", la "décontextualisation" et de "re-contextualisation". En éthique, l'inventaire de cette boucle fait partie du discernement. L'éthique médicale traverse tous les secteurs de la profession : clinique, enseignement, recherche ou gestion. Elle agit aussi bien dans la relation médecin-patient et la relation médecin-médecin que dans la relation médecin-institution et la relation médecin-société. Aucun enseignant de médecine ne peut négliger l'effet que le contexte exerce sur l'apprentissage de l'éthique médicale sous prétexte d'œuvrer "hors clinique".

5. LE CURRICULUM CACHE

Le curriculum caché de nos facultés, de nos chus, de nos laboratoires, ce sont les sous-entendus partagés par les individus de la collectivité professorale. Ce sont aussi les implicites structurels de l'institution où nous enseignons. Le message non verbal fait partie du curriculum caché. Il aurait plus d'effet sur l'apprentissage médical que les cours dispensés. Le modèle offert par certains enseignants de médecine durant les stages cliniques peut contredire l'enseignement éthique pré-clinique, au point même de détériorer la sensibilité et le comportement éthique des futurs médecins¹⁰.

Les enseignants de médecine sont affectés par ce curriculum caché¹¹. Ils soulignent leur difficulté à concilier les idéaux professionnels avec les habitudes et les exigences pédagogiques universitaires ; ils vivent avec douleur le divorce entre la culture académique et la culture professionnelle¹².

Le curriculum caché n'est pas simplement le fait d'une juxtaposition de comportement individuel. Il est aussi le message qu'une faculté cache dans sa

¹⁰ Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development : questionnaire survey and focus group study. *BMJ* 2001 ; 322 : 709-10.

¹¹ Barrier J H, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Compétences éthiques des étudiants en médecine durant leur stage hospitalier de médecine interne. *Revue de Médecine Interne*. Sous presse

¹² Brazeau-Lamontagne L, Barrier JH, Ahern SP Les radiologues enseignants évaluent-ils l'éthique professionnelle de leurs internes ? *J.Radiol.* 2003;84 :1001-1005

structure institutionnelle. L'organigramme, les modes de promotion des étudiants et des enseignants, les habitudes d'évaluation, les représentations publiques (recherchées, autorisées, tolérées et refusées), les investissements, les rémunérations et les alliances, voilà des messages d'éthique professionnelle puissants. Les enseignants de médecine agissent dans cette nébuleuse implicite. Ils savent donc s'y comporter. À eux d'en expliciter les méandres afin que les étudiants en médecine apprennent mieux à s'y reconnaître durant leur formation initiale. Dès leur vie d'étudiant, les futurs médecins développent leur discernement éthique dont ils auront besoin pour protéger leur liberté professionnelle, une fois rendus en exercice autonome.

6. L'ÉVALUATION DE L'APPRENTISSAGE DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE : UN EXEMPLE ELOQUENT DE CURRICULUM CACHE.

Faute d'évaluation de son enseignement, l'éthique médicale ne peut pas prétendre à une place "légitime" au curriculum universitaire médical. Dans les facultés de médecine aujourd'hui, l'enseignement de l'éthique médicale ressemble à l'enseignement des sciences fondamentales au début du XXe siècle¹³. La congestion des programmes est-elle la seule explication à cet embargo ? Certes, les connaissances à ingurgiter en des temps record mènent les enseignants de médecine à une compétition féroce pour le calendrier académique. C'est la guerre pour les minutes ! Et les enseignants de médecine sont bien conscients du cul-de-sac des Q.C.M. en éthique médicale. Mais en omettant d'évaluer les apprentissages en éthique médicale, les enseignants de médecine font fi du théorème que l'évaluation mène le curriculum. Cette omission a d'ailleurs mérité à l'éthique médicale le surnom de curriculum oublié¹⁴.

Quoi faire de cet "oublié" ? Ce que nous faisons tous quand nous avons un problème à résoudre : nous revenons à notre engagement d'origine pour revoir dans quel **sens** nous orientons notre cueillette des données et nous les interprétons pour motiver notre **action**.

Les enseignants de médecine seront mieux motivés par l'apprentissage de l'éthique médicale s'ils en voient les raisons et si ces raisons sont solides, cohérentes et pertinentes. Nous voici donc arrivés au rendez-vous humaniste annoncé au début.

7. LA MÉDECINE HUMANISTE

L'éthique médicale est faite de compétences durables, pertinentes à l'exercice professionnel et se traduit en performances dans l'action. Elle est indissociable de l'expertise du médecin. L'éthique médicale n'est pas un sentiment, sinon elle ne pourrait pas s'apprendre. Apprendre un sentiment pose problème, même quand il s'agit de la sollicitude, de la compassion, de l'empathie. L'éthique médicale se construit avec des connaissances théoriques (des idées) et des

¹³ Sanders M. The Forgotten Curriculum . An Argument for Medical Education. JAMA, 1995 ; 274 : 768-69

¹⁴ *ibid.*

connaissances pratiques ou connaissances d'action. Mettre ensemble les idées afin qu'elles guident l'action s'appelle la motivation. Ces idées élaborées se nomment valeurs. Elles sont les raisons d'agir. Elles donnent la clef du lien entre le discours et l'agir¹⁵.

La médecine humaniste veut dire que **LA** raison suprême d'agir est l'être humain, celui-là que nous avons promis de soulager et de soigner et que nous espérons guérir.

8. L'ANTHROPOLOGIE IMPLICITE : QUELLE CONCEPTION DE L'ÊTRE HUMAIN AVONS-NOUS ?

L'on reconnaît quatre dimensions à l'être humain : physique, mentale, sociale et spirituelle. Dans le mental, se retrouvent les connaissances, les idées, les émotions et les souvenirs. La dimension sociale rend compte des liens tissés avec la famille, les amis, l'environnement professionnel, économique, politique, racial, culturel. La dimension spirituelle révèle les convictions, le sens de la souffrance et de la mort de la personne; il s'agit de ce que chaque être humain considère sacré, peu importe que ce soit en une religion ou non¹⁶.

9. LE PATIENT EST UN ÊTRE HUMAIN.

En clinique, la bienfaisance envers le patient est notre raison d'agir et le fameux "*Primo non nocere*" en pose le minimum. Traduit en termes humanistes¹⁷, cela demande que le médecin reconnaisse le patient inviolable "à part entière", irréductible à sa seule dimension physique et encore moins à l'un ou l'autre de ses organes. Or, le médecin n'a accès à la personne entière du patient que grâce à la communication qu'il réussit à établir avec lui. C'est le sens du colloque singulier. Il y a un passage obligé par la parole **et** par la confiance en cette parole partagée. L'éthique fait précisément état de cette parole partagée [C'est ce que veut dire le mot dialogue.] En se dédiant à la santé, le médecin se dédie au mieux-être des personnes qui se confient à lui. La tâche que le médecin assume est une tâche complexe qu'il réalise dans une relation humaine authentique à condition qu'il en soit l'un des pôles. De l'inviolabilité de la personne, il passe à l'action qui en témoigne : il respecte l'autonomie du patient, il cultive cette autonomie dans la relation qu'il établit avec le patient. Que l'autonomie du patient vienne à faire défaut dans l'une ou l'autre des dimensions de sa personne, le médecin cherche à la restaurer. Si c'est impossible, un tiers répondant viendra à la rescousse pour y suppléer.

Respecter l'autonomie, cela veut dire respecter l'agent autonome. Au minimum, cela veut dire reconnaître à la personne le droit à son point de vue, le droit de faire des choix, le droit de poser des gestes en conformité avec ses

¹⁵ Legault GA. Professionnalisme et délibération éthique. Ste-Foy, Québec, 2001.

¹⁶ Brazeau-Lamontagne L, Bellavance C. Le Médecin, l'Éthique et le Droit. Dans Les Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. Collège des Médecins du Québec, ALDO, 4^e édition, 2000.

¹⁷ Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics 5th Ed. New York : Oxford University Press, 2001.

valeurs personnelles, ses engagements et ses convictions. Un tel respect implique une action respectueuse et pas seulement une attitude respectueuse. En clinique, cela revient à répondre aux questions avec franchise (ce qui n'est pas synonyme de brutalité), à respecter la vie privée en protégeant la confidentialité. Cela veut dire que solliciter le consentement va jusqu'à respecter le refus le cas échéant. Enfin cela veut dire aider à sauvegarder les choix autonomes en calmant les peurs et en tenant en échec les conditions qui empêchent les actions autonomes¹⁸. Quand nous sommes nous-mêmes malades, nous sommes en perte d'autonomie. Prenons l'exemple de notre autonomie physique compromise. Nous ne perdons pas notre autonomie décisionnelle ipso facto ; sinon nous ne pourrions rien confier à nos proches. Les patients peuvent s'en remettre à quelqu'un pour un temps ou pour toujours. Dénigrer, insulter ou IGNORER l'autre par le geste ou la parole, voilà ce qui lui manque respect. Un médecin est ce professionnel qui restaure ou favorise l'autonomie de ceux qui en appellent à lui.

La prise en compte du patient comme interlocuteur à part entière n'enlève rien à l'autonomie professionnelle du médecin. L'autonomie professionnelle du médecin fait partie du pacte de soins. Entre le niveau normatif et le niveau décisionnaire, un espace d'argumentation et d'interprétation doit être préservé pour conserver le caractère singulier du pacte de soins dans sa dimension professionnelle¹⁹.

10. LE MEDECIN ET L'ETUDIANT SONT DES ETRES HUMAINS

Le médecin et l'étudiant sont des personnes ; ils ne sont pas des encyclopédies ambulantes, ni actuelles ni en devenir. Un programme de formation médicale ne peut pas traiter celui qui apprend comme un automate à qui l'on commande de régurgiter les arbres décisionnels (algorithmes).

Durant son apprentissage, le futur médecin voit, il **contemple** même des modèles de rôle. Il voit des enseignants de médecine. Des patrons, des internes, des résidents, et des professionnels de la santé agissent devant lui, entre eux, envers le patient et envers lui-même. Nous avons vu précédemment que la réflexion, le discernement et les facultés relationnelles sont au cœur de l'éthique médicale, quel que soit le type d'exercice professionnel. Nous avons aussi souligné la puissance du curriculum caché. Le respect de l'autonomie devient une raison convaincante d'agir quand il devient bienfaisance, ce bien que nous faisons en restaurant, en développant, en préservant l'autonomie du patient sans négliger aucune des quatre dimensions de sa personne. Si l'apprentissage de l'éthique médicale est tenu en échec par le curriculum caché, la bienfaisance, à laquelle nous nous engageons devant la société, demeure aléatoire. Le futur médecin ne pourra pas être convaincu de la dignité humaine, au point d'en guider effectivement ses actions, s'il est lui-même exclu, robotisé ou bafoué.

¹⁸ Beauchamp TL. Childress JF. op.cit.

¹⁹ Proust B. Le pacte de soins et les choix de santé. Gestions Hospitalières mars 2001, pp. 213-215.

11. LES ENSEIGNANTS DE MEDECINE SONT DES ETRES HUMAINS.

Quand l'enseignant de médecine est un médecin, il reçoit directement de la société un double mandat : soigner les malades et former ses pairs. Mais tous les enseignants de médecine contribuent à la formation de l'expert professionnel qu'est le médecin. Cette contribution doit être solidaire. Cette contribution solidaire est nécessaire à l'apprentissage médical. L'apprentissage médical éthique vise l'acquisition de compétences durables, grâce auxquelles, le médecin certifié discerne et choisit avec expertise, constance et intégrité le mieux-être du patient (individuel et collectif) dans l'exercice de sa profession.

L'enseignant de médecine est un être humain à part entière, agissant dans un contexte où personne ne peut être exempté de respecter sa personne dans toutes les 4 dimensions, pas même lui-même.

CONCLUSION

Étudiants d'abord, médecins internes (résidents) ensuite, ceux qui se destinent à la médecine apprennent le discernement et le raisonnement éthiques durant leur formation toutes les fois où ils entrent en relation avec ceux auprès de qui ils apprennent. Ces personnes sont les enseignants, qui s'occupent de leur formation. Ce sont aussi les malades auprès de qui ils mettent leurs connaissances en action. Ce sont enfin leurs collègues qui sont témoins de leur apprentissage. Une fois certifié, le médecin, "praticien réflexif"²⁰, continue d'apprendre avec les malades, avec les collègues et avec les experts. Grâce à eux tous qui nourrissent et interpellent sa réflexion critique, il garde à jour ses notions et ses façons de faire. L'objectif d'une formation en éthique médicale est l'acquisition par le futur médecin de compétences qui le rendent alerte, autonome et critique vis-à-vis des données et des influences qu'il reçoit de son environnement. L'option humaniste propose que cette formation vise l'intégration nécessairement solidaire de la dignité de la personne à respecter dans toutes ses dimensions et chez tous ceux qui sont engagés dans l'enseignement de la médecine. En donnant la parole aux enseignants de médecine, les facultés de médecine conjuguent l'apprentissage de l'éthique médicale **et** l'éthique de l'apprentissage médical pour mettre le malade, l'étudiant et le médecin au centre de leur engagement humaniste.

*Professeure Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE
Sherbrooke - Canada*

²⁰ Schön DA. Educating the Reflexive Practitioner. San Francisco : Jossey-Bass, 1987.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE FRANCOPHONES

Rapport au XV^e J.U.F.P.M. de Nancy à partir d'une enquête conduite au sein des membres de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)

1 – INTRODUCTION

Le concept d'éthique médicale a véritablement pris corps au milieu du XX^e siècle, sous la pression des bouleversements intellectuels, technoscientifiques, socioculturels et idéologiques de cette période. Ces bouleversements ont apporté des mutations profondes de la communication humaine, tant structurelles avec la remise en cause des pouvoirs traditionnels, que technique avec l'apparition des moyens nouveaux d'information et de communication. La médecine n'a pas échappé à ces évolutions. Devenue véritablement efficace, elle voit sa finalité même remise en cause avec l'apparition de nouvelles techniques de soin particulièrement innovantes et la modification des demandes de la population qui a tendance à médicaliser de plus en plus les événements normaux de la vie. D'abord quantitatifs et à l'origine d'une augmentation importante de l'espérance de vie, ces progrès médicaux obligent maintenant à s'intéresser au qualitatif, à la qualité de la vie reliée à la santé. La médecine se voit dans l'obligation d'intégrer, à côté de la notion d'efficacité, celles d'utilité individuelle et collective. Elle se voit, aussi, dans l'obligation d'intégrer les changements de sensibilités et l'évolution pluriculturelle des sociétés modernes. Le médecin, devenu technicien avec le XX^e siècle, se doit de retrouver l'humanisme qui le caractérisait autrefois pour répondre aux demandes du XXI^e siècle.

Jusqu'à présent formé à la déontologie et humaniste par sa formation générale, le médecin faisait de l'éthique médicale sans le savoir. Aujourd'hui, l'évolution de la médecine et de la société ne peut plus se contenter de cette formation générale. Le médecin doit apprendre à argumenter ses propositions, à intégrer les opinions différentes des siennes, à analyser les nouvelles questions que font surgir les progrès thérapeutiques... L'éthique médicale doit être enseignée, d'autant que depuis les années 60 elle a acquis ses lettres de noblesse avec son langage, ses thématiques propres, ses structures scientifiques et institutionnelles, sa recherche spécifique, ses revues et publications dédiées. L'analyse de la littérature met en évidence un foisonnement d'expériences diverses en la matière²¹, pendant que les réformes successives des études médicales ont une certaine peine à intégrer la dimension éthique. Pourtant, dès 1999, la 51^e Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale invitait les écoles de médecine du monde entier "à inclure" l'éthique médicale et les droits de l'homme au programme de leurs cours obligatoires.

²¹ Voir référence n° 62 et l'étude de Claudot V., Van Barren-Baudin A.-J. et Chastonnay P. sur l'enseignement de l'éthique et des droits de l'homme en Europe (Communication affichée aux XV^e Journées de Pédagogie Médicale, Nancy, 2003.

Dans le dessein de réaliser un état des lieux de l'enseignement de l'éthique en Faculté de Médecine dans la francophonie, une enquête a semblé nécessaire à la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)²². Cette enquête, menée en mars 2003, vient en complément des initiatives locales ou régionales multiples pour permettre de construire des propositions réalistes et pratiques susceptibles d'aider les différents décideurs institutionnels dans leurs choix et d'opérer une harmonisation de cet enseignement dans le monde francophone.

2 – MATERIEL ET METHODE

Cette enquête, réalisée en février et mars 2003 par questionnaire sur support papier, a été adressée par voie postale, messagerie électronique ou télécopie, selon les cas, par le secrétariat de la CIDMEF. Le questionnaire devait être retourné avant le 31 mars 2003. Entre le 2 et le 19 avril, Nous avons effectué un rappel téléphonique a été effectué auprès des Facultés françaises n'ayant pas répondu et un rappel par messagerie électronique auprès des Facultés étrangères qui possédaient cet accès et n'avaient pas répondu. Ainsi, 60 (75%) des Facultés n'ayant pas répondu ont été sollicitées une seconde fois.

2.1 – Le questionnaire

Le questionnaire a été conçu de telle sorte qu'il soit le plus simple possible, tout en conservant une valeur informative²³. Il comportait trois sections : 1) - Renseignements sur les formations pré-doctorales, 2) - Renseignements sur les formations post-doctorales et 3) - Renseignements sur les positions personnelles face à cet enseignement. Un espace était réservé pour des commentaires libres éventuels. Enfin, il était demandé de communiquer les programmes détaillés des formations spécifiques, lorsqu'ils existaient.

2.2 – La population testée

Elle a concerné les facultés de médecine d'expression française membres de la CIDMEF. Ainsi, 121 établissements ont été concernés, représentant 38 pays (cf. annexe 1). La distribution de ces Facultés est de 57% pour l'Europe (69 établissements), 34% pour l'Afrique (41 établissements), 5% pour l'Asie (6 établissements), 2,5% pour l'Amérique francophone (3 établissements), et 1,5% (2 établissements) de divers (Haïti et Maurice).

2.3 – L'analyse

L'analyse des résultats est essentiellement descriptive et qualitative puisqu'il s'est agit d'un état des lieux. La validité de l'enquête a été testée par comparaison avec les proportions des distributions réelles (χ^2). Les données sont exploitées en pourcentages selon la règle de l'arrondi supérieur au-delà de 0.5.

²² Nous tenons à remercier la CIDMEF, et particulièrement le Pr. J. Barrier, pour l'aide apportée à la réalisation de cette enquête.

²³ Le questionnaire est donné en annexe.

3 – RESULTATS

3.1 – Données générales

3.1.1 – Le taux de réponse

- **45 Facultés ont répondu au questionnaire, soit un taux global de réponse de 37%.**

L'enquête téléphonique effectuée du 2 au 19 avril 2003 a été délicate du fait de la difficulté rencontrée pour joindre les personnes responsables. Cette enquête a donc été effectuée seulement sur les Facultés françaises n'ayant pas répondu. 10 d'entre elles devaient nous retourner le questionnaire rempli qu'elle avaient oublié, mais n'ont pas de formation spécifique dans le domaine de l'éthique, 12 d'entre elles devaient nous rappeler, 3 n'ont pu être jointes. Les rappels par messagerie électronique n'ont permis d'obtenir que 4 réponses supplémentaires. Le taux de réponse de cette enquête est supérieur à celui de l'enquête Européenne de CLAUDOT et col. (qui était de 27%). Sur cet échantillon, on peut, par extrapolation, considérer que vraisemblablement 70 à 80% au moins des Facultés n'ayant pas répondu ne l'ont pas fait car elles ne possèdent ni enseignement individualisé ni coordonnateur dédié à l'enseignement de l'éthique à contacter.

3.1.1 – Validité de l'enquête

Continent	Nombre de Facultés	Nombre de réponses	Représentativité
Europe	69 (57%)	31 (45%)	69%
Afrique	41 (34%)	10 (24%)	23%
Asie	6 (5%)	2 (33%)	4%
Amérique	3 (2.5%)	1 (33%)	2%
Divers	2 (1.5%)	1 (50%)	2%
Total	121 (100%)	45 (37%)	100%

La représentativité des réponses est en accord avec la répartition des Facultés ($\chi^2 = 3.091$; $p = 0.3757$). En revanche, la différence des taux de réponse est significative ($\chi^2 = 49.357$, $p < 0.0001$). La représentativité de l'Europe dans le taux de réponse est significativement plus importante, et celle de l'Afrique significativement moins importante. Ces différences ont plusieurs explications possibles : 1) - Engagements différents dans l'enseignement de l'éthique, 2) - Difficultés techniques dans les communications, 3) - Motivations différentes par rapport à l'importance de cette enquête, 4) - Négligence... On peut cependant considérer, par extrapolation, que l'essentiel des Facultés impliquées dans cet enseignement a valablement répondu, car la majorité des réponses immédiates correspondent à des Facultés particulièrement impliquées (seulement 6 établissements, soit 14% des réponses correspondent à des absences d'enseignement). De même, après le rappel, 20% seulement des Facultés qui ont répondu sont impliquées dans cet enseignement. À partir de notre connaissance du tissu universitaire et des publications sur le sujet, on peut penser qu'environ 5 à

10 Facultés impliquées dans cet enseignement ont échappé à l'enquête, soit 10 à 20%. De même, la comparaison des réponses des pays francophones européen avec l'enquête de CLAUDOT et col. Met en évidence une meilleure réponse des Facultés françaises (47% contre 31%). **La validité des résultats de cette enquête est ainsi vraisemblablement supérieure à 80%.**

3.2 – Les modalités d'enseignement

3.2.1 – Formations pré-doctorales

- Existence d'un enseignement

Parmi les 45 Facultés qui ont répondu, 80% ont un enseignement spécifique et dans 71% des cas il est obligatoire. Il porte le plus souvent sur l'éthique médicale de manière globale, cependant il concerne l'éthique clinique dans la moitié des cas. L'éthique de la recherche n'est envisagée que dans 31% des cas. 13 Facultés (29%) ont intégré les trois aspects de l'éthique dans leur enseignement.

