

Pourquoi et comment favoriser l'implication personnelle des étudiants en médecine dans l'apprentissage de l'éthique clinique ?¹

Cécile Bolly , médecin et chargée de cours
Université de Louvain et Haute Ecole Robert Schuman (Belgique)

Éduquer, ce n'est pas remplir des vases, mais c'est allumer des feux.
Montaigne

Résumé

Si c'est le rapport de soi à autrui qui constitue l'articulation principale de l'éthique clinique, son apprentissage par les soignants et futurs soignants nécessite une double dimension : d'une part le développement d'une sensibilité à autrui dans le quotidien de la pratique, d'autre part l'acquisition d'une capacité à argumenter chaque décision, à en répondre devant autrui.

Pour soutenir cet apprentissage qui met en jeu le sujet soignant, différents éléments propres à une démarche éthique doivent être pris en considération. Il s'agit par exemple de l'asymétrie de toute relation de soin, de l'intelligence émotionnelle, de la contextualisation, du savoir-ne-pas-agir, de la pratique réflexive.

À travers cette dernière, considérée comme la capacité à se prendre comme objet de sa propre réflexion, une recherche a permis de questionner l'évolution de l'implication personnelle d'étudiants en médecine tout au long de leur apprentissage de l'éthique clinique. Elle a mis en évidence d'une part des moments d'affleurement de la subjectivité dans cet apprentissage, d'autre part l'importance de la fonction cognitive d'une telle implication.

S'il est évident que l'implication personnelle ne s'enseigne pas à la manière d'un savoir ni même d'un savoir-faire, il est tout aussi vrai que les conditions qui favorisent son apprentissage doivent questionner les enseignants et trouver une place explicite dans l'élaboration d'un curriculum de formation. La condition ultime de l'apprentissage de l'éthique ne peut alors se concevoir que comme l'éthique de l'enseignement.

- ¹ *Pourquoi et comment favoriser l'implication personnelle des étudiants en médecine dans l'apprentissage de l'éthique clinique ?* in Les dossiers du GREE, Questions d'éthique et de formation en éducation et en santé, C. Gohier et F. Jutras (dir), série 3, n°2, Montréal, octobre 2016, https://gree.uqam.ca/upload/files/LDG_serie_3_no_2_final.pdf

Introduction

Complémentaire à l'éthique de la recherche et à l'éthique de la santé publique, l'éthique clinique a une place fondamentale dans le travail des soignants.

Nous l'envisageons comme le souci, pour chacun, de son propre rapport à autrui. Ce souci contient une double dimension : d'une part celle d'une sensibilité, d'une ouverture à l'autre en tant que sujet ; d'autre part celle d'une capacité à répondre de sa décision devant autrui (Legault, 2010). Ces deux dimensions complémentaires par rapport aux compétences qu'elles mettent en jeu le sont également par rapport au moment du soin dans lequel elles émergent. La sensibilité à l'autre constitue un « faire face immédiat » aux événements (Varela, 2004), tandis que la délibération constitue un processus médiat, organisé dans le but de prendre une décision. Le dénominateur commun à ces deux moments, attitude spontanée et délibération volontaire, nous permet de parler d'une éthique de l'attention.

La sensibilité à l'autre concerne l'accueil de celui qu'il est, avec la souffrance, la difficulté, l'attente qui sont les siennes au moment de la rencontre. Cet accueil nécessite une écoute profonde, articulant tout en finesse une écoute silencieuse et une écoute active. L'écoute silencieuse témoigne du sens de l'accueil que chaque soignant est appelé à cultiver s'il veut découvrir la dimension la plus subtile de son travail, en apprenant à entendre ce qui est inaudible et à regarder ce qui est invisible. Il s'agit d'une posture de vacuité intérieure, de disponibilité authentique, qui ne peut s'acquérir qu'au fil d'une expérience couplée à un travail sur soi. Au cœur de la relation, elle prolonge l'écoute du son du silence (Vigne, 2003) et lui fait écho. L'écoute active, qui lui est complémentaire, vise à développer une empathie par rapport à ce que l'autre vit et à initier une relation d'aide. Elle permet non seulement au soignant de mieux comprendre le patient, mais également au patient de mieux se comprendre lui-même et de sentir qu'il existe pour quelqu'un, quelle que soit l'étape de la vie qu'il traverse.