Critères	Oui (%)	Non (%)
Enseignement spécifique	36 (80)	8 (18)
Enseignement Obligatoire	32 (71)	12 (27)
Éthique médicale	35 (77)	6 (14)
Éthique Clinique	23 (51)	15 (34)
Éthique de recherche	14 (31)	22 (50)

Six établissements (14%) considèrent ne pas réaliser d'enseignement d'éthique médicale. Aucune Faculté n'enseigne que l'éthique de la recherche.

- Nombre d'heures d'enseignement

À partir de 28 réponses bien documentées à propos de cette question, la moyenne du nombre total d'heures d'enseignement est de 29 ± 28 (avec des écarts importants allant de 4 heures à 123 heures pour la faculté de Strasbourg qui dispense le nombre d'heures le plus important). Ce nombre total se décompose en 23 ± 22 heures théoriques (4 à 86 heures pour Strasbourg) et 17 ± 11 heures pratiques (0 à 37 heures pour Strasbourg). Dans l'ensemble, le rapport entre les enseignements théoriques et pratiques est de l'ordre de 1,5. Pour les 22 Facultés qui enseignent l'éthique clinique, ce rapport passe à plus de 3 (avec, en moyenne, 26 heures d'enseignement théorique pour 8 heures d'enseignement pratique). En fait, la répartition horaire est bimodale, avec un groupe de Facultés qui consacrent de 4 à 50 heures et un groupe de facultés qui se situent entre 50 et plus de 100 heures. Le second groupe est caractérisé essentiellement par des Facultés qui ont construit un enseignement spécifique non intégré.

- Méthodes pédagogiques utilisées

Méthodes	Oui (%)	Non (%)
Cours	33 (73)	10 (23)
Conférences multidisciplinaires	15 (34)	26 (59)
Groupes réflexion	14 (32)	28 (64)
Analyse de cas	19 (43)	21 (48)
Au lit des malades	9 (20)	33 (75)
Intégré	22 (50)	15 (34)

Deux Facultés (Montréal et Rennes) utilisent toutes les méthodes pédagogiques. La majorité des Facultés qui enseignent l'éthique médicale utilisent plusieurs méthodes pédagogiques. 7 Facultés n'utilisent que des cours (Bouaké, Clermont-Ferrand, Dakar, Fès, Marrakech, Paris Créteil, Saint-Étienne), de manière intégrée, à l'exception de Bouaké et Marrakech où l'enseignement magistral est indépendant.

Neuf Facultés réalisent un enseignement au lit des patients (Brest, Ho Chi Minh, Hué, Lyon-Nord, Lyon-Sud, Montréal, Rennes, Sofia et Strasbourg).

Les disciplines les plus souvent sollicitées par les enseignements pratiques sont les suivantes : oncologie et hématologie, neurosciences, médecine pénitentiaire, médecine générale, psychiatrie, réanimation, soins palliatifs...

- Évaluation

Évaluation	Oui (%)	Non (%)
Assiduité	16 (36)	25 (57)
Oral	8 (18)	33 (75)
Questions rédactionnelles	25 (56)	16 (36)
Q.C.M.	4 (9)	36 (82)
Cas Rédactionnels	10 (23)	29 (66)
ECOS	2 (4)	37 (84)
TCS	1 (2)	43 (98)

Aucune Faculté n'utilise toutes les méthodes d'évaluation. 19 Facultés (43%) utilisent 2 ou plus de 2 méthodes d'évaluation. 2 (4%) Facultés ne signalent pas d'évaluation parmi les méthodes testées (Bruxelles et Lausanne), mais l'évaluation d'un travail individuel peut être utilisée (sous la forme de mémoire rédigé ou de présentations verbales). Lorsque l'assiduité représente le seul critère d'évaluation, l'enseignement est alors intégré et peut certainement, de ce fait, être l'objet d'une évaluation partielle dans le cadre de cette intégration. Deux Facultés

pratiquent des ECOS (Liège et Rouen), Lyon-Nord vient de débiter une évaluation par adaptation du test de concordance de script²⁴.

- *Qualité des enseignants*

Dans la majorité des Facultés, l'enseignement est réalisé, ou au moins coordonné, par un enseignant de médecine, Professeur ou Maître de conférences. Dans 9 Facultés (20%), l'enseignement est coordonné de manière différente : il est coordonné par les Sciences humaines 4 fois (Brest, Genève, Lille et Paris VII Bichat), par un philosophe 2 fois (Namur et Paris XII Créteil), par le département de médecine sociale 2 fois (Hué et Rabat) et une fois par une équipe pluridisciplinaire (Bruxelles).

Trente-six Facultés (80%) s'inscrivent pour une spécialisation des enseignants en éthique médicale. Il existe cependant un biais possible dans cette réponse lié au fait que les personnes qui ont rempli le questionnaire étaient, dans la majorité des cas, des enseignants formés à l'éthique.

Enseignants	Oui (%)	Non (%)
Spécialistes	36 (80)	6 (14)
Monde médical	36 (80)	4 (9)
Monde philosophe	27 (60)	11 (25)
Les deux	24 (53)	1 (2)
Pluridisciplinaire	7 (16)	0

La nécessité d'une pluridisciplinarité est souvent mentionnée et concerne de nombreuses disciplines non médicales (psychologie, droit, sociologie, économie, théologie...). Une proposition est faite pour intégrer aussi des associations de malades (Marrakech). Paris Necker insiste sur la nécessité, en phase pré-doctorale, de la coordination médicale pour réserver la pluridisciplinarité réelle à l'enseignement post-doctoral.

3.2.2 – Formations post-doctorales

- *Volume horaire*

Le volume horaire des formations post-doctorales est en moyenne de 48 ± 49 heures et s'étend de 2 heures à plus de 100 heures. Cette disparité s'explique par l'existence ou non de formations diplômantes spécifiques et par de simples participations à des formations diplômantes non dédiées à l'éthique.

²⁴ Voir référence n° 64

- Type de formation

Type de formation	Oui (%)	Non (%)
Doctorat	12 (27)	29 (64)
DIU	5 (11)	36 (80)
DU	15 (34)	24 (53)
Certificat	10 (23)	29 (64)
Ateliers	17 (39)	24 (53)
Réunions thématiques	20 (45)	21 (47)
Séminaires	25 (56)	16 (36)
Colloques	20 (44)	21 (48)

Certaines Facultés qui ont accès à un Doctorat ne précisent pas s'il est spécifique à l'éthique médicale ou s'il représente une option d'un Doctorat de philosophie (Bouaké, Bruxelles, Cluj, Dakar, Fès, Genève, Lausanne, Sofia). Il faut signaler l'expérience de Paris Necker qui a créé un DEA et a déjà formé une quarantaine de doctorants, et l'expérience de Bruxelles d'un Diplôme d'études complémentaires en éthique biomédicale. 5 Facultés participent à un DIU (Dijon, Lille, Nancy, Paris Necker et Strasbourg), ce DIU est une particularité française et a été élaboré avec la participation, à l'origine, d'autres universités (Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse...). Il existe aussi un cours interfacultaire signalé par la Faculté de Namur. 15 Universités se sont dotées d'un D.U. (Beyrouth, Brasov, Brest, Cluj, Dakar, Hué, Ho Chi Minh, Lausanne, Lille, Lyon, Montréal, Paris Créteil (XII), Paris Kremlin-Bicêtre (XI), Sofia, Tirgu Mures.). 10 Facultés ont organisé un certificat optionnel ou une unité de valeur (Dakar, Fès, Genève, Ho Chi Minh, Lausanne, Lyon, Montréal, Namur, Paris Kremlin Bicêtre, Tirgu Mures).

Les séminaires sont réalisés dans la moitié des Facultés, particulièrement celles qui organisent des formations post-doctorales, 9 facultés organisent tous les types de formations non diplômantes (Brasov, Butaré, Cluj, Ho Chi Minh, Lausanne, Lyon-Nord, Montréal, Sofia et Strasbourg). 4 Facultés donnent accès à une formation diplômante et tous les types de formation non diplômantes (Ho Chi Minh, Lausanne, Lyon-Nord et Montréal). La formation continue est ainsi nettement développée dans la moitié des Facultés ayant répondu à l'enquête.

- Évaluation : en matière de formation post-doctorales, l'évaluation est plus formative. Elle est centrée sur la comparaison à des groupes de références pour la formation continue. En matière de formations diplômantes de haut niveau, le travail personnel représente certainement le critère de base de cette évaluation, sous la forme de mémoire, de présentations orales, de thèses...

3.3 – Les contenus

Parmi les 35 Facultés qui ont développé un programme spécifique, 23 (66%) ont bien voulu en donner le détail des thèmes abordés. 11 Facultés (31%) nous ont adressé les programmes officiels de leurs enseignements. Les Facultés

qui ont intégré cet enseignement l'ont fait, en France, essentiellement dans le cadre des modules 1 et 11 de la récente réforme, et dans les autres pays, dans le cadre de la médecine de santé publique ou communautaire, de la médecine légale et de la déontologie, voire parfois de la réanimation, de la gériatrie et des spécialités souvent concernées.

- Liste des thèmes :

Thèmes	Fréquence (%)
Consentement	80
Euthanasie	80
PMA	80
Déontologie, secret médical	60
Généralités, fondements, historique	50
Génétique	50
Information	50
Relation médecin/malade et son évolution	50
Textes de base	50
Soins palliatifs	40
Transplantation	40
Arrêt de traitement	30
Communication	30
Décision	30
Mort	30
Recherche	30
Refus de soin	30
Droit et éthique	20
Fin de vie	20
Personne (définition)	20
Violence dans le soin	20
Acharnement thérapeutique	10
Comité d'éthique	10
Début de vie	10
Droits de l'homme	10
Écoute	10
Essais thérapeutiques	10
Handicap	10
Justice et système santé	10
Libertés	10
Maladie chronique	10
Médecine prédictive	10
Personnalisation de la prise en charge	10
Proximité du malade	10
Science et éthique	10
SIDA	10
Toxicomanies, dopage	10
Valeurs	10

Comme on le voit, deux domaines ressortent nettement : **celui de l'individu et de la relation de soin personnalisée, celui de la collectivité et de l'accès aux soins.**

3.4 – Les participations

3.4.1 – Institutions dédiées à l'éthique

La moitié des facultés qui dispensent un enseignement d'éthique se situent dans l'environnement d'un Comité ou d'un centre d'éthique dans 2/3 des cas. Environ 20% d'entre elles possèdent un Centre d'éthique, plus volontiers universitaire, alors que les Comités d'éthique sont plus volontiers Hospitaliers. Dans certains cas, les Comités sont Hospitalo-universitaires (Lyon). Les groupes de réflexions non formels et les associations dédiées sont moins souvent représentés. Ces structures dédiées à l'éthique médicale participent dans près de 60% des cas à l'enseignement, soit à titre consultatif (Beyrouth), soit le plus souvent effectivement en déléguant des personnalités à l'enseignement, ou en coordonnant cet enseignement (par exemple : Lyon, Paris Necker, Strasbourg...).

Institutions éthiques	Oui (%)	Non (%)
Centre éthique	9 (20)	33 (73)
Comité	27 (60)	15 (34)
Association	2 (4)	38 (84)
Groupe non formel	7 (16)	34 (75)
Participation	26 (59)	13 (29)

3.4.2 – Disciplines concernées

Toutes les disciplines médicales sont, en fait, concernées. Cependant, du fait de la fréquence des questions soulevées ou de leur difficulté, certaines disciplines sont plus fréquemment citées. Ainsi, en ce qui concerne la relation de soin, les questions fondamentales à propos de la responsabilité, du consentement, de l'euthanasie, de l'acharnement thérapeutique, de l'eugénisme, mettent en avant les disciplines suivantes : Anesthésie, Cancérologie et hématologie, Gériatrie, Gynécologie et obstétrique, Pédiatrie, Psychiatrie, Réanimation... En ce qui concerne l'approche collective, la médecine légale, la médecine de santé publique et la médecine pénitentiaire sont les plus sollicitées.

L'ensemble des Facultés considère l'éthique médicale comme obligatoirement pluridisciplinaire. À ce titre, des disciplines non médicales apparaissent comme fondamentales, et sont sollicitées en fonction des possibilités locales. Ce sont : la philosophie en premier lieu, mais aussi la psychologie, la sociologie, l'économie, le droit, la théologie voire l'histoire, l'ethnologie, la linguistique, l'épistémologie...

3.5 – Les souhaits

3.5.1 – Individualisation de l'éthique médicale

80% des Facultés qui s'expriment s'inscrivent pour la création d'une discipline spécifique. En effet, encore relativement jeune, l'éthique médicale a atteint sa maturité avec son langage et sa grammaire, ses thématiques, son raisonnement, sa recherche²⁵ spécifiques. Cette position est d'autant plus logique que l'enseignement médical est devenu très technique et que l'éthique médicale dépasse largement la simple morale médicale pour s'intéresser à la décision et à l'intégration, à côté de la médecine fondée sur des preuves, de la médecine fondée sur le réel. L'intégration au sein des différentes disciplines concernées aboutit, généralement, à l'appauvrissement de cet enseignement. Son individualisation a le mérite de permettre sa promotion de manière consensuelle dans toutes les Facultés. Une telle individualisation soulève cependant des difficultés non négligeables car il s'agit d'une véritable création qui suppose une volonté politique et un consensus à propos de la qualité des enseignants et du contenu de cet enseignement.

3.5.2 – Les enseignants en éthique médicale

Le contenu même de l'éthique médicale oblige à concevoir une formation particulière de ses enseignants. Lorsqu'ils ont pour mission de former des étudiants en phase pré-doctorale, ces enseignants gagnent à être issus du monde médical pour 80% des Facultés qui se sont exprimées. Ils doivent aussi avoir une formation philosophique pour 60% des réponses. Cette double formation peut être acquise à l'occasion d'un Diplôme d'Université venant compléter le Doctorat en médecine, ou à l'occasion d'un travail effectif effectué plusieurs années durant au sein d'un Comité d'éthique médicale. Les formations post-doctorales doivent distinguer les formations de 3^e cycle des formations continues. Lorsque la mission est de former des formateurs ou des chercheurs en éthique, on conçoit que les enseignants soient plus qualifiés, et le développement de doctorats en éthique médicale devrait pouvoir répondre à cette nécessité. Lorsqu'il s'agit de formation continue, pour conserver toute crédibilité et demeurer ancré dans le réel, une pluridisciplinarité peut répondre aux besoins, si elle est constituée de cliniciens et d'experts en sciences humaines.

3.5.3 – La coordination

Cette pluridisciplinarité indispensable à l'éthique médicale doit permettre de faire intervenir aussi bien des spécialistes médicaux cliniciens ou biologistes adaptés aux problèmes envisagés, que des philosophes, psychologues, théologiens, économistes, juristes et sociologues. Tous ces intervenants doivent être coordonnés pour permettre une approche réellement globale et équilibrée des problèmes. Cette coordination a été le plus souvent réalisée (80% des cas), selon les Facultés, par un enseignant motivé issu soit d'une discipline clinique souvent confrontée à de telles questions, soit d'une discipline transversale (médecine

²⁵ Voir Sugarman J. et Sulmasy D.P. dans la rubrique bibliographique des livres de référence.

légale, santé publique ou communautaire, thérapeutique...). Dans certains cas (20%), les Facultés ont créé un département de sciences humaines ou de médecine sociale qui s'est vu confier, naturellement, la coordination de cet enseignement. Une coordination véritablement pluridisciplinaire est réalisée à Bruxelles et un Comité pluridisciplinaire est recommandé par Beyrouth.

4 – RECOMMANDATIONS ET ORIENTATION

4.1 – Intentions et objectifs pédagogiques

Les intentions pédagogiques d'un enseignement d'éthique apparaissent plus clairement si l'on définit l'éthique médicale comme la démarche qui conduit au jugement de valeur de la décision en médecine²⁶. L'intention pédagogique première devient alors "l'aide apportée à tout soignant pour lui permettre de toujours privilégier la meilleure décision en réponse aux demandes des personnes dont il a la charge ou qui lui sont confiées". Elle se situe bien dans une démarche de qualité des soins et de renforcement de la relation de confiance.

Les objectifs pédagogiques qui découlent de ces intentions peuvent être résumés en 6 objectifs primordiaux :

1. Savoir explorer les dimensions décisionnelles (savoir analyser les données scientifiques probantes et les données contextuelles)
2. Savoir évaluer le degré de vulnérabilité d'un patient (savoir analyser les souffrances essentielles et existentielles)
3. Savoir identifier un conflit de valeur (connaître les valeurs fondatrices et les grands principes du raisonnement éthique)
4. Savoir informer correctement un patient et son entourage (connaître les critères de qualité de l'information médicale et savoir identifier les personnes impliquées)
5. Savoir créer les conditions d'un vrai dialogue (connaître les techniques de communication et les critères psychologiques qui conduisent au vrai dialogue)
6. Savoir proposer la ou les solutions acceptables (savoir opérer la synthèse des données et savoir présenter loyalement la ou les solutions rationnelles)

Ces intentions et objectifs nécessitent, certes, un savoir complémentaire qui peut être apporté par un enseignement théorique, mais aussi un savoir pratique, professionnel, qui oblige à la confrontation à des situations réelles ou issues du réel et à la confrontation des opinions.

²⁶ Voir Llorca G. Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique médicale. En référence bibliographique, section des manuels d'initiation à l'usage des étudiants.

4.2 – Programme minimum

À partir de ces objectifs et de l'analyse des thématiques communes des différentes Facultés, un programme minimum peut être proposé. Construit sur la base de 50 heures (30 théoriques, 20 pratiques), il ne constitue, bien entendu, qu'une proposition pratique qui cherche à aider à l'élaboration d'une position consensuelle à propos d'un enseignement spécifique minimum. Ce programme cherche à intégrer les trois approches fondamentales représentées par la personne, la collectivité et les techniques.

A - Contenu général théorique : 30 heures

- 1- Bases de l'éthique : 3 heures
 - a. Fondements
 - b. Histoire
 - c. Textes de référence
 - d. Modèles décisionnels (valeurs, principes, règles, recommandations)
- 2- Éthique et communication : 4 heures
 - a. Évolution de la relation de soin
 - b. Consentement éclairé et secret médical
 - c. Écoute et disponibilité
 - d. Qualité de l'information
- 3- Éthique clinique et techniques médicales : 15 heures
 - a. Début de la vie : gestion de l'état initial (PMA, médecine prédictive, eugénisme, statut de l'embryon, la personne...)
 - b. Gestion du potentiel de santé au cours de la vie (Maladie, douleur, refus de soin, transplantations, prothèses, dopage, soins intensifs, médecine préventive, sport, grossesse...)
 - c. Fin de vie : gestion de l'état terminal (Mort, vieillissement, soins palliatifs, euthanasie, acharnement thérapeutique...)
- 4- Éthique et recherche : 2 heures
 - a. Science et éthique
 - b. Recherche clinique (Essais thérapeutiques)
- 5- Particularités régionales : 6 heures
 - a. Éthique et religions
 - b. Éthique et accès aux soins
 - c. Éthique et économie de santé
 - d. Éthique et justice

B - Thématiques pratiques : 20 heures

1. Cancérologie / Hématologie : annonce d'une mauvaise nouvelle, information appropriée
2. Neurologie / Psychiatrie : consentement éclairé, autonomie de jugement
3. Réanimation / Anesthésie / Soins intensifs : arrêt de traitement
4. Pédiatrie / Néonatalogie / obstétrique : PMA, IVG, contraception, eugénisme
5. Gériatrie / soins palliatifs : acharnement thérapeutique, euthanasie

6. Locomoteur / urologie / néphrologie / cardiologie : maladie chronique, prothèses, transplantations, transsexualisme
7. Santé publique / médecine légale : accès aux soins, secret médical, responsabilité

4.3 – Enseignants

- Coordination : un PU-PH de médecine dédié, motivé et qualifié (formation minimale, discipline fortement concernée) est indispensable à la mise en oeuvre d'un enseignement spécifique d'éthique médicale. À terme, un département pluridisciplinaire est souhaitable pour assurer la coordination des différents enseignements pré et post doctoraux ainsi que la participation des Facultés de médecine à la formation éthique des personnels paramédicaux.

- Pluridisciplinarité : elle doit veiller à intégrer médecine, philosophie, psychologie, théologie, économie, droit, sociologie... En médecine, elle doit veiller à la représentation des différentes disciplines particulièrement sollicitées en la matière.

4.4 – Méthodes

- Pour l'enseignement théorique : Cours traditionnels, conférences thématiques, autoformation encadrée représentent certainement les méthodes les plus performantes. Un support écrit doit être fourni aux étudiants, sur la base de textes clairs reprographiés ou d'ouvrages conseillés²⁷.

- Pour l'enseignement pratique : l'analyse de situations exemplaires réelles ou issues du réel (casuistique) représente certainement la démarche la plus simple et la plus facile à réaliser. Encore faut-il que ces situations soient analysées de manière pluridisciplinaire et ne conduisent pas à des recettes ou à une prétendue vérité révélée.

4.5 – Évaluation

Il semble bien difficile de vouloir contribuer au développement d'une discipline spécifique sans proposer d'évaluation cohérente des connaissances qu'elle est à même d'apporter. Sur la base des expériences analysées, on peut proposer une évaluation multiple, comportant, selon les possibilités locales :

1. Une évaluation de l'assiduité, essentiellement pour l'enseignement pratique, justifiée par l'importance de l'obligation de confrontation des opinions divergentes.
2. Les Questions rédactionnelles sont encore largement utilisées. Elles doivent se prêter à une double correction et concerner avant tout l'enseignement théorique.

²⁷ Voir bibliographie, section des ouvrages conseillés aux étudiants.

3. L'oral est utilisé, semble-t-il de plus en plus, en remplacement de l'écrit par plusieurs Facultés. Il a le mérite de sa facilité de réalisation, mais possède l'inconvénient d'obliger à la constitution délicate d'un jury pluridisciplinaire.
4. Les Q.C.M. et QCROC sont très peu utilisées. L'éthique médicale se prête mal à l'élaboration de telles questions qui, de toute manière, ne peuvent ici explorer que des connaissances théoriques et ponctuelles.
5. Les cas éthiques rédactionnels sont largement utilisés. Ils se prêtent bien à l'exploration des savoirs pratiques mais obligent, ici, à l'élaboration de grilles consensuelles par les enseignants impliqués.
6. Les ECOS sont très peu utilisés dans ce domaine, du fait de leur difficulté de mise en oeuvre et de l'obligation d'élaboration de grilles consensuelles.
7. Le test de concordance de script ou toute approche élaborée sur ses principes, nous semblent représenter un mode d'évaluation simple, original et équitable se prêtant bien à l'éthique médicale²⁸. Il oblige cependant à un travail préparatoire non négligeable pour sélectionner les situations, constituer des jurys rationnels et élaborer les scores de référence de ces jurys.

4.6 – Place dans le cursus

1. L'enseignement théorique peut fort bien s'étendre de la première à la dernière année pré-doctorale.
2. L'enseignement pratique qui requiert des connaissances médicales spécifiques et un minimum d'expérience trouve certainement plus sa place en fin de formation pré-doctorale, les 2 à 3 dernières années.
3. La formation continue est le lieu idéal de développement d'enseignement sous la forme d'ateliers thématiques adaptés aux besoins. Le rattrapage des connaissances et la formation spécifique post-doctorale doit bénéficier des enseignements diplômants post-doctoraux.
4. La formation des formateurs peut être réalisée au sein des diplômes d'université et des institutions dédiées à la réflexion et à la recherche en éthique médicale. Cette formation gagnerait à être clairement définie de manière consensuelle.

5 – CONCLUSION

3. L'enseignement de l'éthique apparaît, maintenant, comme une nécessité Obligatoire.
4. Cet enseignement gagnerait à être conçu de manière spécifique et indépendante.
5. Il doit nécessairement s'adapter aux niveaux d'expertise souhaités.
6. Il doit comporter une composante clinique, une composante de santé publique et une composante technique pour répondre aux différentes approches de l'éthique médicale.
7. Il semble devoir bénéficier d'une Coordination par un département pluridisciplinaire.

²⁸ Voir référence n° 64.

8. Il ne peut s'établir que par une volonté facultaire prenant en compte une reconnaissance des carrières des enseignants impliqués et une attribution correcte des moyens indispensables.

BIBLIOGRAPHIE

Sélection de manuels d'initiation à l'usage des étudiants francophones

- Brunswic H. et Pierson M. : Initiation à l'éthique médicale. Éditions Vuibert, Paris, 2002.
- Llorca G. Du raisonnement médical à la décision partagée. Éditions Med-Line, Paris, 2003.
- Rameix S. : *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Ellipses éditions, Paris, 1996.

Liste des périodiques en éthique médicale

- Bibliography of bioethics, Kennedy Institute of Ethics, USA
- Bio-Éthique, Paris, COGEMED
- Bioethics, Basil Blackwell, Australie
- Bulletin of Medical Ethics, London
- Ethica Clinica, Erpent, Belgique
- Ethique. La vie en question. Paris
- Global Bioethics, Firenze
- Hastings Center Report. USA
- Hospital Ethics Committee (HEC) Forum. An interdisciplinary journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues. USA
- Journal International de Bioéthique / International Journal of Bioethics. Paris
- Journal of Clinical Ethics. USA
- Journal of Medical Ethics. London
- Kennedy Institute of Ethics Journal. USA
- Les Cahiers du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la santé. France (Levallois-Perret).
- Les Cahiers Laennec, Centre Sèvres, Paris.
- Lettre d'information du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la santé. La Documentation Française, Paris
- The Journal of Medicine and Philosophy. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. USA
- Theoretical Medicine and Bioethics. Dordrecht, Kluwer.

Liste des adresses Internet utiles

- Association médicale mondiale : www.wma.net
- Bioethics resources on the web : www.nih.gov/signs/bioethics
- International Association of Bioethics : www.uclan.ac.uk/facs/ethics/iab.htm
- National References Center for Bioethics littérature : www.Georgetown.edu/research/nrcbl
- Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int
- Réseau d'information et de diffusion des connaissances en éthique médicale INSERM/Necker : www.inserm.fr/ethique

Liste des livres de référence en éthique médicale

- Beauchamp T., Childress J. : *Principles of Biomedical Ethics*. University Press Edition. New York, Oxford University Press, (1^{er} édition 1979), 4^e édition 1994.

- Engelhardt T. : *The Foundations of Bioethics*. Oxford University Press Edition, New-York, 1986.
- Hottois G., Missa J.N. : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. DeBoeck Université éditions, Bruxelles, 2001.
- Canto-Sperber M. : Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Edition Presse Universitaire de France. Paris, (1^o édition 1996), 2^o édition 1997
- Jonsen A., Toulmin S. : *The abuse of casuistry : A history of moral reasoning*. University of California Press Edition. Berkeley, 1988.
- Jonsen, A. R., R. Veatch, L. Walters. . Source Book in Bioethics : A Documentary History. Washington, D.C: Georgetown University Press.Eds.1998
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W.J. : *Clinical ethics*. McGraw-Hill ed., New York, 4^o ed., 1998.
- Reich W., ed. : *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd edition., 5 vols., New York, Simon & Schuster/Mcmillan, 1995.
- Sugarman J., Sulmasy D.P. : *Methods in medical ethics*. Georgetown University press, Washington D.C., 2001
- Veatch R.M. : *Medical ethics*. 2nd edition, New York, Bartlett and Jones ed., 1994.

Liste des principales références bibliographiques sur l'enseignement en éthique médicale

1. Abridg : Residents' preparation for and ability to manage ethical conflicts in Korean residency programs. Acad-Med. 2001 Mar; 76(3): 297-300
2. Angelos P., DaRosa D.A., Derossis A.M., Kim B. : Medical ethics curriculum for surgical residents: results of a pilot project. Surgery. 1999 Oct; 126(4): 701-5; discussion 705-7
3. Anonymous : Advancing refinement of laboratory animal use. Lab-Anim. 1998 Apr; 32(2): 137-42
4. Anonymous : Report 59 of the AMA Board of Trustees (A-96). Physician-assisted suicide. Reference Committee on Amendments to Constitution and Bylaws. J-Okla-State-Med-Assoc. 1996
5. Arda B. :Evaluation of research ethics committees in Turkey. -Med-Ethics. 2000 Dec; 26(6): 459-61
6. Ashcroft R.E. : Teaching for patient-centred ethics. Med-Health-Care-Philos. 2000; 3(3): 287-95
7. Balint J., Shelton W. : Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship. JAMA. 1996 Mar 20; 275(11): 887-91
8. Beauchamp G. : General surgeons and clinical ethics: a survey. Can-J-Surg. 1998 Dec; 41(6): 451-4
9. Berk N.W. : Teaching ethics in dental schools: trends, techniques, and targets. J-Dent-Educ. 2001 Aug; 65(8): 744-50
10. Bernard J. : "L'éthique peut-elle être objet d'enseignement ?" In L'éthique en mouvement , 1997, Paris-Montréal, L'Harmattan.
11. Bird S.J. : Mentors, advisors and supervisors: their role in teaching responsible research conduct. Sci-Eng-Ethics. 2001 Jul; 7(4): 455-68
12. Birkelund R. : Ethics and education. Nurs-Ethics. 2000 Nov; 7(6): 473-80
13. Birnbacher D. : The Socratic method in teaching medical ethics: potentials and limitations. Med-Health-Care-Philos. 1999; 2(3): 219-24
14. Brajenovic-Milic B., Ristic S., Kern J., Vuletic S., Ostojic S., Kapovic M. : The effect of a compulsory curriculum on ethical attitudes of medical students. Coll-Antropol. 2000 Jun; 24(1): 47-52
15. Braunack-Mayer A.J., Gillam L.H., Vance E.F., Gillett G.R., Kerridge I.H., McPhee J., Saul P., Smith D.E., Wellsmore H.M., Koczwara B., Rogers W.A., McNeill P.M., Newell C.J., Parker M.H., Walton M., Whitehall J.S. : An ethics core curriculum for Australasian medical Schools. Med-J-Aust. 2001 Aug 20; 175(4): 205-10
16. Braxton J.M., Baird L.L. : Preparation for professional self-regulation. Sci-Eng-Ethics. 2001 Jul; 7(4): 593-610.
17. Broeseker A.E. : Ethics in Christianity and health care: can "character" be defined in this interdisciplinary course ? Ann-Pharmacother. 1999 Apr; 33(4): 489-94
18. Broeseker A.E., Jones M.M. : An interdisciplinary mock trial involving pharmacy, law, and ethics. Ann-Pharmacother. 1999 Jul-Aug; 33(7-8): 850-8

19. Carson A.M. : That's another story: narrative methods and ethical practice. *J-Med-Ethics*. 2001 Jun; 27(3): 198-202
20. Carter B.S., Roberts A., Martin R., Fincher R.M. : A longitudinal ethics curriculum for medical students and generalist residents at the Medical College of Georgia. *Acad-Med*. 1999 Jan; 74(1 Suppl): S102-3
21. Cassidy V.R. : Literary works as case studies for teaching human experimentation ethics. *J-Nurs-Educ*. 1996 Mar; 35(3): 142-4
22. Chambers T. : Theory and the organic bioethicist. *Theor-Med-Bioeth*. 2001; 22(2): 123-34
23. Coles R. : The moral education of medical students. *Acad-Med*. 1998 Jan; 73(1): 55-7
24. Collins J., Amsel S., Alderson P.O. : 2001 Joseph E. and Nancy O. Whitley Award. Teaching noninterpretive skills to radiology residents: a collaborative effort between the American College of Radiology and the Association of Program Directors in Radiology. *Acad-Radiol*. 2001 Sep; 8(9): 903-7
25. Consensus Statement by Teachers of Medical Ethics and Law in UK Medical School (1998) : "Teaching Medical Ethics and Law within Medical Education : A Model for the UK Core Curriculum" , *Journal of Medical Ethics*, 1998, 24 : 188-192.
26. Coughlin S.S., Katz W.H., Mattison D.R. : Ethics instruction at schools of public health in the United States. Association of Schools of Public Health Education Committee. *Am-J-Public-Health*. 1999 May; 89(5): 768-70
27. Coverdale J.H. : The status of ethics education in Australasian psychiatry. *Aust-N-Z-J-Psychiatry*. 1996 Dec; 30(6): 813-8
28. Culver M. et al. : "Basic Curricular Goals in Medical Ethics". *New England Journal of Medicine*, 1998, 24 : 188-92.
29. De Saint Martin L. et al. : "Enseignement de l'éthique médicale dans les U.F.R. de médecine françaises : évolution ou révolution ?" *Presse Médicale*, 1998, 27 : 968-70.
30. Dickenson D.L., Parker M.J. : The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project: an experiential approach to philosophy and ethics in health care education. *Med-Health-Care-Philos*. 1999; 2(3): 231-7
31. Diekema D.S., Shugerman R.P. : An ethics curriculum for the paediatric residency program. Confronting barriers to implementation. *Arch-Pediatr-Adolesc-Med*. 1997 Jun; 151(6): 609-14
32. Downing M.T., Way D.P., Caniano D.A. : Results of a national survey on ethics education in general surgery residency programs. *Am-J-Surg*. 1997 Sep; 174(3): 364-8
33. Erde E.L. : The inadequacy of role models for educating medical students in ethics with some reflections on virtue theory. *Theor-Med*. 1997 Mar-Jun; 18(1-2): 31-45
34. Feuillet-Le-Mintier B. : Ethics education in medical schools: the role of jurists. *Med-Law*. 2000; 19(3): 403-7
35. Forrow L. et al. : "Teaching Clinical Ethics in the Residency Years : Preparing Competent Professionnals". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16 : 93-112.
36. Fraser H.C., Kutner J.S., Pfeifer M.P. : Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *-Palliat-Med*. 2001 Fall; 4(3): 337-43
37. Fulford K.W., Yates A., Hope T. : Ethics and the GMC core curriculum: a survey of resources in UK medical schools. *J-Med-Ethics*. 1997 Apr; 23(2): 82-7
38. Goldie J. : Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med-Educ*. 2000 Feb; 34(2): 108-19
39. Goldie J., Schwartz L., McConnachie A., Morrison J. : Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas. *Med-Educ*. 2001 Mar; 35(3): 295-302
40. Goldie J., Schwartz L., Morrison J. : A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Med-Educ*. 2000 Jun; 34(6): 468-73
41. Gordon M., Turner L., Bourret E. : Addressing ethical issues in geriatrics and long-term care: ethics education at the Baycrest Centre for Geriatric Care. *Med-Law*. 2000; 19(3): 475-91
42. Gross M.L. : Ethics education and physician morality. *Soc-Sci-Med*. 1999 Aug; 49(3): 329-42
43. Gross M.L. : Medical ethics education: to what ends? *J-Eval-Clin-Pract*. 2001 Nov; 7(4): 387-97
44. Hayes R.P., Stoudemire A., Kinlaw K., Dell M.L., Loomis A. : Qualitative outcome assessment of a medical ethics program for clinical clerkships: a pilot study. *Gen-Hosp-Psychiatry*. 1999 Jul-Aug; 21(4): 284-95
45. Herbert P. : "Evaluating Ethical Sensitivity in Medical Students : Using Vignettes as an Instrument". *Journal of Medical Ethics*, 1990, 16 : 141-45.
46. Hervé C. : "Enseignement de l'éthique". In G. Hottois et J.N. Missa ed. : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. 2001, Bruxelles, De Boeck et Larcier.
47. Hervé C. : "Plaidoyer pour un enseignement de l'éthique aux professions de santé." In *L'éthique en mouvement*, 1997, Paris-Montréal, L'Harmattan

48. Hongladarom T. : Ethical decision-making and its teaching. *J-Med-Assoc-Thai*. 1998 Aug; 81(8): 647-51
49. Hope et al. : "The Oxford Practice skis Project : Teaching Ethics and Law and Communication skills to Clinical Medical Students". *Journal of Medical Ethics*, 1994, 20 : 229-34.
50. Huijjer M., van-Leeuwen E., Boenink A., Kimsma G. : Medical students' cases as an empirical basis for teaching clinical ethics. *Acad-Med*. 2000 Aug; 75(8): 834-9
51. Hundert E.M., Hafferty F., Christakis D. : Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices. *Acad-Med*. 1996 Jun; 71(6): 624-42
52. Kenny N., Sargeant J., Allen M. : Lifelong learning in ethical practice: a challenge for continuing medical education. *J-Contin-Educ-Health-Prof*. 2001 Winter; 21(1): 24-32
53. Kirschner K.L., Stocking C., Wagner L.B., Foye S.J., Siegler M. : Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Arch-Phys-Med-Rehabil*. 2001 Dec; 82(12 Suppl 2): S2-8
54. Layman E. : Ethics education: curricular considerations for the allied health disciplines. *J-Allied-Health*. 1996 Spring; 25(2): 149-60
55. Lazarus C.J., Chauvin S.W., Rodenhauser P., Whitlock R. : The program for professional values and ethics in medical education. *Teach-Learn-Med*. 2000 Fall; 12(4): 208-11
56. Lipman A.J., Sade R.M., Glotzbach A.L. : Application of a web-based instruction for a clinical course. *Acad-Med*. 1999 May; 74(5): 571-2
57. Liubarskiene Z. : Oaths, laws, and declarations in the studies of medical ethics in Lithuania. *Croat-Med-J*. 1999 Mar; 40(1): 20-4
58. Llano A. : Medical ethics education in Colombia. *Med-Law*. 2000; 19(3): 415-23
59. Llorca G. : "Éthique et décision médicale". Colloque éthique et hôpital, bicentenaire des Hospices Civils de Lyon, 2002, 1-3
60. Llorca G. : " Rôle des Comités d'éthique dans le formation médicale". *Pédagogie Médicale*. 2001; 2 : 157-162.
61. Llorca G. : *Hôpital et éthique*. Éditions Presse Universitaires de Lyon, Lyon, 2002.
62. Llorca G. : *Éthique et formation médicale. Révision des concepts*. *Pédagogie Médicale* , 2002 ; 3 : 169-179.
63. Llorca G. : *Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine*. Éditions Med-Line, Paris, 2003.
64. Llorca G., Roy P. et Riche B. : *Évaluation de résolution de problèmes mal définis en éthique clinique : variation des scores selon les méthodes de correction et les caractéristiques des jury*. *Pédagogie Médicale*, 2003 (à paraître).
65. Loewy E.H., Loewy R.S. : Bioethics at the crossroad. *Health-Care-Anal*. 2001; 9(4): 463-77
66. Lurie N. : Preparing physicians for practice in managed care environments. *Acad-Med*. 1996 Oct; 71(10): 1044-9
67. Makoul G., Curry R.H. : Patient, physician & society: Northwestern University Medical School. *Acad-Med*. 1998 Jan; 73(1): 14-24
68. Marckmann G. : Recommendations for the ethical development and use of medical decision-support systems. *MedGenMed*. 2001 Jun 20; 3(3): 5
69. Marcoux,-H; Lamontagne,-C; Cayer,-S; Desrochers,-A; Gauthier,-D : La formation en éthique. Identification des besoins par des médecins enseignants en médecine familiale. *Can-Fam-Physician*. 2001 Jun; 47: 1208-15
70. McDaniel C. : Enhancing nurses' ethical practice: development of a clinical ethics program. *Nurs-Clin-North-Am*. 1998 Jun; 33(2): 299-311
71. Miyasaka M., Akabayashi A., Kai I., Ohi G. : An international survey of medical ethics curricula in Asia. *J-Med-Ethics*. 1999 Dec; 25(6): 514-21
72. Miyasaka M., Yamanouchi H., Dewa K., Sakurai K. : Narrative approach to ethics education for students without clinical experience. *Forensic-Sci-Int*. 2000 Sep 11; 113(1-3): 515-8
73. Modell S.M., Citrin T. : Ethics instruction in an issues-oriented course on public health genetics. *Health-Educ-Behav*. 2002 Feb; 29(1): 43-60
74. Moore J.D. : Bioethics programs' future uncertain. *Mod-Healthc*. 1996 Jan 15; 26(3): 20
75. Morse, J.M. . "Learning to Drive from a Manual ? " *Qualitative Health Research*, 1997 ; 7:181-83.
76. Musick D.W. : Teaching medical ethics: a review of the literature from North American medical schools with emphasis on education. *Med-Health-Care-Philos*. 1999; 2(3): 239-54
77. Myser C. et al. : "Teaching Clinical Ethics as a Professional Skill : Bridging the Gap betterave Knowledge about Ethics and its Use in Clinical Practice" . *Journal of Medical Ethics*, 1995, 21 : 97-103.
78. Neitzke G. : Teaching medical ethics to medical students: moral, legal, psychological and philosophical aspects. *Med-Law*. 1999; 18(1): 99-105