Avoir en soi suffisamment de présence que pour donner de l'importance à la vie chaque fois singulière de l'autre. Avoir en soi suffisamment de vacuité que pour ne rien lui imposer.

Les allers-retours entre ces deux parties de l'écoute, qui peuvent a priori sembler en opposition, ne sont pas seulement le propre de l'éthique ou de la vie psychique. Ils sont également le ferment de la spiritualité. Le Tao par exemple, l'évoque ainsi :

« Trente rayons convergent au moyeu, mais c'est le vide médian qui fait marcher le char. On façonne l'argile pour en faire des vases, mais c'est du vide interne que dépend leur usage. Une maison est percée de portes et de fenêtres, c'est encore le vide qui permet l'habitat. L'Être donne des possibilités, c'est par le Non-Être qu'on les utilise » (Lao Tseu, 1967, p.22).

Si l'écoute de l'autre constitue un préalable à l'éthique, l'écoute de soi constitue un préalable à l'écoute de l'autre. Ecouter – avec toute la subtilité nécessaire – le questionnement de l'autre quand il se trouve dans une situation de souffrance ou d'incertitude, nécessite que nous devenions capables d'accueillir et d'apprivoiser nos propres manques et notre propre incertitude de soignants.

Nous y reviendrons en développant les étapes d'une démarche d'éthique clinique.

La seconde dimension du souci de l'autre, est celle de la responsabilité du soignant dans le sens de la nécessaire capacité à répondre de sa décision devant autrui. En tant que sagesse pratique, l'éthique clinique exige en effet des réponses qui doivent s'actualiser dans l'action, en particulier dans la prise de décision au sein de situations complexes. Celles-ci nécessitent un processus d'analyse et de réflexion pour faire face à l'incertitude dans laquelle les intervenants sont parfois plongés. Au cœur de ces situations, délibérer sur la meilleure décision possible dans des circonstances chaque fois singulières nécessite (Legault, 2010)

- d'apprendre à dialoguer avec autrui
- d'utiliser des repères issus de différentes disciplines afin de pondérer et de justifier son choix en fonction des valeurs et des règles qui le sous-tendent, mais également des conséquences qu'il aura pour autrui et pour soi-même, et cela au sein d'une société donnée, à un moment précis, pour une équipe particulière
- de tenir compte de son propre désir, en tant que cause première du passage de l'intention à l'action.

Quand ces deux dimensions – celle d'une sensibilité à l'autre et celle de la capacité à répondre de ses choix - sont capables de se compléter et de se répondre, elles jettent les bases d'une éthique de l'attention, au cœur de laquelle peut se développer une liberté responsable. Il s'agit pour le soignant de la recherche d'une liberté qui s'ouvre à répondre de ses choix (Legault, 2010), d'une liberté qui ne peut pas être déliée d'une responsabilité envers le patient, comme le montrent les sources universelles de l'éthique que sont la solidarité et la responsabilité (Morin, 2015). On

découvre alors que le souci, pour chacun, de son propre rapport à autrui s'articule inévitablement à son propre rapport à soi-même, un peu comme l'horizontalité et la verticalité se croisent et se répondent au centre de l'Inukshuk, ce petit bonhomme de pierre construit par les Inuits dans les régions arctiques.

1. Une formation en question

A l'Université de Louvain (Bruxelles), la formation en éthique de tous les futurs médecins se fait actuellement au stade clinique, soit en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années.

Elle a été conçue en trois phases : en master 1, un enseignement magistral pour introduire les principaux concepts nécessaires ; en master 2, l'animation de séminaires pour favoriser l'analyse de situations complexes en petits groupes (de 5 à 7 étudiants) ; en master 3, l'accompagnement individuel des étudiants dans l'élaboration un travail personnel d'analyse d'une situation complexe vécue en stage.