79. Nicholas, B.; Gillett, G : Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *J-Med-Ethics*. 1997 Oct; 23(5): 295-9
80. Nilstun T., Cuttini M., Saracci R. : Teaching medical ethics to experienced staff: participants, teachers and method. *J-Med-Ethics*. 2001 Dec; 27(6): 409-12
81. Oguz N.Y. : The narrative approach in teaching medical ethics: the Turkish experience. *Med-Law*. 2000; 19(3): 421-31
82. Olick R.S. : It's ethical, but is it legal? Teaching ethics and law in the medical school curriculum. *Anat-Rec*. 2001 Feb; 265(1): 5-9
83. Parizeau M.-H. : "Enjeux et ambivalence de la formation en éthique biomédicale". In *L'éthique en mouvement*, 1997, Paris-Montréal, L'Harmattan.
84. Patel K. : Physicians for the 21st century. Challenges facing medical education in the United States. *Eval-Health-Prof*. 1999 Sep; 22(3): 379-98
85. Phaosavasdi S., Wilde H., Taneepanichskul S., Tannirandorn Y., Pruksapong C. : Teaching ethics for medical students. *J-Med-Assoc-Thai*. 2000 Jul; 83(7): 817-20
86. Ravindran G.D., Kalam T., Lewin S., Pais P. : Teaching medical ethics in a medical college in India. *Natl-Med-J-India*. 1997 Nov-Dec; 10(6): 288-9
87. Réseau RODIN : Information et diffusion des connaissances en éthique médicale. 1999 ; "<http://www.inserm.fr/ethique>."
88. Roberts, J. , G. Norman. « Reliability and Learning from the Objective Structured Clinical Examination ». *Medical Education*, 1990; 24:219-23.
89. Roberts J., Norman G. : "Reliability and learning from the Objective Structured Clinical Examination." *Medical Education* ; 1990, 24 : 219-23.
90. Robin M.L., Caniano D.A. : Analysis of clinical bioethics teaching in pediatric surgery residency. *J-Pediatr-Surg*. 1998 Feb; 33(2): 373-7
91. Russ S.W. : Tackling ethical dilemmas in personality assessment. *J-Pers-Assess*. 2001 Oct; 77(2): 255-8
92. Savulescu J., Crisp R., Fulford K.W., Hope T. : Evaluating ethics competence in medical education. *J-Med-Ethics*. 1999 Oct; 25(5): 367-74
93. Schneider G.W., Snell L. : C.A.R.E.: an approach for teaching ethics in medicine. *Soc-Sci-Med*. 2000 Nov; 51(10): 1563-7
94. Schuklenk U. : Ethical issues in continuing professional development. *S-Afr-Med-J*. 2001 Nov; 91(11): 955-7
95. Self D.J., Olivarez M., Baldwin D.C. : The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. *Acad-Med*. 1998 May; 73(5): 521-3
96. Shelton W. : Can virtue be taught ? *Acad-Med*. 1999 Jun; 74(6): 671-4
97. Silverman H.J. : Description of an ethics curriculum for a medicine residency program. *West-J-Med*. 1999 Apr; 170(4): 228-31
98. Singer P.A., Robb A., Cohen R., Norman G., Turnbull J. : Performance-based assessment of clinical ethics using an objective structured clinical examination. *Acad-Med*. 1996 May; 71(5): 495-8
99. Smith J.A., Jennings M. : Ethics training for laboratory animal users. *Lab-Anim*. 1998 Apr; 32(2): 128-36
100. Smith M.L., Morgan R.K. : Bioethics education in a clinical pastoral education program. *J-Pastoral-Care*. 1998 Winter; 52(4): 377-87
101. Stempsey W-E : The quarantine of philosophy in medical education: why teaching the humanities may not produce humane physicians. *Med-Health-Care-Philos*. 1999; 2(1): 3-9
102. Sulmasy D.P., Marx E.S. : Ethics education for medical house officers: long-term improvements in knowledge and confidence. *J-Med-Ethics*. 1997 Apr; 23(2): 88-92
103. Sulmasy D.P., Terry P.B., Faden R.R., Levine D.M. : "Long-term Effects of Ethics Education on the Quality of Care for Patients Who Have Do-Not-Resuscitate Orders". *Journal of General Internal Medicine*, 1994, 9 : 622-26.
104. Sulmasy D.P., Terry P.B., Faden R.R., Levine D.M. : "Long-term Effects of Ethics Education on the Quality of Care for Patients Who Have Do-Not-Resuscitate Orders". *Journal of General Internal Medicine*, 1994, 9 : 622-26.
105. Swenson, S-L; Rothstein, J-A : Navigating the wards: teaching medical students to use their moral compasses. *Acad-Med*. 1996 Jun; 71(6): 591-4
106. Tealdi J.C. et al. : "Teaching Bioethics as a new Paradigm for Health Professionals." *Bioethics*, 1993, 7 : 188-189.
107. Thompson J.N. : Moral imperatives for academic medicine. *Acad-Med*. 1997 Dec; 72(12): 1037-42

108. Tweeddale M.G. : Teaching old dogs new tricks--a personal perspective on a decade of efforts by a clinical ethics committee to promote awareness of medical ethics. J-Med-Ethics. 2001 Apr; 27 Suppl 1: i41-3
109. Tyreman S. : Promoting critical thinking in health care: phronesis and criticality. Med-Health-Care-Philos. 2000; 3(2): 117-24
110. Tysinger J.W., Klonis L.K., Sadler J.Z., Wagner J.M. : Teaching ethics using small-group, problem-based learning. J-Med-Ethics. 1997 Oct; 23(5): 315-8
111. Tysinger J. W.; Klonis,-L-K; Sadler,-J-Z; Wagner,-J-M: "Teaching Ethics using Small-Group, Problem-based Learning." Journal of Medical Ethics, 1997, 23 : 315-318.
112. Vrbova H., Holmerova I., Hrubantova L. : Multiprofessional education in social medicine and clinical ethics. Sb-Lek. 1997; 98(4): 331-4
113. Wenger N.S., Korenman S.G., Berk R., Berry S.: The ethics of scientific research: an analysis of focus groups of scientists and institutional representatives. J-Investig-Med. 1997 Aug; 45(6): 371-80
114. Williams J.R. : Ethics and human rights in South African medicine. CMAJ. 2000 Apr 18; 162(8): 1167-70
115. Yalof J., Brabender V. : Ethical dilemmas in personality assessment courses: using the classroom for in vivo training. J-Pers-Assess. 2001 Oct; 77(2): 203-13
116. Yarborough M., Jones T., Cyr T.A., Phillips S., Stelzner D. : Interprofessional education in ethics at an academic health sciences center. Acad-Med. 2000 Aug; 75(8): 793-800

Professeur Guy LLORCA

Professeur de Thérapeutique à L'Université Claude Bernard Lyon I

Président du Comité d'éthique du C.H.U. de Lyon

Service de Rhumatologie, Centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre Bénite Cedex

Tél. : 04 78 86 12 81 – Télécopie : 04 78 86 33 42 – Mél. : guy.llorca@chu-lyon.fr

Annexe 1 :

Facultés de Médecine Consultées

Continent	Pays	Nombre de Facultés	Nombre de réponses
Europe N = 69	Albanie	1	0
	Belgique	4	3 (75%)
	Bulgarie	1	1 (100%)
	Canada	3	1 (33%)
	France	45	21 (47%)
	Macédoine	1	0
	Moldavie	1	0
	Roumanie	11	3 (27%)
	Suisse	2	2 (100%)
Afrique N = 41	Algérie	6	1 (20%)
	Angola	3	0
	Bénin	1	0
	Burkina Faso	1	1 (100%)
	Burundi	1	0
	Cameroun	1	0
	Congo	2	0
	Côte d'Ivoire	1	1 (33%)
	Gabon	1	0
	Guinée	1	0
	Guinée Bissau	1	0
	Liban	3	1 (33%)
	Madagascar	2	0
	Mali	2	0
	Maroc	4	3 (75%)
	Mauritanie	1	0
	Niger	1	0
	République centrafricaine	1	0
	Rwanda	1	1 (100%)
	Sénégal	1	0
Tchad	1	1 (100%)	
Togo	4	0	
Tunisie			
Asie N = 6	Cambodge	1	0
	Laos	1	0
	Vietnam	4	2 (50%)
Amérique N = 3	Canada	3	1 (33%)
Divers N = 2	Haïti	1	0
	Maurice	1	1 (100%)
TOTAL	38	121	45 (34%)

Annexe 2 :

Lettre et questionnaire

Professeur Guy LLORCA

Service de Rhumatologie
Centre hospitalier Lyon-Sud
69495 Pierre Bénite Cedex France
Tél. : +33 (0)4 78 86 12 81
Télécopie : +33 (0)4 78 86 33 42
Mél. : guy.llorca@chu-lyon.fr

Monsieur le Doyen,

L'éthique clinique, en tant que jugement de la valeur de la décision médicale, représente désormais une dimension essentielle pour les personnels de soin et la qualité des actions de santé. La formation à l'éthique médicale, qui comprend l'éthique clinique, semble très variable d'un pays à l'autre, et d'une Faculté à une autre dans chaque pays. Pour aider la réflexion, nous souhaitons rapporter un état des lieux aux journées de pédagogie médicale de la CIDMEF, à Nancy, en avril 2003.

*A cet effet, pourriez-vous nous indiquer, à l'aide du questionnaire ci-joint, s'il existe des formations à l'éthique médicale dans la Faculté que vous dirigez, en nous retournant le questionnaire ci-joint, **avant le 15 mars 2003.***

Bien entendu, nous ne manquerons pas de vous communiquer le rapport qui sera rédigé à partir de vos réponses.

En vous remerciant par avance pour votre aide, nous vous prions de croire, Monsieur le Doyen, en l'assurance de notre considération distinguée.

G. LLORCA

**La formation à l'éthique médicale en 2003
dans les Facultés de médecine francophones**

Nom de la faculté :

Ville :

Nom du Doyen :

1 – Formation pré-doctorale :

1-1 Existe-t-il un enseignement spécifique de l'éthique dans votre Faculté :

Oui Non

Si Oui :

- Est-il obligatoire : Oui Non

- Contenu : Éthique médicale Éthique clinique Éthique de la recherche

- Niveau dans le cursus (en quelles années) :

- Nombre d'heures d'enseignement théorique :

- Nombre d'heures d'enseignement pratique :

- Qualité du responsable de cet enseignement :

- Méthodes pédagogiques utilisées :

- Cours magistraux
- Conférences pluridisciplinaires
- Groupes de réflexion
- Enseignement dirigé par analyse de cas
- Enseignement au lit des malades (intégré aux stages cliniques)
- Autres, préciser :

- Évaluation de cet enseignement :

- Par l'assiduité
- Par questions rédactionnelles
- Par oral
- Par Q.C.M.
- Par cas cliniques rédactionnels
- Par Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS)
- Autres, préciser :

- Principaux thèmes abordés :

1-2 La formation à l'éthique est-elle formalisée à l'occasion d'autres enseignements tels que "la relation médecin – patient" ou autre ?

Si oui, décrivez comment la formation à l'éthique est intégrée à cet enseignement ainsi que les objectifs, la méthode et l'évaluation (en clair) :

2 – Formation post-doctorale :

2.1 - Formations diplômantes :

Cochez, parmi les formations suivantes, celles qui existent dans votre Université :

- Doctorat
- Diplôme interuniversitaire
- Diplôme d'université
- Certificat, unité de valeur
- Autres, préciser :

Pour chaque type de formation, joindre si possible le programme, la qualité des formateurs, les coordonnées du responsable et le public concerné.

2.2 – Formations non diplômantes :

Cochez, parmi les formations suivantes, celles auxquelles les médecins et étudiants peuvent avoir accès dans votre Université :

- Ateliers pratiques
- Réunions thématiques
- Séminaires
- Colloques
- Autres, préciser :

Pour chaque type de formation, joindre si possible le programme, la qualité des formateurs, les coordonnées du responsable et le public concerné.

3 – Structures consacrées à l'éthique médicale :

- Disposez-vous d'une structure dédiée, parmi les suivantes :

- Centre d'éthique
- Comité d'éthique
- Association consacrée à l'éthique médicale
- Groupe de réflexion non formel
- Autres, préciser :

- Ces structures participent-elles à la formation ? : Oui Non

- Si Oui, sous quelle forme ? :

4 – Votre position :

4.1 - Des spécialistes de l'éthique sont-ils nécessaires à son enseignement en médecine ?

- Oui Non

- Si oui, pensez-vous qu'ils doivent être issus :

- Du monde médical
- Du monde philosophique
- Autres, précisez :

4.2 - Quelle(s) discipline(s) d'accueil, en médecine, serait(ent) susceptible(s) d'assurer une coordination valable de ces formations ? :

4.3 - Quelle formation de base souhaiteriez-vous pour les soignants dans leur ensemble ? :

Avez-vous des commentaires personnels ? :

5 – Coordonnées de la personne à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires éventuels :

<p>Questionnaire à retourner à : Professeur Guy Llorca, Service de Rhumatologie, Centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre Bénite Cedex France Mél : guy.llorca@chu-lyon.fr</p>
--

PROPOSITION D'UN CADRE DE REFLEXION SUR L'ETHIQUE DES PRATIQUES D'ENSEIGNEMENT DANS LES FACULTES DE MEDECINE

Communication aux XV^e J.U.F.P.M. de Nancy du 22 au 25 avril 2003

1 – INTRODUCTION, DEFINITION ET PARAMETRES DE L'ETHIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Ouverte sur le monde, l'Université relève de multiples défis. Elle produit des connaissances et les transmet. Des enseignements généraux du premier cycle aux plus spécialisés du troisième elle instruit et éduque. Elle accueille des chercheurs chevronnés qui viennent acquérir de nouvelles qualifications.

Dans cette tâche l'Université s'affiche volontiers comme un parangon de l'éthique, l'enseigne mais semble peu se poser des questions sur ses propres attitudes.

La médecine est le champ de multiples réflexions éthiques et si, en France, le Code de Déontologie médicale et les lois de Bioéthique ont abordé l'ensemble des questions ayant trait à l'exercice de la médecine, ils n'abordent pas l'enseignement.

Dans le serment d'Hippocrate (1) la référence à l'enseignement porte sur ses destinataires et non sur la façon de la transmettre :

"Je jure de considérer à l'égal de mes parents Celui qui m'aura enseigné l'art de la médecine ; de partager avec lui ma subsistance et de pourvoir à ses besoins, s'il est dans la nécessité ; de regarder ses fils comme des frères et, s'ils veulent étudier cet art, de leur apprendre sans salaire ni contrat ; de communiquer les préceptes généraux, les leçons orales et tout le reste de la doctrine à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples enrôlés et assermentés suivant la loi médicale, mais à aucun autre."

Les Facultés de Médecine ont toujours dispensé un enseignement d'éthique médicale, plus ou moins bien individualisé, mais, pas plus que d'autres facultés, elles n'ont mené de réflexion sur l'éthique dans l'enseignement.

Ce thème a donné lieu à peu de publications. Les documents les plus représentatifs sont l'ouvrage de Teresa YUREN *Quelle éthique en formation* (2) et la réflexion conduite en 1996 par Maurice GOMEL concrétisée dans le module MAPES intitulé Déontologie de l'enseignement supérieur (3). Un récent colloque *Former à l'Éthique : un défi pour l'Enseignement supérieur* (4) se borne à aborder l'inégalité de représentations et de responsabilités des femmes dans l'enseignement supérieur.

En mai 96 des conférences sur le thème Ethics and the College Curriculum, Teaching and Moral Responsibility, à l'Université du Tennessee ont abordé plusieurs pistes. LARUE TONE HOSMER a présenté une série de critères

définissant une politique universitaire éthique en un patchwork de divers courants philosophiques (5) ; E.R. KLEIN s'est inspiré de l'éthique médicale et de l'éthique des affaires pour définir les grands devoirs d'une université envers ses chercheurs mais sans référence explicite à l'enseignement (6) ; C.F. FORD a seulement plaidé pour une réflexion sur le caractère réducteur d'un enseignement purement rationaliste dans la formation des étudiants (7).

Les publications dont le thème se rapprochent le plus de l'éthique de l'enseignement portent sur le curriculum caché et montrent les distorsions possibles entre les principes éthiques enseignés et les comportements dans l'université en général (8) ou spécifiquement dans l'enseignement médical (9) ; néanmoins elles n'abordent pas de front l'éthique de l'enseignement.

Définir l'éthique.

Le Petit Robert (édition 1992) la définit comme "la science de la morale ; art de diriger la conduite".

M. CANTO-SPERBER (10) a exposé lors du colloque *Ethique et Enseignement supérieur* que :

"nous sommes tous d'accord sur ce que l'éthique ne doit pas être ; en aucun cas l'éthique n'est une formule de moralisation, elle ne consiste pas à donner des leçons de morale. L'éthique n'est pas non plus un saupoudrage d'humanisme (qui n'engage absolument à rien). L'éthique est quelque chose de beaucoup plus sérieux, de beaucoup plus profond, qui représente une véritable tâche intellectuelle. De plus, nous ne devons pas oublier que l'éthique est étroitement adossée à la réflexion éthique, laquelle est supportée par une discipline technique qui s'appelle la philosophie morale, qui a ses concepts, ses arguments, ses procédures de délibération ou de décision"

et plus loin elle donne une clé *"on retrouve cette discipline réflexive et critique chez les juristes, chez les économistes, chez les sociologues, chez les médecins, chez tous ceux qui essaient de considérer de manière réflexive les problèmes éthiques"*.

Il est significatif que dans son texte ou son ouvrage (10-11), cet auteur n'inclue pas la notion que l'éthique doit autant être une discipline à enseigner qu'une réflexion et une critique de l'enseignement.

TERESA YUREN (2) apporte des éléments plus précis avec le concept d'éthicité, ou *"effort pour revendiquer la dignité humaine face à la barbarie"*. Elle s'appuie sur la conception de la dignité d'Agnès Haller qui décrit l'être humain comme un système créé par l'ajustement de l'héritage génétique et des acquis de l'environnement social, mais toujours en mouvement, en projet, en processus d'accumulation d'expérience, en réponse aux besoins radicaux que sont la liberté, la conscience, la socialité, l'objectivation et l'universalité.

TERESA YUREN a défini les caractères d'une éducation humaniste (2).
- elle est celle dont la dignité humaine est l'horizon et le dernier critère,

- elle s'opère par l'effort de réalisation de valeurs qui contribuent à satisfaire les besoins radicaux : liberté, conscience, socialité, objectivation et universalité.
- elle produit les conditions didactiques pour que l'apprenant
 - construise en sujet libre et responsable sa personnalité et son projet de vie,
 - respecte la liberté des autres et s'oppose à toute forme de domination.
- elle encourage l'apprenant à élever son niveau de conscience et d'auto-conscience en suscitant la surprise, la curiosité, la capacité d'interpréter, expliquer, critiquer,
- elle contribue à ce que l'apprenant développe les compétences qui lui permettent d'agir d'une manière communicative et coopérative,
- elle rend propice la participation créative de l'apprenant à la culture,
- elle contribue à ce que l'apprenant construise de manière consciente son identité et celle de la communauté comme membre de l'espèce humaine.

Nous pouvons retenir comme postulat que cette description d'une éducation humaniste est partagée par la communauté universitaire du monde libre; chacun de ses termes étant accepté comme règle générale, tout écart devient un manquement à l'éthique. Par contre dans son ouvrage TERESA YUREN reste allusive sur les conditions dans lesquelles ces règles des rapports entre enseignants et étudiants peuvent être respectées.

A partir de ces repères, d'expériences tirées d'une activité hospitalo-universitaire et de la pratique d'un mode original d'évaluation des enseignements (12-13), il est possible de proposer un cadre de réflexion éthique sur les pratiques d'enseignement dans les facultés de médecine.

Le plan de ce cadre est le suivant :

- les thèmes généraux d'éthique ayant un retentissement sur l'enseignement.
- les thèmes spécifiques à l'enseignement,
- les raisons des difficultés à observer un comportement éthique.

2 - THEMES GENERAUX D'ETHIQUE DANS L'UNIVERSITE

Aborder l'éthique dans l'enseignement est le témoignage du progrès de l'éthique dans l'Université. S'il est maintenant possible de se préoccuper de l'éthique dans l'enseignement c'est grâce au fait que l'Université du monde libre donne le sentiment de résoudre ou d'avoir résolu la plupart des grandes injures qui peuvent être faites à l'éthique.

Le racisme est un fléau dont l'Université doit garder la mémoire pour s'en préserver et enseigner à s'en préserver. Pourtant, dans une époque où des repentances multiples ont été exprimées, on n'a pas entendu les universités honorer ceux qu'elle a ignominieusement écartés dans les années sombres de notre histoire.

L'Université hésite parfois à prendre des mesures pour que le respect de la liberté de pensée ne cautionne pas des actions contraires à l'éthique, ainsi qu'en ont témoigné les négligences qui ont laissé un temps le révisionnisme bénéficier d'une assise universitaire.

Dans l'accueil des étudiants étrangers l'Université française n'a pas toujours une attitude éthique, qu'il s'agisse des conditions d'inscription, d'accueil, d'encadrement et du respect d'un contrat pédagogique peu ou pas explicité.

La lutte contre le sexisme n'est pas terminée comme en ont témoigné plusieurs présentations du colloque *Former à l'éthique : un défi pour l'enseignement supérieur* (3).

Le harcèlement en milieu universitaire, sous différentes formes, est récemment apparu au grand jour dans différentes affaires.

Les manquements à la rigueur scientifique dépassent l'éthique de la recherche pour atteindre celle de l'enseignement lorsqu'ils cautionnent des absurdités ; on peut en prendre pour récent exemple l'attribution du titre de docteur en sociologie à une astrologue pour le prix de ses élucubrations.

D'autres points sensibles pourraient probablement être explorés dans l'Université : la dégradation des locaux, les vols de matériels, de livres, les utilisations délictueuses d'Internet

Le recours à la drogue et au dopage pour examens et concours, reste un domaine peu exploré alors même qu'il préoccupe la Mutuelle des Etudiants (14) et est dénoncé dans la presse (15).

Tous ces manquements sont reconnus comme tels, parfaitement identifiés, les uns relevant de la justice, d'autres encore protégés par l'absence de réglementation.

3 - LES THEMES SPECIFIQUES A L'ETHIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

Toute réflexion sur l'éthique porte sur les relations entre des acteurs à propos des thèmes qui sont leurs points de rencontre.

Dans l'enseignement universitaire les acteurs, directs ou indirects, sont les enseignants, les responsables institutionnels, les étudiants, les personnels non enseignants, mais aussi la société, chaque groupe ayant ses attentes. Tous ne peuvent être abordés de front : nous avons choisi de présenter un mode d'analyse des rapports des enseignants avec leurs collègues, leurs étudiants, l'institution, la société, la discipline enseignée. Les thèmes sur lesquels porte cette analyse sont les relations générales, la définition des finalités et des objectifs opérationnels, le contenu de l'enseignement, ses modalités, le contrôle des connaissances, l'évaluation des enseignements. Les tableaux I et II résument l'ensemble des

contenus des thèmes. Nous ne les reprendrons pas dans le détail et commenterons seulement certains points.

Tableau I :

Attitudes éthiques dans les grands domaines d'enseignement.
Les thèmes apparaissent au centre des tableaux, et les domaines où ils s'appliquent étant, à gauche les étudiants et la société, à droite la science, la recherche et les collègues.

Envers la Société	Envers les Etudiants	Domaines	Envers les Collègues	Envers la Science	
				Acquise	En recherche
Etre attentif à ses attentes	Les connaître Avoir des rapports d'adulte fondés sur le respect sans abus de pouvoir ni démagogie Favoriser leur autonomie Etre disponible	Relations	Les connaître Avoir des rapports fondés sur le respect sans abus de pouvoir	Devoir de transmission	Devoir d'information et de susciter la curiosité
Consensuelles et partagées	Explicites car rédigés ou déduits des E.D. des T.P. des annales	Finalités Objectifs opérationnels	Consensuelles et partagées Explicites, partagés		
Doit répondre à des besoins d'éducation et/ou de formation et/ou de culture	doit s'appuyer sur des acquis à remobiliser	Contenu	Coordination dans le respect des champs disciplinaires	En conformité	Montrer sa construction
	- encadrer mais - laisser place à l'initiative - laisser le temps pour.. réfléchir et vivre	Modalités : généralités <i>(pour cours, ED, TP, stages, voir tableau 2)</i>	Une organisation d'enseignement ne doit pas en pénaliser une autre		
	Pas d'ambiguïté dans les attentes et les libellés. Notation pertinence et équitable	Contrôles des connaissances	Veiller à la pertinence des coefficients sans dévaloriser un enseignement		
Eval. Externes	Occasions d'échanges	Evaluations	Occasions d'échanges		

Tableau II :

Attitudes éthiques dans les modalités d'enseignement.. Les thèmes apparaissent au centre des tableaux, et les domaines où ils s'appliquent étant, à gauche les étudiants et la société, à droite la science, la recherche et les collègues.

Envers les Etudiants	Domaines	Envers les Collègues	Envers la Science	
			Acquise	En recherche
Donner un plan Etre clair et précis Réfléchir sur l'obligation d'assistance aux cours	cours	Coordonner et harmoniser l'ensemble des modalités d'enseignement pour que chacune concourt à constituer le réseau de connaissances. Respecter les particularités	Distinguer - besoins d'information et d'illustration pour la transmission d'une connaissance - besoins de formation à un exercice futur professionnel ou de chercheur	Créer les conditions d'appréhender la recherche
Allier exercices et théorie	Enseignements dirigés			
Allier pratique et théorie Distinguer histoire et actualité Nécessité -d'un matériel satisfaisant en quantité et qualité, - de sécurité	Travaux pratiques			
Ils doivent être pertinents et accessible	Stages			
Corrects et adaptés	Horaires et locaux	équitablement partagés		
Elles doivent être - pertinentes - accessibles - intellectuellement - financièrement	Ressources Livres, films, vidéos, CD Sites Internet	Partager les sources et ne pas créer des outils redondants avec ceux qui existent. Ne pas déséquilibrer les charges de travail prévues par un temps excessif de recherche et travail sur des ressources.	Veiller à la mise à jour des documents	Former à la critique des contenus des ressources.

3.1 - Malentendus entre acteurs de l'enseignement, manquements à la science et à la recherche.

Malentendus des enseignants avec les étudiants

"Ce sont des adultes", "l'université n'est plus le lycée", "ils doivent être curieux, se documenter, lire, être critiques, se cultiver, s'intéresser à ce qui se passe dans le monde" : par de telles expressions les enseignants affichent leur ambition que les étudiants acquièrent leur autonomie. Dans cette perspective ceux-ci doivent échanger, interpellé, acquérir une liberté de jugement, se préparer à faire évoluer le monde auquel ils appartiennent.

Mais ils doivent être attirés et guidés dans cette acquisition de leur autonomie d'apprentissage. Les enseignants doivent s'enquérir des motivations et attentes des étudiants et donner à leur enseignement un sens que ces derniers puissent s'approprié. Trop souvent les étudiants, submergés de connaissances factuelles, ne voient pas l'intérêt de se les approprier s'ils n'en perçoivent pas le sens pour leur exercice futur ; pour satisfaire aux examens, ils adoptent alors des stratégies de mémorisation à court terme, et négligent la réflexion.

Mésentente entre enseignants

Les jeux d'émulation ou de concurrence à l'intérieur d'une même discipline, l'ignorance, l'indifférence, voire le mépris, entre disciplines différentes, sont susceptibles de créer des situations dont pâtit la qualité des enseignements.

Manquements à la science acquise et à la recherche

En les désignant ainsi de façon provocante il faut signaler les pratiques d'enseignants qui développent les sujets qui les intéressent au détriment d'autres aussi, voire plus, importants pour l'exercice futur.

Les manquements à la présentation de la Recherche sont habituels ; certains universitaires se comportent face aux étudiants comme de simples transmetteurs de connaissances en oubliant de montrer combien la production de connaissances nécessite de la réflexion, de la rigueur, des tâtonnements, des erreurs, de la chance.

Conflits entre administration et enseignants

Des dissensions entre les personnels administratifs et enseignants d'une faculté relèvent de l'indifférence ou du manque de respect pour le travail des uns et des autres ; elles risquent de faire pâtir les étudiants de situations qu'une bonne entente aurait permis de résoudre.

3.2 - Absence ou déficit de réflexions sur les finalités et les objectifs opérationnels, sur l'estimation des besoins

Avec HAMELINE (16) nous entendons par finalité l'idéal vers lequel on tend, et par objectifs opérationnels ceux dont on a les moyens de vérifier qu'ils ont été atteints.

Trop d'enseignants méconnaissent l'importance de s'accorder sur des finalités et d'explicité des objectifs opérationnels. Sous ces rubriques sont encore souvent présentés des programmes. Dans les faits si les objectifs sont rarement explicités, oralement ou par écrit, les étudiants peuvent les déduire des exercices effectués en

enseignements dirigés et travaux pratiques, de l'analyse des annales d'examens lorsqu'elles sont accessibles.

3.3 – Manquements à l'éthique dans les contenus de l'enseignement.

Lorsque des finalités ont été explicitées par des textes elles sont souvent méconnues et négligées; une étude faite en 1997 avait permis de montrer que les finalités du premier cycle des études médicales en France, telles qu'elles avaient été officiellement définies (17), n'étaient pas respectées (18). Actuellement le texte "fondateur" sur les finalités de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (19) est masqué par la complexité de la mise en place d'un programme dont les thèmes sont repartis, les uns dans enseignements modulaires aux ambitions transversales, les autres, par ordre alphabétique (!) dans des enseignements hors module.

Le manque de pertinence des contenus avec les finalités est banal, des enseignants étendant les finalités de façon arbitraire et autoritaire, augmentation ainsi la charge de travail des étudiants.

L'indifférence sur les pré-requis s'exerce vis à vis des étudiants quand on les engage dans un enseignement sans avoir vérifié qu'ils avaient les pré-requis nécessaires, ou quand on leur impose des rappels, redondants, ou concurrentiels et alors perturbateurs, avec des enseignements déjà reçus. Le manquement vis à vis de collègues est de mépriser l'enseignement qu'ils ont dispensé en arguant "*qu'ils n'y connaissent rien*" que "*leur façon de voir ne correspond pas à la réalité*". Lorsqu'ils sont justifiés, de tels jugements impliquent une rencontre entre enseignants et ne doivent pas être livrés à l'arbitrage d'étudiants qui peuvent manquer de l'expérience nécessaire pour se faire une opinion.

L'ignorance d'une vision d'ensemble sur les thèmes enseignés conduit à des lacunes et des redondances. Des sujets arides ou estimés d'intérêt trivial peuvent ne jamais être enseignés ; il est alors toujours possible de s'abriter derrière la nécessité pour les étudiants d'être autonomes et de faire preuve d'initiative.

Les redondances sont un manquement éthique vis-à-vis des étudiants et des collègues ; des sujets intéressants où il est aisé de briller, aux confins de différentes disciplines, peuvent être enseignés plusieurs fois ; les enseignants qui justifient les redondances par l'intérêt de la répétition oublient que c'est aux étudiants de faire leur choix de répétitions.

Des enseignements obsolètes peuvent être maintenus par tradition, d'autres s'en tiennent à des conceptions dépassées.

3.4 – Manquements individuels et institutionnels dans les modalités d'enseignement.

Le tableau II résume les grands principes d'organisation et de réalisation des enseignements. A des degrés divers les écarts à ces principes constituent des manquements à l'éthique. Nous nous limiterons à commenter quelques points.

Une vision d'ensemble institutionnelle de la charge de travail pour les étudiants est indispensable pour veiller à l'équilibre de sa répartition entre les différentes années d'une formation. Pour l'étudiant, à côté de l'intérêt pédagogique de l'équilibre de sa formation, il peut mieux organiser sa vie et, pour certains, exercer une activité finançant leurs études.

Veiller à l'harmonisation des enseignements disciplinaires et de leurs thèmes, rechercher les équilibres pertinents, reviennent d'abord à l'institution, université et faculté, puis à l'organisateur d'un enseignement.

Les étudiants ont à atteindre les objectifs de leur formation mais non à s'astreindre à suivre les modalités qui leur sont offertes pour les atteindre. L'absentéisme à des cours, des enseignements dirigés, des travaux pratiques, des stages, est le problème auquel se heurtent certains enseignements. L'absentéisme doit conduire à une réflexion sur la pertinence de l'enseignement ou de sa forme et ne doit pas être autoritairement résolu par l'obligation d'assiduité ou des stratégies d'examen ayant pour but de repérer sur des détails les "présents aux cours", qui bénéficieront de l'indulgence, des absents qui seront sacqués.

L'obligation d'assiduité est en contradiction avec l'incitation des étudiants à l'autonomie et à la prise d'initiatives. En méconnaissant ce paradoxe on considère que le débat sur l'obligation d'assiduité porte sur la technique pédagogique alors qu'il se situe au plan éthique.

Ne devant pas recourir à l'obligation, les enseignants doivent rechercher la participation des étudiants par l'intérêt de l'enseignement dispensé.

Distinguer les besoins d'information de ceux de la formation à un exercice professionnel ou à la recherche doit apparaître d'abord dans les finalités, ensuite dans les faits. L'absence d'explicitation des finalités, informer ou former, expose à des malentendus entre enseignants et étudiants ; il y a des situations où les enseignants informent et illustrent alors que les étudiants pensaient être formés, et inversement il peut y avoir des formations là où une information suffirait.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) donnent des moyens dont enseignants et étudiants doivent maîtriser l'étendue et la diversité.

Nous n'entrerons pas ici dans les débats éthiques portant sur les contenus, la validité des connaissances, les consensus établis, la propriété des connaissances, ni sur ceux qui opposent les productions de personnes à celles de groupes, les altruistes aux mercantiles.

Plus simplement nous évoquons les difficultés et déceptions d'enseignants dans la création et l'exploitation de didacticiels, auxquelles font écho celles des étudiants dans leur utilisation. Certains enseignants, accaparés par la technologie de création de didacticiels, perdent le contact avec les étudiants tout en leur imposant une obligation du recours aux NTIC, en plus ou en substitution de l'assiduité aux enseignements traditionnels. Or tous les étudiants n'ont pas un ordinateur personnel

en France, et ceux qui en possèdent sont encore confrontés aux complexités ergonomiques des didacticiels, aux différences de configuration, de puissance, de mémoire, de carte graphique ou son. Pour la réalisation de mémoires des enseignants exigent parfois des étudiants le recours à des technologies dont ils n'ont pas la maîtrise.

Des étudiants passent des heures à rechercher sur Internet des informations. Paradoxalement, l'apparente facilité de cette recherche documentaire ludique arrive à les détourner de la consultation d'ouvrages de référence, alors même qu'ils expriment un besoin de livres et de photocopiés. Les changements d'adresses des sites, leur absence de mise à jour, compliquent les choses

Il s'ensuit chez les étudiants des pertes de temps et des tensions dommageables à la sérénité d'une formation. Les enseignants doivent prendre en compte ces difficultés des étudiants.

3.5 – Les stages hospitaliers

Si la formation par le stage sur le terrain n'est pas l'apanage des études de médecine, la forte particularité est qu'ici le client est d'abord un patient. Il peut être difficile que les relations soient harmonieuses dans le triangle patient-enseignant-étudiant.

L'enseignant a un rôle majeur, étant garant du respect mutuel du patient et de l'étudiant. Il doit conduire, le patient à accepter le statut de l'étudiant, l'étudiant à acquérir la dignité qui lui permette d'accéder à l'intimité du patient.

L'harmonie entre enseignants et étudiants peut être rompue dans de nombreuses circonstances connues de tous. Pour les stages de séméiologie clinique ce sont les attentes dans les couloirs, la formation pratique remplacée par des cours, l'interprétation d'examens spécialisés complexes enseignée au détriment de l'exécution d'actes simples. Pour les étudiants hospitaliers en stage de deuxième cycle, ce sont l'absence d'encadrement, le laxisme autorisant les absences, les cours théoriques au lieu de commentaires de pratiques, l'absence de commentaires des observations, l'emploi comme coursier ou employé de bureau dédié au classement de papiers, sans contrepartie pédagogique.

3.6 – Manquements à l'éthique dans le contrôle des connaissances

Les examens sont probablement le champ où s'exercent le plus d'entorses à l'éthique ; en affirmant la souveraineté du jury, la sagesse du législateur assure l'impunité des enseignants et prévient toutes contestations autres que celles portant sur les erreurs matérielles,

Le plus banal manquement est de surprendre les étudiants en les soumettant à un examen dont on ne les a avertis ni de l'esprit, ni des modalités. Tout sujet d'examen et la façon de le traiter sont des objectifs opérationnels ; qu'ils soient prévisibles est éthique, qu'ils ne le soient pas y est contraire. Utiliser les principes du "*tout est au programme*" ou "*ils doivent tout savoir*" pour faire porter une question d'examen sur un thème non traité ou sur lequel on n'a pas attiré l'attention relève de l'exploitation du malentendu et de l'ambiguïté. Faire réaliser un exercice dans des

conditions auxquelles on n'a pas préparé les étudiants en arguant du fait "*qu'ils doivent s'adapter*" est le témoignage du manque de prise de conscience que des erreurs de forme peuvent nuire au témoignage d'un travail de fond dont la préparation a nécessité un important investissement.

Certaines modalités d'examen ne sont pas pertinentes avec les objectifs fixés. Des Q.C.M. simplistes, des épreuves rédactionnelles de mémorisation, apparaissent encore trop là où des épreuves doivent faire appel à la réflexion.

Une étude en 1997 sur les sujets des concours de PCEM1 dans les facultés de médecine françaises avait permis de montrer que les finalités du premier cycle des études médicales en France, n'étaient pas respectées (18)

Le concours d'internat en France offre un vaste champ d'interrogations. La pertinence de ce concours est amplement à mettre en doute : caractère simpliste de Q.C.M. testant plus des automatismes sommaires que la réflexion, nombre de dossiers cliniques servant plus de thèmes introductifs à des questions rédactionnelles qu'à explorer une stratégie devant une situation donnée, absence de politique générale dans l'établissement des grilles de corrections, organisation poussant à l'abattage des corrections. La préparation de l'internat peut être éloignée des réalités ; en dehors de quelques facultés, les étudiants dissocient l'enseignement universitaire de la préparation au concours, privilégient le bachotage et les stages "planqués" à l'apprentissage auprès des patients ; les conférences d'internat sont des entités lucratives de plus en plus florissantes, imposant un style de préparation qui véhicule parfois des messages didactiques contestables. Le malentendu avec les enseignants croît... sans réellement les pousser au changement. Des enseignants alimentent les rumeurs sur le caractère sommaire des corrections laissant accroire que les correcteurs se muent en lecteurs optiques uniquement capables de reconnaître des chaînes de caractères dans un texte (les mot-clefs chers aux conférenciers) sans tenir compte de l'ensemble.

Les promoteurs du prochain concours, niché dans l'examen validant-classant de fin de deuxième cycle, avaient affiché de saines ambitions : renforcement de la réflexion clinique, fin de la dualité des enseignements de faculté et des conférences. A l'orée des échéances on peut constater l'inquiétude des étudiants, les hésitations des enseignants, la flambée des conférences.

Nous n'aborderons pas ici les erreurs éthiques relevant de l'absence de maîtrise de la technique de la notation.

3.7 –Evaluations

Les facultés de médecine ne sont pas directement concernées par l'arrêté d'avril 97 instaurant l'évaluation des enseignements et des formations ; néanmoins ce sont elles qui sont les plus ouvertes à une pratique d'évaluation.

Il existe une éthique de l'évaluation. Des évaluations menées avec le souci de susciter une réflexion globale sont bien acceptées (12). Au contraire les évaluations ont des effets pervers (20) si elles reposent sur des principes sommaires, voire

démagogiques, si elles sont normatives, si elles sont menées sans la participation des enseignants concernés, en l'absence de tout débat.

Tant l'absence d'évaluation que l'évaluation sans éthique sont des fautes éthiques.

4 - LES RAISONS DES MANQUEMENTS ENSEIGNANTS, INDIVIDUELS ET INSTITUTIONNELS, A L'ETHIQUE DANS L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

De façon générale les manquements à l'éthique universitaire, qu'ils relèvent des enseignants ou de l'institution, ont plusieurs origines : le peu d'intérêt des responsables politiques et universitaires pour la qualité de l'enseignement universitaire, l'insuffisance de formation pédagogique, l'indifférence et le manque d'intérêt pour l'enseignement au profit de la recherche ou d'un exercice professionnel.

Pour les facultés de médecine, il s'y ajoute des difficultés conjoncturelles.

Le peu d'intérêt des hauts responsables pour la qualité de l'enseignement universitaire est quasi-unaniment reconnu. Il est normal que lors des recrutements l'accent soit mis sur les qualités de chercheur, dispositions qui nécessitent des années de formation et d'exercice ; par contre il est anormal qu'il n'y ait pas une réelle évaluation des compétences pédagogiques, ou, si elle est faite, qu'elle se limite à juger la seule capacité à faire un cours. Dans la promotion des carrières l'activité pédagogique n'intervient pratiquement pas.

L'insuffisance de la formation et de la réflexion pédagogiques sont les causes majeures des manquements des enseignants à l'éthique dans l'enseignement.

L'insuffisance de formation pédagogique de beaucoup d'enseignants universitaires est un constat banal. Elle est concrétisée par la méconnaissance des bases de psychologie cognitive, de la nécessité d'une réflexion sur les finalités et les objectifs, de la croyance que la pédagogie se résume à la bonne exécution d'un cours, du manque de professionnalisme dans la réalisation des examens. Des a priori simplistes sont souvent des substituts au manque de formation.

Un certain terrorisme de pédagogues renforce ce manque de formation. A entendre certains zéloteurs la formation pédagogique des universitaires devrait être longue, complexe, initiation à un langage ésotérique et à des concepts parfois fumeux. Il est logique que beaucoup d'universitaires ne s'écartent pas un moment de leurs recherches pour suivre de telles formations bavardes et pompeuses.