Une recherche récente a été menée pour mieux comprendre la manière dont les étudiants en médecine peuvent s'approprier une démarche d'éthique clinique à travers la formation proposée.

A partir de 150 situations transcrites par 50 étudiants en fin de master 1, nous avons observé, à deux stades de leur apprentissage, les thèmes et les angles de vue préférentiellement mis en évidence par ces étudiants. Nous avons également cherché à savoir de quelle manière les étudiants s'impliquaient personnellement dans leur recherche d'argumentation. Finalement, nous leur avons demandé comment ils expliquaient l'évolution de leur propre implication.

1.1. Méthodologie

Deux grilles d'analyse ont été utilisées. La première correspondait à la « Rose des vents de l'éthique » (Bolly, 2013), un outil élaboré avec des étudiants pour leur permettre de structurer leur réflexion et de faire appel aux repères issus de différentes disciplines dans la recherche d'argumentation et dans la prise de décision. Les 6 angles de vue considérés dans cette grille sont les suivants : la réflexion philosophique (le sens de l'action, les valeurs) ; les normes juridiques, déontologiques et institutionnelles ; les enjeux socio-culturels et économiques (sociologie et économie de la santé, milieux culturels, croyances,...) ; les connaissances scientifiques (EBM, expérience, ...) ; le contexte relationnel (modes de relation et de communication, dynamique familiale, ...) ; le vécu personnel (ressenti, émotions, histoire de vie, ...). Dans notre recherche,

la variété des angles de vue était considérée comme peu importante si l'étudiant abordait maximum deux angles de vue. Elle était considérée comme importante si l'étudiant en abordait au moins cinq.

La seconde grille a été construite à partir d'une échelle de réflexivité utilisée en soins infirmiers (Saintonge et Gallagher, 2009). Les degrés d'implication pris en compte dans la recherche ont été les suivants : (1) Aucune trace d'implication personnelle ; (2) Traces d'implication personnelle dans le récit de la situation ou dans le titre de l'analyse ; (3) Traces d'implication personnelle dans le récit du malaise des soignants ; (4) Traces d'implication personnelle dans un « nous » professionnel au moment de l'analyse ; (5) Traces d'implication personnelle dans l'affirmation d'une influence de la situation sur sa pratique ; (6) Traces d'implication personnelle dans l'énoncé d'une démarche mise en œuvre, d'hypothèses à valider ; (7) Traces d'implication personnelle dans la projection au cœur d'une situation future, dans l'évocation d'un transfert possible dans sa propre pratique. Les étudiants réputés avoir un faible degré d'implication personnelle (niveaux 1 et 2) se contentaient par exemple de mentionner des normes externes « cf. code de déontologie » ou de citer « la loi relative au droit des patients ». D'autres ont été considérés comme ayant un fort degré d'implication personnelle (niveaux 5, 6 et 7). Ils mentionnaient par exemple le trouble et le questionnement que la situation avait provoqué en eux, ou bien ils évoquaient le type de décision qu'ils prendraient quand ils seraient médecins à leur tour.

L'utilisation de ces deux grilles a permis de répartir les étudiants en 4 catégories, suivant la variété des angles de vue abordés (+/-), ainsi que leur degré d'implication personnelle (+/-).

Parmi les cinquante étudiants arrivés en master 3, vingt ont été tirés au sort et seize ont accepté de collaborer à la recherche. Lors d'un entretien individuel, ils ont été invités à relire leurs 3 situations de départ (master 1) et à en proposer une nouvelle analyse.

Un guide d'entretien a été construit pour structurer la rencontre avec ces seize étudiants et pour mettre en évidence

- l'évolution éventuelle de la variété des angles de vue pris en compte ;
- l'évolution éventuelle de leur implication personnelle ;
- les raisons avancées par les étudiants pour expliquer cette évolution (ou non-évolution).