Des solutions sont possibles. Une des plus efficaces est la tenue de séminaires thématiques utilisant comme supports de formation pédagogique les expériences des enseignants, celles des élèves qu'ils furent et celles des enseignants qu'ils sont. De telles formations peuvent être largement étalées dans le temps, chacune, selon son thème, étant proposée aux enseignants aux moments appropriés à leurs besoins dans le cours de leurs carrières. La création d'une habilitation à faire de l'enseignement, écho de celle à mener des recherches, serait souhaitable,

L'indifférence et le manque d'intérêt pour l'enseignement au profit de la recherche ou d'un exercice professionnel ont une double origine. L'attrait intellectuel de la recherche, ou celui de l'exercice médical, l'emporte souvent chez ceux dont le choix d'être universitaire repose sur leur motivation pour la recherche et l'exercice de la médecine. Promotions et reconnaissances viennent uniquement de la recherche et de l'activité médicale. La satisfaction tirée de l'enseignement reste du domaine de l'intimité.

Les difficultés conjoncturelles des facultés de médecine.

La médecine est enseignée par des praticiens ayant une triple mission, de soins, de recherche, d'enseignement, souvent complétée par des activités administratives. L'écartèlement par ces tâches n'a guère été possible qu'au niveau des équipes ; à l'échelon individuel il a toujours fallu faire des choix. Avec les années le renforcement des normes de sécurité et de qualité dans les soins, les nouvelles mesures sociales hospitalières hâtivement mises en place qui ont désorganisé les services, la nécessité de l'intéressement à la gestion, le manque d'effectifs en médecins et personnel, rendent intenable la situation des praticiens. Elle les conduit à prendre de la distance avec l'enseignement au moment même où un renouveau pédagogique s'imposerait. L'absence d'un projet pédagogique clairement soutenu et défendu au niveau ministériel, la non-reconnaissance des efforts pédagogiques dans la progression de carrière, privent les doyens des classiques moyens, avantages et/ou pénalités, de motiver les enseignants.

5 - LES DEVOIRS ETHIQUES DES ETUDIANTS VIS A VIS DE L'INSTITUTION UNIVERSITAIRE

Dans un texte qui fait apparaître les manquements possibles d'enseignants à une éthique de l'enseignement il ne faut pas considérer que les étudiants ont seulement les droits qui sont les devoirs des enseignants.

Un bon fonctionnement universitaire implique que les étudiants respectent leurs devoirs. Ceux-ci apparaissent dans la charte des droits et devoirs des étudiants luxembourgeois (21).

Nous en retiendrons :

- le devoir d'agir comme membre responsable de la communauté universitaire,
- le devoir de s'investir dans les études qu'il a choisies,
- le respect de la dignité des enseignants, du personnel, des autres étudiants,
- le respect des locaux et du matériel,
- le respect des principes de déontologie sur l'utilisation des ressources informatiques,
- le devoir de proposer, individuellement ou collectivement, toute amélioration jugée opportune,
- le devoir de ne pas recourir à la fraude.

6 – CONCLUSION

Haut lieu de la civilisation l'Université diffuse la conception d'un monde libre, crée du savoir et le transmet. L'éthique médicale est souvent prise comme référence de la réflexion sur l'éthique. Les facultés de médecine, ont une perception concrète de

l'éthique, l'enseignant dans le domaine scientifique et l'exercice de la profession médicale ; par contre elles ne témoignent pas des mêmes exigences éthiques dans l'enseignement. Elles laissent perdurer, sous l'étiquette de dysfonctionnements, de malentendus, de différences de perception, sous couvert du respect des libertés universitaires, certaines attitudes qui ternissent leur image de modèle dans la société. Il devient temps d'appeler délit éthique tout ce qui porte préjudice à la formation des futurs médecins.

Cette réflexion sur des délits d'éthique, petits ou grands, peut permettre aux enseignants de pointer des situations qu'ils ont pu critiquer lorsqu'ils en étaient victimes et qu'ils doivent maintenant résoudre pour mériter tout le respect qu'ils attendent des étudiants.

Enseigner dans des conditions éthiques, c'est à dire donner l'exemple du respect de la dignité humaine, de la valeur de l'esprit, de la conscience, du travail pour soi et pour la communauté, nécessite une réflexion importante dont les Facultés de Médecine ne peuvent faire l'économie dans un monde régulièrement en mutation où on constate de plus en plus que la transmission des connaissances ne suffit plus à en assurer l'harmonie.

REFERENCES

- 1 – Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. Paris, Masson 1964
- 2 -Yurén T. Quelle éthique en formation. Paris ; L'Harmattan,2000.
- 3 - Gomel M. Déontologie de l'enseignement supérieur. In Modules pour l'Amélioration Pédagogique des Enseignements Supérieurs (MAPES).<http://mapes.uni-poitiers.fr>
- 4 - Former à l'éthique dans l'enseignement supérieur. Séminaire de l'Association Française de Femmes Diplômées des Universités des 29 et 30 mars 2001. Diplômées 2001, n°198, 133-253.
- 5 – LaRue Tone Hosmer. Ethics and the proper function of a university. In Ethics and the College Curriculum : Teaching and Moral Responsibility. Proceedings of Conference on Values in Higher Education. <http://web.utk.edu/~unistudy/ethics96/lth.html>
- 6 – Klein ER. The academy as business. In Ethics and the College Curriculum : Teaching and Moral Responsibility. Proceedings of Conference on Values in Higher Education. <http://web.utk.edu/~unistudy/ethics96/lth.html>
- 7 – Ford CF. Rationalist values we already teach in the college curriculum. In Ethics and the College Curriculum : Teaching and Moral Responsibility. Proceedings of Conference on Values in Higher Education. <http://web.utk.edu/~unistudy/ethics96/lth.html>
- 8 – Hartzel K.D.. Contexts for the teaching of values. In Ethics and the College Curriculum : Teaching and Moral Responsibility. Proceedings of Conference on Values in Higher Education. <http://web.utk.edu/~unistudy/ethics96/lth.html>
- 9 – Hafferty F.W., Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad. Med 1994;69, 861-871.
- 10 - Canto-Sperber M - Qu'est-ce que former à l'éthique dans l'enseignement supérieur ? Diplômées 2001, n°198, 172-3.
- 11 – Canto-Sperber M. L'inquiétude morale et la vie humaine. Paris; PUF, 2001.
- 12 – Quinton A et Jeannel A. La démarche qualité dans l'enseignement à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2. In : Une évaluation d'aujourd'hui pour demain. Les recherches enseignées en espaces francophones. Montréal. Logiques,2002.
- 13 - Quinton A. La démarche qualité dans l'enseignement à l'université Victor Segalen de Bordeaux. Colloque de l'A.MU. Paris 21 juin 2002
http://www.cpu.fr/Telecharger/Evaluation_enseignements/Demarche_Qualite_V.Segalen.pdf
- 14 – La Mutuelle des Etudiants. Alcool, tabac, cannabis : conduites festives ou quotidiennes ? p.13-16. Chez les étudiants : plutôt les médocs que le psy. P19-20. In Colloque de la Mutuelle des étudiants. <http://www.lmde.com>
- 15 – Monnier E. 1 étudiant sur 5 se dope avant les examens. Sciences et Vie 2002,juin, 98-100
- 16 – Hameline D. Les objectifs pédagogiques. Paris; ESF, 1995.

- 17 – Orientations thématiques des enseignements du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. B.O. 1993, n° 41, 3703-5
- 18 - Quinton A.- Analyse de la pertinence docimologique des épreuves actuelles de sélection.- Colloque National Passé, Présent et Futur de la sélection et de la formation des médecins. - Paris. 22 et 23 mars 1997.
- 19 – Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales. B.O. 2001, n°31 et www.education.gouv.fr/bo/2001/31/sup.htm
- 20 - Romaville M. - Hors de l'évaluation de la qualité, point de salut. In Stratégies et médias pédagogiques pour l'apprentissage et l'évaluation dans l'enseignement supérieur. - Actes du 15ème colloque AIPU – Liège, 1997, 371-388.
- 22 - Charte des droits et devoirs de l'étudiant. <http://www.restena.lu/iees/0202charte.html>

André QUINTON – Frank ZERBIB
Centre de recherches Appliquées en Méthodes Educatives
Université Victor Segalen Bordeaux 2

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL PÉDAGOGIQUE DE LA CIDMEF SUR LA FORMATION AU PROFESSIONNALISME DES FUTURS MÉDECINS*

*Synthèse des ateliers des XV^e J.U.F.P.M. de Nancy, 2003, après consultation du
Cercle des Experts Collaborateurs de la CIDMEF*

L'idée de promouvoir la responsabilité sociale des facultés de médecine est maintenant validée et promue par diverses institutions dont l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et la Conférence internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) (1, 2, 3, 4). D'une part, la dimension éthique de cette responsabilité mérite d'être approfondie et explicitée dans la rédaction des objectifs généraux de la faculté. Ces objectifs doivent témoigner de la nécessité d'un programme de professionnalisation des futurs médecins (3, 4). Ce programme fait référence au cadre conceptuel du professionnalisme et de l'expert professionnel (5, 6). Parallèlement à l'acquisition des compétences biomédicales, la formation au professionnalisme nécessite aussi la planification de toute une série d'activités spécifiques : il y a impérativement l'apprentissage de la communication, de la relation médecin – patient et de l'éthique médicale à côté d'enseignements classiques dont on peut citer ceux de la déontologie, du droit médical ainsi que les modalités pratiques de l'exercice professionnel et de la formation continue. Dans ce programme spécifique, l'apprentissage de l'éthique médicale nous apparaît prioritaire (2). Il revient aux responsables des Facultés de Médecine confrontées à ces évidences de prendre les mesures adaptées. Cependant, les nouvelles dispositions à prendre pour planifier cette formation au professionnalisme et l'absence de standards ou d'un référentiel pédagogique sont à l'origine de difficultés dans les prises de décisions institutionnelles, d'où cette démarche réflexive du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. L'objectif des recommandations issues de ce cadre conceptuel est de favoriser une prise de conscience des enseignants et responsables de Faculté, tout en leur proposant des pistes d'actions et des mesures concrètes éventuelles.

MATERIEL ET METHODE

Le Conseil Pédagogique de la Conférence internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) a recherché un consensus sur les principes devant régir la formation au professionnalisme des futurs médecins, avant de proposer les recommandations pratiques présentées ici. Comme matériel initial, il a utilisé la synthèse issue des travaux des 15^e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale à Nancy du 22 au 25 Avril 2003, dont l'un des deux thèmes principaux était "Ethique et Faculté". La méthode de travail a été une ronde Delphi entre Mai et octobre 2003 avec ses membres et les experts collaborateurs du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. Les 48 personnes impliquées dans cette réflexion sont des enseignants de médecine ou personnel de soutien des Facultés exerçant dans divers pays d'Europe, d'Amérique du Nord, du Maghreb ou d'Afrique sub-saharienne.

**Le texte complet des recommandations sera publié dans "Pédagogie Médicale" – 2004.*

RESULTATS

Les journées de Nancy :

Deux activités ont été proposées aux participants. Il s'agissait d'une session plénière sur "Ethique et Faculté de Médecine" et d'un atelier sur "Implanter un programme de formation axé sur la professionnalisation des futurs médecins (de l'apprentissage de la relation médecin-patient à celui de l'éthique), un objectif de la CIDMEF". La session plénière a permis de découvrir les résultats d'une enquête préliminaire menée par G. LLORCA (8) sur l'apprentissage de l'éthique dans le Facultés de Médecine francophones ; il a été montré que cet apprentissage n'était pas formalisé de façon explicite dans nombre de facultés et qu'il s'agissait alors pour l'essentiel d'un corpus de connaissances déclaratives plus que d'une formation visant à acquérir des connaissances d'action (compétences spécifiques). Au cours de la même session, différentes approches et expériences innovantes en formation initiale à Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Dijon, Lille, Limoges, Louvain, Monastir, Montréal, Nancy, Nantes, Rouen, Strasbourg, ont été l'objet d'un débat (9). L'atelier a permis de dégager un consensus sur la nécessité de formaliser l'apprentissage du professionnalisme et d'évoquer des pistes de solutions pratiques.

Les recommandations :

Pour des raisons de clarté, chacune est suivie de son motif.

☞ Première recommandation : *Définir et afficher les objectifs de l'apprentissage de l'éthique dans le cadre d'une démarche globale et intégrative qui est celle du professionnalisme*

La mise en route d'un programme formalisé de l'apprentissage de l'éthique dans les facultés de médecine est considérée comme indispensable et urgente : les raisons sont multiples et maintenant bien connues. Nous prendrons l'exemple de l'une d'entre elles que nous considérons comme inquiétante: il s'agit de la constatation d'une baisse de la sensibilité morale des étudiants en médecine au cours des études (6, 7). La diminution (apparente ?) au cours des études médicales de la capacité des étudiants à identifier des problèmes pratiques avec dilemme éthique rencontré « dans la vraie vie » des stages cliniques.

Malgré les recherches de consensus sur l'utilisation du mot "éthique" dans la pratique médicale, le concept de l'éthique reste imprécis et / ou restrictif pour nombre d'enseignants et d'étudiants. Les interprétations divergentes font échec à des projets concrets de formation. Le terme de "Professionnalisation des futurs médecins" aurait l'avantage de mettre l'accent sur toutes les dimensions du *professionnalisme* ce qui est le but poursuivi par un programme d'éthique médicale : il s'agit d'envisager l'ensemble des applications pertinentes à tous les rôles que tiennent les médecins dans les domaines variés de la profession. Chaque Faculté devrait donc sélectionner judicieusement les objectifs d'apprentissage qu'elle souhaite inclure dans un tel programme. À titre d'exemples touchant à l'éthique, nous pouvons citer :

- les compétences éthiques relationnelles (en incluant prioritairement la relation médecin – patient /famille/ autres professionnels de santé),
- Les compétences de discernement des informations recueillies (par ex. l'utilisation des référentiels de pratique, la recherche de l'information et

- son analyse critique, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des actes professionnels),
- les compétences d'interprétation des données nouvelles et/ou non encore éprouvées (l'éthique de la recherche fondamentale et appliquée, la bio éthique),
- les compétences interdisciplinaires et l'application à la médecine des sciences humaines et sociales tel que la psychologie, la philosophie, la sociologie etc. permettant d'éclairer le droit médical, la déontologie, les droits de l'homme...

Cette liste n'est pas limitative : de nombreux autres domaines de formation inclus dans le professionnalisme ne sont pas indiqués ici. Citons par exemple ceux en rapport avec les modalités pratiques de l'exercice médical (capacités à la recherche documentaire, à la formation permanente, au travail en réseau, à la gestion etc.).

☞ Deuxième recommandation : *Elaborer un programme de formation explicite avec une stratégie de mise en application.*

De nombreux enseignants de médecine sont convaincus que la formation au professionnalisme, donc de l'éthique médicale, pourrait se faire "toute seule" grâce à la valeur de l'exemple des Maîtres; cette formation implicite ne suffit pas car elle néglige toute une série de facteurs pouvant influencer les futures performances professionnelles des étudiants ; en plus elle ne permet pas de les évaluer. La prise en compte de ces facteurs a été à l'origine du concept de "curriculum caché" (10). F.W. HAFFERTY et R. FRANCK font valoir que la plupart des déterminants de l'identité médicale ne se transmettent pas par l'enseignement du curriculum formel, mais plutôt par l'influence plus subtile, moins reconnue, d'un "curriculum caché". Le processus de formation médicale est présenté comme une formation morale dans laquelle la formation formelle ne représente qu'un apport minoritaire.

L'expérience montre par ailleurs que la bonne volonté spontanée des facultés et des enseignants de médecine ne suffit pas pour implanter ce type de programme de formation. La mise en place d'une réforme aussi innovante suscite souvent des résistances. Comme nous le verrons dans la discussion, une véritable stratégie de changement doit donc être réfléchie par les décideurs de la Faculté avec l'aide un groupe d'enseignants motivés.

☞ Troisième recommandation : *Dédier une structure à l'éthique et/ou la professionnalisation des futurs médecins*

C'est une des conditions matérielles que la Faculté doit réunir pour réussir cet apprentissage par les futurs médecins. Etape initiale importante et à la fois symbolique (4, 8) elle est le gage de l'efficacité de la démarche visant à formaliser cette formation à la professionnalisation des futurs médecins. Une telle structure devrait impliquer impérativement la Faculté et les milieux de formation (cliniques, cabinets, laboratoires). Elle peut être spécifique (simple comité ou commission, Département d'Éthique Médicale ou accueillie dans un département professionnel médical plus large (sciences humaines et sociales, pédagogie etc.). Elle sera le lieu de développement de la mise en place et de l'évaluation d'un programme de formation.

☞ Quatrième recommandation : *Répondre à des exigences d'efficacité dans le choix des personnes ressource dans la Faculté.*

Sachant que tout le corps enseignant médical, aussi bien en clinique qu'en recherche doit être impliqué plus ou moins directement dans cette formation, l'une des missions essentielles du (ou des) responsable(s) de la structure dédiée est de créer une véritable dynamique d'adhésion de l'ensemble du corps enseignant à ce programme, puisque les compétences éthiques traversent toutes les compétences du médecin. Pratiquement, la mise en place d'un nouveau programme de formation se fait souvent par étapes selon le degré d'appropriation des autres enseignants. Pour des raisons de crédibilité, il faudra désigner les responsables de la Faculté pour le cursus de formation parmi les enseignants de médecine qui sont particulièrement sensibilisés et déjà considérés comme modèles que l'on souhaite voir imiter par les futurs médecins.

☞ Cinquième recommandation : *S'ouvrir sur le monde extérieur pour atteindre les objectifs d'apprentissage à l'interdisciplinarité professionnelle.*

Cette ouverture est indispensable car de nombreuses personnes ressources extérieures à la Faculté sont précieuses pour leurs expertises dans les différents domaines des sciences humaines et sociales (philosophie, psychologie, sociologie, sciences juridiques par exemple). Ces expertises extérieures ne doivent pas résumer à elles seules les interventions : résister à la tentation d'abdiquer en déléguant à un ou plusieurs spécialiste(s) de l'éthique non médecin(s) la responsabilité et la réalisation de cette formation au professionnalisme. Une telle attitude entraînerait le risque de contredire le discours de la Faculté sur l'importance du programme de l'éthique pour les futurs médecins.

☞ Sixième recommandation : *Planifier à bon escient les connaissances théoriques nécessaires.*

Comme dans tout domaine de la médecine, les connaissances théoriques (déclaratives) sont indispensables en éthique médicale. G. LLORCA (8) a fait un inventaire des programmes dans son enquête sur l'apprentissage de l'éthique dans les Facultés de Médecine Francophones. Une autre enquête serait nécessaire sur les contenus des autres champs de l'exercice professionnel et du professionnalisme. Néanmoins, ces premiers résultats peuvent inspirer les responsables de Faculté. Les connaissances théoriques sont souvent l'objet d'un enseignement spécifique séparé dont la méthodologie est classique (modules, séminaires) et parfois d'un auto-apprentissage (documents et référentiels nécessaires mis à disposition des étudiants). Cependant, lors de la programmation, il faudra élaborer des objectifs d'apprentissage en tenant compte de l'ensemble des contenus d'enseignement et de l'organisation du curriculum. C'est dire qu'il faudra renoncer à juxtaposer des contenus nouveaux, mais plutôt veiller à l'articulation stratégique des enseignements théoriques et pratiques.

☞ Septième recommandation : *Viser l'acquisition de réelles compétences éthiques dans l'élaboration des objectifs d'apprentissage de ce programme (11).*

Les connaissances pratiques (d'action) doivent être l'objet d'un apprentissage individuel en situation. L'acquisition de compétences éthiques ne peut pas conduire à la performance sans une implication personnelle des étudiants vis à vis des patients,

des collègues, de l'institution et de la collectivité. Cette implication personnelle ne porte fruit qu'en situation authentique de résolution de problèmes avec instauration d'une dynamique dialogique (11). Les stages intra et/ou extra hospitaliers sont ici irremplaçables. L'apprentissage sera ainsi contextualisé soit face à des situations réellement vécues par l'étudiant soit face à des situations artificielles partagées par les autres étudiants et les enseignants.

☞ Huitième recommandation: *Privilégier l'apprentissage de la communication et de la relation médecin-patient dans le programme de formation au professionnalisme.*

L'apprentissage de la communication et de la relation médecin-patient est central mais n'est qu'une partie, il est vrai très importante, de l'apprentissage de l'éthique médicale clinique, elle-même composante essentielle de la compétence professionnelle du médecin. L'apprentissage de la relation médecin-patient prend tout son sens s'il est véritablement intégré à la formation au professionnalisme (15).

☞ Neuvième recommandation : *Développer des méthodes pédagogiques adaptées (voire innovantes) aux compétences à construire :*

L'éthique médicale est basée sur les pratiques. Cela est évident pour des praticiens confirmés, mais l'est moins pour les étudiants qui sont en phase de montage de compétence. Il est donc nécessaire de choisir des *méthodes pédagogiques* adaptées. Les outils possibles sont le carnet de stage avec portfolio, les séances d'Apprentissage du Raisonnement Ethique ou ARE (12, 13), inspirées des séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique ou ARC (14), les carnets de stage avec portfolio ou portefeuille de recueil de tâches authentiques constitué par les étudiants, soit l'utilisation de vignettes (15).

☞ Dixième recommandation : *Décliner cette formation tout au long du curriculum*

Le professionnalisme est l'axe central, le sens de la formation médicale autour duquel se construisent les connaissances biomédicales dont le caractère est plus scientifique au sens classique du terme. L'éthique médicale étant une composante de la compétence du médecin (11), son intégration doit logiquement porter sur l'ensemble du cursus avec un renforcement spécifique lors des *stages* où qu'ils soient. La progression pédagogique doit être assurée par la complexité croissante des tâches confiées au futur médecin selon son niveau de formation. Toute tâche médicale authentique comporte une démarche éthique puisqu'elle implique nécessairement autrui. Certaines d'entre elles font surgir un réel dilemme éthique pour l'étudiant même au tout début de la formation. Le curriculum doit prévoir la réalisation de celles-ci, proportionnées au niveau d'apprentissage déjà atteint par l'étudiant. Ces tâches permettent l'apprentissage de la résolution éthique et fournissent des occasions d'évaluation formative de cet apprentissage (12).

☞ Onzième recommandation : *Evaluer la formation au professionnalisme.*

On connaît déjà la nécessité et les difficultés de l'évaluation du professionnalisme et en particulier des compétences éthiques des futurs médecins (12, 14). Cela est nécessaire mais non suffisant. L'évaluation de l'enseignement et des enseignants, tout aussi indispensable et difficile apparaît devoir être mise en œuvre systématiquement dans toutes les facultés dans ce domaine précis. N'est-ce pas la responsabilité, on pourrait dire le "professionnalisme", de l'institution elle-

même ? Il s'agit d'une véritable démarche qualité de l'enseignement et de la seule méthode permettant d'orienter concrètement l'action des Facultés et des enseignants impliqués (16, 17).

DISCUSSION

Nous aborderons la stratégie de ce changement important puisqu'il s'agit d'une réforme globale du cursus. Les conditions de succès de l'implantation d'une réforme globale des études et de la pédagogie associée ont bien été identifiées par R. COLIN (19).

La prudence impose que les risques d'échec immédiat de la mise en place d'un tel programme de formation soient envisagés *a priori* afin de les prévenir au mieux :

Ainsi, il faut anticiper le rejet éventuel par une partie du corps enseignant du cadre conceptuel qu'il s'agisse de celui du professionnalisme et de l'expert professionnel, voire même de l'éthique, d'autant qu'il s'agit de sujets sensibles... Les arguments classiques ne sont-ils pas "ne faisons pas d'intellectualisme", "évitons le jargon" etc. ? Par ailleurs, le caractère indispensable et urgent de cette planification sera réfuté d'autant plus facilement par les enseignants qu'il y aura en parallèle d'autres efforts à mener en particulier dans les domaines des soins et de la recherche. Le pire des scénarii est l'entrée en scène d'autres réformes nécessaires concurrentes mobilisant les énergies. Il faudra donc au préalable identifier s'il y a dans la Faculté une perception d'un besoin réel de changement (minoritaire ? majoritaire ?). Un groupe de réflexion peut rechercher les facteurs potentiels que l'on veut présenter à l'ensemble de la collectivité et qui militent pour envisager une évolution dans le domaine du professionnalisme. La nécessité d'une réflexion inter et transdisciplinaire est toujours difficile à organiser car les enseignants sont habitués à vivre dans leur "tour d'ivoire". Il faudra élaborer par une méthode participative la plus large les objectifs institutionnels et généraux de la formation car ces objectifs sont les piliers fondamentaux. Il s'agit d'utiliser la stratégie recommandée pour l'élaboration des consensus. Les recommandations de la CIDMEF peuvent ici jouer un rôle important à condition d'éviter de les présenter comme LE référentiel obligatoire, qui pourrait être vécu comme une contrainte externe démotivante. Les objectifs généraux doivent *in fine* être présentés en commission plénière des enseignants, approuvés par un vote solennel puis diffusés. Il y aura donc une stratégie de communication et d'appropriation de la nécessité d'engager cette réforme par les enseignants.

La deuxième étape est celle du développement du programme. La rédaction d'objectifs d'apprentissage en commun nécessite la mobilisation du plus grand nombre possible de collègues qui perçoivent à travers la méthode participative que les innovations qu'on proposera ne leur seront pas imposées, mais basées sur des perspectives identifiées et des cibles communes. En d'autres termes il s'agit toujours de favoriser l'appropriation du projet. Il faut aussi savoir que l'intégration d'un nouvel enseignement présente un risque d'échec s'il consiste simplement à rajouter des heures. Le rôle d'un Comité des études (dénommé souvent comité des programmes) réellement décisionnel mais impartial est ici important. La répartition des enseignements consiste aussi en la désignation des intervenants, c'est à dire l'identification de personnes ressources internes et externes avec les enjeux de

pouvoir que cela entraîne ; cette phase est d'autant plus délicate qu'une structure spécifique dotée de moyens est mise en place. Il est nécessaire d'envisager que les responsables, compte tenu de leur tâche future, acquièrent au besoin une compétence dans le domaine du professionnalisme et dans celui du changement organisationnel. Ils doivent être connus de la communauté enseignante et avoir un mandat clairement établi, émanant des instances dirigeantes, et en particulier le Doyen, pour conduire le changement. Ceci est important pour leur crédibilité. Il est peu souhaitable que le Doyen soit la personnalité chargée spécifiquement de la réforme. L'ampleur de cette tâche peut être incompatible avec celles déjà très lourdes du Doyen. Des experts extérieurs indépendants ayant accès aux informations et pouvant rencontrer les différents acteurs de la Faculté peuvent être utiles en cas de blocage.

Avant de décider d'évaluer la formation au professionnalisme, il apparaît logique de mettre en place un système global d'évaluation de l'enseignement si cela n'existe pas. Cette décision est par elle-même lourde et très contraignante, sauf si l'évaluation de ce nouvel enseignement devient l'occasion d'expérimenter (et donc d'introduire) dans la Faculté un système d'évaluation de l'enseignement.

Globalement, le changement imposé ou à marche forcée est souvent voué à l'échec. Ceci signifie qu'il faut souvent du temps (des années) pour franchir les différentes étapes: conception, planification, mise en œuvre, développement et évaluation. Tous les acteurs de la Faculté doivent se sentir assez co-responsables et co-propriétaires du changement pour entraîner toute la communauté enseignante dans ce changement culturel. Ils doivent comprendre qu'il y aura un bénéfice pour eux-mêmes, pour les étudiants, pour l'institution, pour la Société. La réussite est conditionnée fortement par la confiance dans les responsables et le soin qu'ils mettent à la mériter, par le respect mutuel de chacun, par la confiance dans l'intérêt du projet. L'évaluation du changement doit débiter précocement. Elle a pour but de vérifier et de piloter l'atteinte des objectifs et notamment de rendre compte de la réalité de changement auprès des enseignants et des étudiants. L'évaluation des résultats est difficile, mais elle préoccupe toujours les acteurs du changement (hélas encore plus les détracteurs).

REMERCIEMENTS :

- Au Conseil Pédagogique de la CIDMEF :

Président : J.H. BARRIER (Nantes), membres : N. BACHIR-BOUIADJRA (Oran), A. BELMAHI, Président de la CIDMEF (Rabat), J.M. BOLES (Brest), B. CHARLIN (Montréal), J.L. DEBRU (Grenoble), J.F. DENEFF (Louvain), P. FARAH (Beyrouth), Ph. ISIDORI (Bordeaux), E. LEMARIE (Tours), R. MECHMECHE (Tunis), D. MOULIN (Louvain), N. PADONOU (Cotonou), P. POTVIN (Québec), P. RAKATOBÉ (Antananarivo), J. ROLAND (Nancy), M.A. SOSSO (Yaoundé), M. TRAORE (Bamako), A. ZAHAF (Sfax), N. ZEROUALI (Casablanca).

- Au Cercle des Experts en Pédagogie Collaborateurs de la CIDMEF :

O. ARMSTRONG (Nantes), C. BELKAHIA (Tunis), J.L. BERNARD (Marseille), Ch. BINET (Tours), F. BONNAUD (Limoges), L. BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke),

J.M. CHABOT (Paris), R. COLIN (Rouen), L. COTE (Québec), R. DARBOUX (Cotonou), G. EDAN (Rennes), S.F. EHUA (Abidjan), A.S. ESSOUSSI (Sousse), M. FICHE (Lausanne), Y. HYJAZI (Conakry), J. JOUQUAN (Brest), A.K. KOUMARE (Bamako), H. LOUESLATI (Tunis), Y. MAUGARS (Nantes), P. MIRCEA (Cluj-Napoca), M.E. MOISE (Port-Au-Prince), E. NGOU-MILAMA (Libreville), S. NORMAND (Montréal), Ch.. NU VIET VU (Genève), R.M. OUMINGA (Ouagadougou), N RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA (Mahajanga), M. TOURE (Dakar), J. WEBER (Rouen).

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Boelen C, Meck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des Facultés de Médecine O.M.S., ed. Genève 2000.
- 2- Barrier JH. Enjeux et risques de la formation médicale initiale dans les années futures Ann med interne 2001 152 : 491-493
- 3- Guiraud-Chaumeil B et Didier JP, Groupe de travail de la Conférence des doyens « formation initiale au regard de l' exercice et de la place du médecin dans la société . perspective 2010 » 1991
- 4- Cordier A. Ethique et professions de santé, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Mai 2003
- 5- Regher G, Norman GR. Issues in cognitive psychology :implications for professional education. Acad Med, 1996 ;71 :988-1001
- 6- Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, medical professionalism in the new millennium: a physician' charter. Ann Intern Med, 2002; 163: 243-246
- 7- Hébert PC, Meslin EM, E V Dunn. Measuring the ethical sensitivity of medical students : a study at the University of Toronto. Journal of Medical Ethics, 1992, 18 : 142-147
- 8- Barrier JH , Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Les étudiants en médecine sont-ils capables d'aborder des problèmes d' éthique médicale durant leur stage hospitalier en Médecine Interne? soumis à publication.
- 9- Llorca G L'enseignement de l'éthique dans les facultés de médecine francophones. Rapport d'une enquête conduite au sein des membres de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), 15èmes Journées Universitaires Francophones de pédagogie médicale Nancy avril 2003.
- 10- Vinay P, Roland J, 15èmes Journées Universitaires Francophones de pédagogie médicale Nancy 22-25 avril 2003 volume des communications in <http://www.CIDMEF.u-bordeaux2.fr>
- 11- Hafferty FW et Francks R. The hidden curriculum, Academic Medicine 1994; 69 : 861-871
- 12- Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Jeliu G, Brazeau-Lamontagne L. L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. Pédagogie médicale 2001 ; 2 :71-79.
- 13- Brazeau-Lamontagne L. L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. Pédagogie médicale 2002 ; 3: 152-158.
- 14- Patenaude J. Enseignement et évaluation en éthique médicale: pourquoi s' en préoccuper? Pédagogie Médicale 2002, 3 : 133-134
- 15- 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(8), 479-84.
- 16- Bonnaud A, Barrier JH, Dabouis G et Mouzard A. Evaluation de la capacité des étudiants en 2e année de médecine à repérer cinq dimensions de l' approche centrée sur le patient à partir d' une vignette clinique papier. Pédagogie Médicale 2003, 4: 154-162

17- Marcoux H, Patenaude J. L' éthique dans la formation médicale . Où en sommes-nous ? Où allons nous? *Pédagogie Médicale* 2000, 1: 23-30

18- Llorca G. Ethique et formation médicale. Révision des concepts. *Pédagogie Médicale* 2003: 169-179

19- Colin R Entretien avec Raymond Colin. *Pédagogie Médicale* 2003; 4: 127-128

*Jacques H Barrier(1), Lucie Brazeau-Lamontagne(2),
Raymond Colin (3), André Quinton (4), Guy Llorca (5),
Francis Somian Ehua (6), B.A. Mehadji (7) et le Conseil pédagogique de la
Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine
d'Expression Française (8)*

*(1) Département de FMC et de Développement Pédagogique
de la Faculté de Médecine de Nantes (France)*

(2) Faculté de Médecine de Sherbrooke (Canada- Québec)

(3) Faculté de Médecine de Rouen (F),

(4) Faculté de Médecine de Bordeaux (F),

(5) Faculté de Médecine de Lyon (F),

(6) Faculté de Médecine d' Abidjan (Côte d' Ivoire)

(7) Faculté de Médecine de Marrakech

(8) Liste des membres et experts collaborateurs en fin d'article

CHARTRE DE L'ÉTHIQUE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

*Conférence Internationale des Doyens
et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)*

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine s'applique à deux domaines :

- L'éthique de l'institution (dans ses activités de formation et de recherche)
- La formation initiale et continue à l'éthique médicale.

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine est un engagement moral que les Facultés de Médecine prennent entre elles. À cet égard, les responsables des Facultés de Médecine ou Facultés des Sciences de la Santé réunies dans la CIDMEF peuvent compter sur la solidarité et l'appui de la Conférence et des autres Facultés membres.

Pour assurer sa pertinence, la charte est évaluée, explicitée et améliorée périodiquement.

I – PREAMBULE

Toutes les Facultés de Médecine fondent l'ensemble de leurs activités sur les valeurs qui inspirent le respect de la dignité de la personne humaine et la solidarité. Ces valeurs universelles ont vocation de régir les liens entre les acteurs du système de santé : malades, médecins, enseignants, chercheurs et étudiants. Elles imposent à chaque Faculté le respect de ses engagements envers les étudiants qu'elle forme, envers les enseignants et chercheurs qui assurent sa dynamique et envers les institutions qui lui sont affiliées. Sa responsabilité envers la Société requiert de chaque Faculté d'optimiser la qualité des formations et des recherches qui sont organisées en son sein.

Chaque Faculté de Médecine se conforme aux textes législatifs et réglementaires en vigueur dans sa communauté nationale. Lorsque les activités dont elle est en charge ne font pas l'objet d'une codification juridique, ou que cette codification n'est pas suffisamment explicite, la Faculté doit s'inspirer des recommandations des comités d'éthique nationaux et/ou internationaux. Dans tous les cas, les Facultés de Médecine fondent leurs activités sur le respect des Droits de l'Homme.

II - LES MISSIONS DES FACULTES DE MEDECINE

Chaque Faculté définit ses objectifs institutionnels : ils sont adaptés à la société afin qu'ils répondent aux besoins de santé de la population et des individus qui la composent.

Le but de l'enseignement dans les Facultés de Médecine est de former un médecin responsable, c'est-à-dire un Homme de Science à l'écoute et au service d'une population, capable de prendre soin de la santé individuelle et collective des

personnes qui se confient à lui, ou que la société lui confie. À cet effet, chaque Faculté cherche à concilier les réponses aux besoins de santé de chacun et les exigences de répartition équitable entre tous des ressources sanitaires disponibles. De ce fait, la formation initiale et continue à l'éthique médicale se situe parmi les priorités éducatives de la Faculté.

Le but de la recherche faite en Faculté de Médecine est la production de savoirs pour le bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tienne compte des répercussions sur l'environnement, les individus et la société.

Pour ses prestations de services, chaque Faculté de Médecine a un partenariat avec les autres acteurs du système de santé ; l'objectif est d'assurer le meilleur niveau de santé pour l'ensemble des citoyens en respectant un esprit d'équité et une utilisation optimale des moyens.

De ces principes inspirant les missions et prestations des Facultés de Médecine il découle que la finalité de la formation médicale et de la recherche médicale ne peut être essentiellement d'ordre lucratif.

De ces mêmes principes, il ressort que les Facultés de Médecine assurent l'évaluation de leurs activités.

III - LES PERSONNES RESSOURCES DES FACULTES DE MEDECINE POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

Les critères de sélection des personnes ressources sont les compétences professionnelles spécifiques à chaque fonction dans le respect des objectifs institutionnels et en accord avec les buts assignés à la formation médicale tels qu'ils ont été définis dans la Faculté. Le recrutement et la promotion des personnes ressources en enseignement, en recherche, en soutien technique et administratif par la faculté de médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables et transparents, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'âge, à l'appartenance socio-économique, politique ou religieuse.

Tous les enseignants et/ou chercheurs, ainsi que les personnes de soutien technique et administratif doivent accepter le principe du regard et de l'appréciation éthique d'un tiers pour tout ce qu'ils entreprennent de faire dans leurs missions.

IV - L'ETHIQUE DE L'APPRENTISSAGE DES ETUDIANTS EN MEDECINE

Concernant les étudiants en Médecine :

L'entrée et la sélection durant les études à la Faculté de Médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'appartenance socioéconomique, politique ou religieuse. Les seuls critères retenus sont en accord avec les buts inhérents à la formation médicale tel qu'il a été défini et avec les capacités individuelles de l'étudiant.

La Faculté de Médecine assure à tous les étudiants en formation initiale et à tous les praticiens en formation continue l'équité de l'accès aux moyens d'apprentissage dans le respect des objectifs qu'elle a fixés et en optimisant les moyens dont elle dispose.

Concernant la participation des malades à l'enseignement médical :

La formation initiale et continue des médecins et autres professionnels de santé est un processus d'acquisition de compétences professionnelles. Cette formation requiert la pratique. De ce fait, les médecins et autres professionnels de santé ont besoin de la participation des malades à leur formation. Ces malades peuvent être invités à la Faculté; ils peuvent être sollicités durant leur séjour hospitalo-universitaire ou dans d'autres structures hospitalières ou extra - hospitalières.

De ce fait, dans les ententes qui les lient aux institutions de soins, les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et le consentement des personnes malades se prêtant à l'enseignement.

Concernant l'organisation des études et des stages:

Chaque Faculté de Médecine doit promouvoir pour elle même et avec les institutions partenaires des recommandations et des procédures visant la qualité éthique des études et des stages en accord avec le but de la formation médicale. Elle doit garantir la qualité éthique des formations dont elle est directement responsable

Concernant les savoirs enseignés :

Chaque Faculté de Médecine est responsable de la dimension éthique de l'utilisation des savoirs qui sont dispensés au cours de ses programmes d'études : ces savoirs enseignés ne sont pas obligatoirement neutres au regard de ce qu'ils impliquent : dans toutes leurs dimensions, ils doivent impérativement respecter la dignité de la personne humaine.

V - L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE EN FACULTE DE MEDECINE

Chaque Faculté de Médecine adosse sa recherche universitaire aux principes de l'humanisme et de la qualité scientifique.

Concernant les étudiants participant aux recherches :

Les étudiants agissant comme des personnes ressources pour la recherche doivent bénéficier de la même considération que les autres personnels de recherche, qu'il s'agisse d'une part des conditions générales de travail et d'autre part des critères de sélection et d'évaluation.

Concernant les laboratoires de recherche des Facultés de Médecine :

Les thématiques et les méthodes sont choisies selon les meilleurs effets escomptés et selon les retombées les plus bénéfiques autant pour les personnes sujets de recherches que pour la population. Ces choix ne peuvent justifier la perte d'indépendance professionnelle des chercheurs ou de la Faculté de Médecine elle-même. Ces choix impliquent le respect de la dignité de la personne humaine.

L'analyse et la divulgation des résultats de recherche assurent la protection des personnes concernées selon le principe de la confidentialité médicale.

Par ses activités de recherche, chaque chercheur relié à la Faculté contribue au renom de sa structure propre ainsi qu'à celui de l'institution elle-même, dans le respect des autres chercheurs.

Concernant les malades participant à la recherche :

Les médecins et autres professionnels de santé ont parfois besoin de la participation de personnes malades à leurs recherches. Dans les ententes qui les lient aux malades et aux institutions de soins les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et l'autonomie des malades se prêtant à la recherche en tenant compte des principes de bienfaisance. Ce même respect de la dignité de la personne humaine est exigé lors de la participation de volontaires sains. Des règles d'éthique rigoureuses doivent être appliquées lors de dons de corps, d'organes et de produits humains en *post mortem* pour la recherche ou l'enseignement ; elles respectent dans tous les cas la volonté des donateurs quand elle a été exprimée et les lois en vigueur dans le pays.

Concernant l'utilisation et la valorisation des savoirs issus de la recherche :

Les Facultés de Médecine sont responsables de la dimension éthique des savoirs issus des recherches menées sous leur égide. Il est rappelé que la production de savoirs par la recherche sous l'égide des Facultés de Médecine a pour but un bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tient compte des répercussions éventuelles sur l'environnement, les individus et la société.

Les savoirs issus des travaux de recherche ne sont pas obligatoirement neutres et ont un aspect éthique dont les investigateurs sont appelés par les Facultés de Médecine à prendre la mesure. Leur utilisation ne peut être considérée éthique que si elle respecte certains critères dont le principal est le respect de la dignité de la personne humaine.

Les retombées et bénéfices éventuels doivent profiter à tous les acteurs de la recherche au premier rang desquels il y a les malades concernés.

Tous les chercheurs y compris les étudiants doivent profiter des retombées scientifiques à proportion de leur participation active aux travaux, à la condition que cela n'entache pas leur indépendance professionnelle que ce soit dans leurs activités de soins, de recherche ou d'enseignement. Les Facultés doivent assurer aux chercheurs, y compris les étudiants impliqués, la reconnaissance de leur propriété intellectuelle.

VI - L'ETHIQUE DE LA COOPERATION DES FACULTES DE MEDECINE

La coopération concernant l'enseignement comme la recherche est mise en œuvre avec des institutions dans des pays pouvant avoir des niveaux de développement différents. Dans ces ententes de coopération, chaque Faculté de

Médecine reconnaît les mêmes valeurs centrées sur la dignité humaine, applique les mêmes critères centrés sur le principe de justice et respecte les mêmes engagements de transparence et de responsabilité que dans ses ententes nationales ou régionales .

VII - L'APPRENTISSAGE DE L'ETHIQUE MEDICALE

Chaque Faculté de Médecine a un programme de formation explicite au professionnalisme médical, lequel inclut la formation initiale et continue à l'éthique médicale.

N.B. : Le rapport d'étape de la rédaction de la charte a fait l'objet d'une conférence (J. BARRIER) aux XVe J.U.F.P.M. de Nancy.

COMITE DE LA CHARTE DE L' ETHIQUE DES FACULTES DE MEDECINE

Coordonnateur :

- Pr J.H. BARRIER, *Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF, Nantes (France)*

Secrétariat :

- Pr L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, *Professeure titulaire de Radiologie ; Présidente de l'Association des Professeures et Professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (APPFMUS)*

Ont coopéré :

- Pr Mario ALVAREZ, *Doyen de la Faculté de Médecine d'Etat de Port au Prince (Haïti)*
- Pr Nourredine BACHIR-BOUIADJRA, *Doyen de la Faculté de Médecine d'Oran (Algérie)*
- Pr Geneviève BARRIER-JACOB, *ancien membre du Comité Consultatif National d'Ethique de France (Paris, France)*
- Pr Abdelmajid BELMAHI, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Rabat (Maroc), ancien Ministre de la Santé, Président de la CIDMEF*
- Pr Abdelatif BENMATI, *Doyen de la Faculté de Médecine de Constantine (Algérie)*
- Dr Charles BOELEN, *Consultant international en systèmes et personnels de santé ; Ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la Santé (Genève, Suisse)*
- Pr André BONNIN, *Université Médicale Virtuelle Francophone (Paris, France)*
- Pr Bernard CHARPENTIER, *Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine Françaises, 1^{er} Vice-Président de la CIDMEF (Paris, France)*
- Pr Raymond COLIN, *ancien Vice Doyen aux études de la Faculté de Médecine de Rouen (France)*
- Pr Luc COTÉ, *Professeur titulaire de Médecine Familiale et Directeur du Centre de Développement Pédagogique de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec, Canada)*
- Pr Gérard DABOUIS, *service d'Oncologie Médicale et de Soins Palliatifs, CHU de Nantes (France)*
- Pr Michel DETILLEUX, *Conseil National de l'Ordre des Médecins de France (Paris, France)*
- Pr Somian F. EHUA, *Chirurgien, Responsable de la Cellule Pédagogique de la Faculté de Médecine d' Abidjan (Côte d'Ivoire)*
- Pr Sahloul A. ESSOUSSI, *Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie)*
- Pr Pierre FARAH, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine St Joseph (Beyrouth, Liban), ancien Président de la CIDMEF*
- Pr J.P. FRANCKE, *Secrétaire Général de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine de France, Doyen de la Faculté de médecine de Lille (France)*
- Pr Jacques FRENETTE, *Médecin Généraliste, Vice-Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec, Canada)*

- Pr Abdelaziz GHACHEM, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis (Tunisie)*
- Pr Bernard GAY, *ancien Président du Collège National des Généralistes Enseignants de France (Bordeaux, France)*
- Pr Roger GIL, *Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers (France)*
- Pr André GOUAZÉ, *Président Fondateur, Directeur Général de la CIDMEF (Tours, France)*
- Pr Roger GUILLEMIN, *Prix Nobel de Médecine, San Diego La Jolla (Etats Unis)*
- Pr Claude HURIET, *Sénateur Honoraire, Membre du Comité International de Bioéthique de l'UNESCO, Nancy (France)*
- Pr François JACOB, *Prix Nobel de Médecine (Paris, France)*
- Pr François LEMAIRE, *Réanimateur, Président de la Fondation Maurice Rapin (Paris, France)*
- Pr Guy LLORCA, *Professeur de Thérapeutique, Président du Comité d'éthique du C.H.U. de Lyon (France) et membre de l'Observatoire National d'Ethique Clinique.*
- Pr Hubert MARCOUX, *Président du Comité Départemental de l'Enseignement de l'Ethique en Médecine Familiale, Faculté de Médecine de l'Université Laval Québec (Canada)*
- Pr Badie A MEHADJI, *Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (Maroc)*
- Pr Petru MIRCEA, *Chargé de Mission à la CIDMEF ; ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Cluj-Napoca (Roumanie)*
- Pr Didier MOULIN, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr Koffi G. N'DAKENA, *Chef service Radiologie CHU Tokoin-Campus, Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie Université de Lomé (Togo)*
- Dr Jacques NDEMANGA KAMOUNE, *Urologue, ancien Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé (Bangui, République Centrafricaine)*
- Pr Moïse OLIVEIRA, *Ancien Recteur de l'Université de Libreville (Gabon)*
- Pr Rambré M. OUIMINGA, *ancien Secrétaire Général du CAMES, Membre du Conseil National d'Ethique (Ouagadougou, Burkina-Faso)*
- Pr Hélène PELLET, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine Lyon Grange Blanche (France)*
- Pr Pierre POTVIN, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Québec (Canada) ; Président du Conseil d'Evaluation de la CIDMEF*
- Pr Pascal RAKOTOBÉ, *Recteur de l'Université d'Antananarivo (Madagascar)*
- Pr Jacques ROLAND, *ancien Président de la Conférence Française des Doyens des Facultés de Médecine, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins (Nancy, France)*
- Pr Jean-Claude ROLLAND, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Tours ; (France) Directeur Général Adjoint de la CIDMEF*
- Pr Jean-Jacques ROMBOUTS, *Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr Marcel ROOZE, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Libre de Bruxelles (Belgique)*
- Pr Didier SICARD, *Président du Conseil Consultatif National d'Ethique de France (Paris, France)*
- Pr Moussa TRAORÉ, *Président de la Conférence Africaine des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CADMEF) (Bamako, Mali)*

- Mr Jean-Philippe SZYLOWICZ, *Ingénieur, ancien enseignant à l'Ecole Supérieure d'Electricité Paris (France)*
- Pr Nawar TEWFIK, *Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (Canada)*
- Pr Maurice SOSSO, *ancien Vice-Recteur de l'Université de Yaoundé (Cameroun)*
- Pr Dominique VANPEE, *Université Catholique de Louvain (Belgique)*
- Pr TÔN THẬT BACH, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine, ancien Recteur de l'Université (Hanoi, Viet-Nam)*
- Mr Gilbert VICENTE, *Secrétaire Général de la Faculté de Médecine de Strasbourg (France), Président de l'AUFEMO*
- Pr Patrick VINAY, *ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Montréal (Canada), ancien Président de la CIDMEF*

METHODOLOGIE DE REDACTION DE LA CHARTE

La décision de la rédaction d'une Charte de l'Éthique des Facultés de Médecine a été prise lors des réunions du Bureau Permanent et de la session plénière de la CIDMEF à Tours en mai 2001 après avoir entendu le rapport d'un atelier animé par J. BARRIER (Nantes, France), A. GHACHEM (Tunis, Tunisie) et M. OLIVEIRA (Libreville, Gabon) et composé de N. BACHIR-BOUIADJRA (Oran, Algérie), A. BELMAHI (Rabat, Maroc), P. CHEDID (Beyrouth, Liban), L. DEGAIL (INSERM Paris, France), J.F. DENEFF (Louvain Belgique), J. FOURCADE (Montpellier, France), A. MAAOUNI (Fès, Maroc), B.A. MEHADJI (Marrakech, Maroc), D. MOULIN (Louvain, Belgique), J. N'DEMANGA KAMOUNE (Bangui, Centrafrique), P. N'DUMBE (Yaoundé, Cameroun), D. THIAM (Dakar, Sénégal).

Un comité a alors été constitué (cf. liste supra) et a travaillé pendant 18 mois : une liste de discussion électronique a permis les échanges. Chaque proposition nouvelle a été intégrée dans le texte puis soumise à la discussion générale. La coordination de ce groupe de travail a été assurée par J. BARRIER (Nantes) et le secrétariat par L. BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke).

Les premières propositions du comité ont été revues par la CIDMEF (session plénière de Phnom Penh en février 2003) à l'issue d'un atelier auquel participaient :

- Pr J.H. BARRIER (Nantes, France), coordonnateur de la charte, animateur de l'atelier, et Pr A. BENMATI, Doyen de la Faculté de Constantine, Algérie, rapporteur.
- Les Doyens ou leur représentants :
 - F.F. ANGWAFO (Yaoundé, Cameroun),
 - A. CUCU (Brasov, Roumanie),
 - J.L. DEBRU (Grenoble, France),
 - Y. DJANHAN (Bouaké, Côte d'Ivoire),
 - I. GEORGESCU (Craiova, Roumanie),
 - R. GIL (Poitiers, France),
 - V. GLIGA (Tirgu Mures, Roumanie),
 - B.A. MEHADJI (Marrakech, Maroc),
 - N. MIU (Cjud-Napoca, Roumanie),
 - S.A. OULD MOGUEYA (Nouakchott, Mauritanie),
 - G.K. N'DAKENA (Lome, Togo),
 - J. NDEMANGA-KAMOUNE (Bangui, RCA),
 - A. NYAKAYIRO (Butaré, Rwanda),
 - J.J. ROMBOUTS (Louvain, Belgique),
 - D. THIAM (Dakar, Sénégal),
 - THOUVISOUK BOUNSAI (Vientiane, Laos),
 - TÔN THẬT BACH (Hanoï, Viet-Nam).

- Autres participants : R.M. OUMINGA (Ouagadougou, Burkina-Faso), Conseiller Permanent de la CIDMEF et ancien Secrétaire Général du CAMES ; C. BINET (Tours, France), Chargé de Mission Technologies éducatives CIDMEF et G. VICENTE (Strasbourg, France), Président de l'AUFEMO.

Le comité a repris ses échanges pendant quelques mois. Les propositions intermédiaires ont été exposées par J. Barrier en plénière lors des 15^e Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de Nancy (22-25 avril 2003). La problématique de l'apprentissage de l'éthique a fait l'objet d'un large examen de la collectivité enseignante francophone à plusieurs niveaux :

- Les résultats d'une enquête du Conseil Pédagogique de la CIDMEF sur l'apprentissage de l'éthique dans les Facultés de Médecine Francophones ont été rapportés par G. LLORCA.
- Un atelier de formation (L. BRAZEAU-LAMONTAGNE et J.H. BARRIER) sur l'apprentissage du raisonnement éthique (apprentissage de la démarche éthique ou comment acquérir des compétences éthiques ?).
- Un atelier stratégique destiné aux responsables des facultés sur "l'implantation d'un programme de formation à la professionnalisation des futurs médecins (de l'éthique à la relation médecin-patient) a réuni une centaine de participants (experts: J.H. BARRIER, L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, G. LLORCA).
- Une session de communications libres a permis d'échanger les expériences dans une vingtaine de facultés de médecine du monde francophone (citons Strasbourg, Dijon, Nantes, Angers, Lille, Brest, Louvain, Montréal, Beyrouth, etc.).

Les 12 mois suivants ont été l'occasion pour le comité de finaliser la charte avant proposition pour validation par le Bureau Permanent de la CIDMEF à Bordeaux les 14 et 15 mai 2004. Le Bureau Permanent a demandé que la Charte soit l'objet d'une évaluation et d'une mise en application dans l'ensemble des Facultés membres et qu'elle soit revue périodiquement à l'occasion des sessions plénières de la CIDMEF. Elle sera également traduite pour diffusion dans les milieux universitaires non francophones.

DOCUMENTS ET REFERENCES UTILISEES PAR LE COMITE DE LA CHARTE

- *Serment d'Hippocrate*
- *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*
- *Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Résolution 44/25 adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU le 20 Novembre 1989.*
- *Déclaration Universelle sur le génome humain et les droits de l'homme. Adoptée à la 29ème session de la conférence générale de l'UNESCO le 11 Novembre 1997.*
- *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen S Rials Ed Hachette Paris 1988.*
- *Association Médicale Mondiale*
 - o *Serment de Genève de l'Association Médicale Mondiale:*
 - o *Déclaration d' Helsinki*
 - o *51^{ème} Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale (octobre 1999) sur l'inclusion de l'éthique médicale et des droits de l'Homme dans les programmes des Ecoles de Médecine*
- *Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :*
 - o *Developing protocols for change in medical education. Ch. Boelen, J Des Marchais, C W Dohner, M P Kantrowitz OMS 1992 1.*
 - o *Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 1996. (réf. : WHO / HRH /96.1).*
 - o *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Ch. Boelen, J. Heck J. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2000 (réf.: WHO / HRH / 95.7).*
 - o *Universities and the health of the disadvantaged. Ed D S Blumenthal et Ch. Boelen OMS 2000*
 - o *Rapport des Journées d' Etudes Internationales de l' OMS et de la CIDMEF "la Faculté de Médecine et le médecin praticien du XXIème siècle", Bruxelles 9 –12 avril 1996, I Pelc et L Cassiers, Université Catholique de Louvain, Université Libre de Bruxelles, Fondation pour l'Etude et la Prévention des Maladies de Civilisation Ed Labor Bruxelles 1998*
- *Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, medical professionalism in the new millennium: a physician' charter. Ann Intern Med, 2002; 163: 243-246 traduction dans Pédagogie Médicale 2004, N°1*
- *Université Laval (Québec-Canada) :*

- *Déclaration des droits des étudiants et des étudiantes*
- *Règlement sur le harcèlement sexuel*
- *Code de Nuremberg*
- *Comité Consultatif National d' Ethique de France pour les sciences de la vie et de la Santé : La coopération dans le domaine de la Recherche Biomédicale entre équipes françaises et équipes de pays en voie de développement économique N°41 (18 décembre 1993). Actualisation dans l 'avis n° 78 " Inégalités d 'accès aux soins et dans la participation à la recherche à l 'échelle mondiale - progrès éthiques " du 18 septembre 2003.*
- *Déclaration d' Abidjan (conférence des ministres de l'enseignement supérieur et de la recherche des états et gouvernements ayant le français en partage), AUPELF-UREF Abidjan décembre 1993.*
- *Ethique et professions de santé. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. A Cordier Paris Mai 2003.*
- *La dignité de l'Homme. Actes du Colloque de la Sorbonne Paris Novembre 1992. Ed P Magnard Paris Champion 1995.*
- *De la dignité humaine. T de Koninck Ed PUF Paris 1995.*
- *Professionalisme et délibération éthique. G.A. Legault Ed Presses de l'Université du Québec 1999*

CONCLUSION SUR L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE

L'éthique médicale, après réflexion approfondie, doit figurer dans les programmes d'enseignement de Médecine. Mais d'ores et déjà, il faut admettre que son enseignement implique une culture philosophique de base solide, une bonne connaissance du milieu (culture, niveau socio-économique, traditions dans la pratique médicale du moment etc).

Tout en relevant la différence des contextes dans lesquels le médecin peut être amené à exercer sa profession, on peut s'entendre sur les notions ou principes à retenir en commun pour la définition et le contenu de l'enseignement de l'éthique dans les Facultés de Médecine. Par exemple :

- La position et le rôle d'une Faculté de Médecine dans la société,
- L'image (partagée par le corps enseignant et les organismes professionnels de santé) que le médecin devrait véhiculer auprès des malades et de l'opinion publique,
- L'apprentissage de l'éthique implique une formation étalée tout au long du cursus de l'étudiant.
- Le contenu qui doit être ouvert avec participation élargie des enseignants et des discussions.
- Il faut tenir compte de la notion d'équipe, sans négliger de s'ouvrir aux expertises reconnues même en dehors du milieu médical.
- Des réflexions périodiques portant sur l'enseignement de l'éthique au niveau de la CIDMEF (commission chargée de faire le bilan et la synthèse sur l'éthique).

*Professeur M. OLIVEIRA
Ancien Recteur de l'Université de Libreville (Gabon)*

Note de l'éditeur : M. OLIVEIRA ainsi que A. GHACHEM (Tunis) et M. SOSSO (Yaoundé) ont été les initiateurs de la prise en compte de la CIDMEF de la problématique de l'Éthique Médicale.

CONCLUSION DE LA MONOGRAPHIE

Cet ouvrage réunit les résultats des travaux des Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de Ouagadougou en 2001 et de Nancy en 2003. Il existait en effet une belle opportunité : ces deux congrès de Pédagogie Médicale avaient choisi pour thèmes principaux la responsabilité de la Faculté de Médecine vis à vis du corps social, des étudiants et des enseignants. C'est une approche quelque peu nouvelle, partagée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui a collaboré à ce travail, que de dire : "En tant que Faculté de Médecine, pouvons-nous prouver que nous répondons aux besoins réels de la population ?, aux besoins réels de nos étudiants ? Faisons-nous preuve pour cela de professionnalisme ?".

Il ne s'agit pas simplement d'un débat d'idées. Il s'agit d'engager une démarche qualité.

Un seul regret : celui de ne pas avoir inclus dans cet ouvrage les rapports du 2^e thème des Journées de Nancy : l'évaluation de l'enseignement et des programmes. Il nous a semblé que l'évaluation de l'enseignement devait faire l'objet, en raison de son importance, d'une opération spécifique de la CIDMEF à l'intention des responsables des Facultés de Médecine francophones. Cette opération a été lancée par K. KOUMARE (Bamako) sous la forme d'une enquête auprès des Facultés et va être poursuivie avec l'aide de S. NORMAND (Montréal) et de P. POTTIER (Nantes). L'évaluation des programmes est une opération déjà bien avancée de la CIDMEF (P. POTVIN de Québec).

Une grande satisfaction : la naissance de la Charte de l'Ethique des Facultés de Médecine. Affirmer solennellement les valeurs universitaires qui unissent nos Facultés et nos Universités Médicales apparaissait une urgence au moment où certains et parfois même des organisations internationales comme l'Organisation Mondiale du Commerce, émettent l'idée que les institutions de formation professionnelles et universitaires ne puissent être que des entreprises commerciales...

*Professeur J.H. BARRIERE
Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF*

- Aux Président des J.U.F.P.M. de Ouagadougou (Doyen A. SANOU) et de Nancy (Doyen J. ROLAND) ainsi qu'aux Comités Locaux d'Organisation - A.S. TRAORÉ, R.M. OUIMINGA, Y.J. DRABO (Ouagadougou) et M. BRAUN (Nancy).
- Aux responsables des Universités de Nantes (France), de Bordeaux (France) et de Sherbrooke (Canada) pour avoir assuré la disponibilité de moyens et des enseignants qui ont coordonné une grande partie des travaux ici publiés.
- Au Personnel du Département de F.M.C. et de Développement Pédagogique à la Faculté de Médecine de Nantes et plus particulièrement à Madame G. BLANCHET qui a assuré la mise en forme de cette monographie.
- Au Personnel de la Médiathèque Centrale de la CIDMEF (Directeur Ph. ISIDORI, Secrétariat H. VAISSIÉ et C. MICHENAUD) au sein du Département de Communication Audiovisuelle et Multimédia de l'Université de Bordeaux 2.
- Au Conseil Pédagogique et au Cercle des Experts Collaborateurs de la CIDMEF.
- A l'Association pour le Développement des Sciences de l'Education et des Didactiques Médicales Francophones (A.D.S.E.D.M.F.)
- A tous les partenaires de la CIDMEF pour les J.U.F.P.M. : les laboratoires AVENTIS, Pierre FABRE, SANOFI SYNTHELABO, B.M.S.-UPSA, NOVARTIS, BIOGEN, PFIZER, SERVIER.

- Nous remercions plus particulièrement le Docteur Jean NAU, Directeur de la Communication des Laboratoires AVENTIS qui a soutenu la publication de cette monographie.

Aventis est fortement impliqué dans la formation médicale continue et a développé des outils ambitieux et originaux, au sein de partenariats noués avec des professionnels de la formation, dans le respect des dispositions désormais légales. Les sessions de Net-FMC, un type de conférences en ligne pour les médecins difficiles à joindre, en sont un exemple récent.

Soutenir l'effort de formation des futurs praticiens représente également depuis de nombreuses années un engagement fort d'Aventis. Organisation d'internats blancs, édition de CD-Rom de diffusion des connaissances, mise à disposition d'un site internet ouvert aux étudiants étrangers francophones, diffusion d'un guide du thésard, les outils sont multiples pour offrir un maximum de chances de réussite aux médecins de demain.

Dans le prolongement de cet engagement dans la formation médicale, Aventis a été heureux de pouvoir apporter sa contribution à l'action de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française, en particulier en soutenant l'édition de sa revue "Pédagogie Médicale".

Aujourd'hui, c'est par son soutien à l'impression de l'ouvrage "La Faculté de Médecine face à ses responsabilités sociales et éthiques" co-édité par la CIDMEF et l'OMS, qu'Aventis souhaite confirmer son implication dans la diffusion de l'enseignement médical francophone.