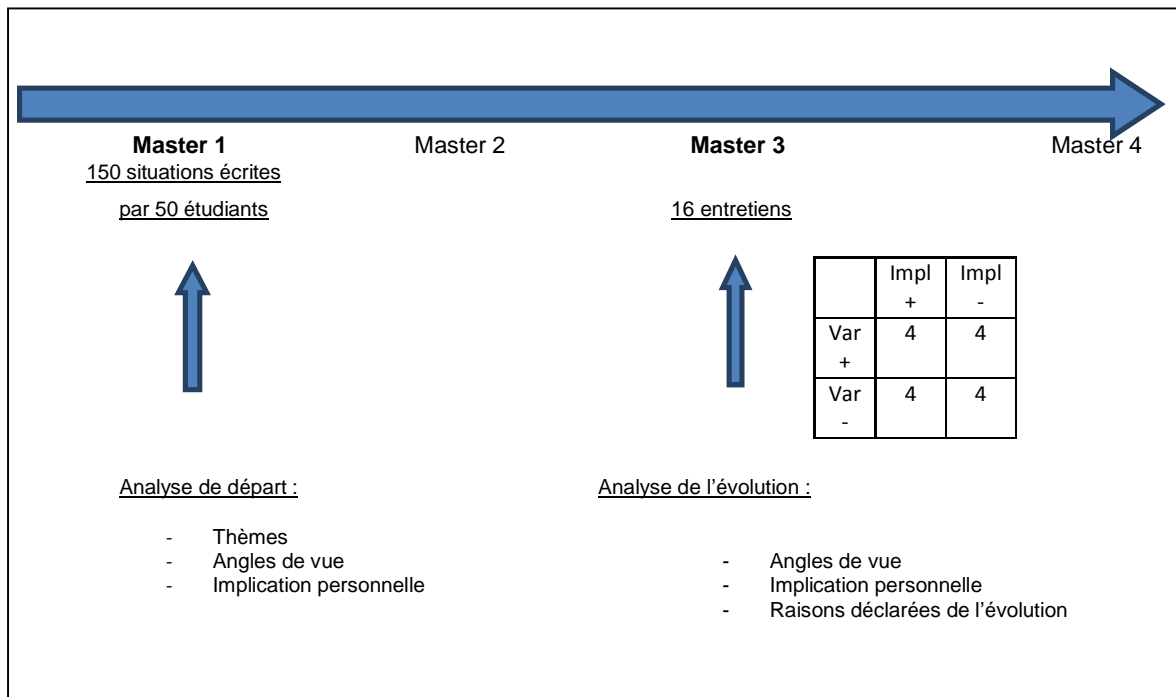


Figure 1. Questions et méthodologie de la recherche (d'après Bolly, 2012)

1.2. Quelques résultats

1.2.1. Les thèmes

Parmi les 14 thèmes de situations transcrites par les étudiants, quatre sont nettement plus fréquents que les autres : il s'agit du refus de soin, de l'annonce d'un diagnostic difficile, de la fin de vie et de la souffrance psychique des différents acteurs. Ils constituent à eux seuls 79% des thèmes abordés par les étudiants.

Ces quatre thèmes ont en commun de pouvoir être décrits comme des moments d'affleurement de la *subjectivité* (Ravez, 2011) : la leur, celle des patients, celle des proches. Ces moments de déstabilisation questionnent les professionnels en les confrontant à leurs limites, ce qui peut provoquer toutes sortes de réactions : sentiment d'être menacé dans sa fonction, culpabilité, agacement, agressivité, ... (Feldman, 2001). En les mettant en évidence, les étudiants montrent sans doute qu'à travers leur pratique, les professionnels disent quelque chose de fondamental d'eux-mêmes, de leur capacité à devenir, à être et à rester des soignants. Si, à travers leur formation scientifique, les étudiants ont bien compris que le moment de l'objectivation était nécessaire, ils perçoivent également que le soin appelle une approche subjective, qui seule, peut rendre compte de ce que vit le patient. Il semble assez logique qu'ils intègrent cette perception au

questionnement éthique qui, par essence, invite les soignants à s'interroger sur le sens de leurs actions. Le 5ème thème par ordre de fréquence est celui du choix du traitement, qui nécessite également l'engagement du médecin pour soigner le patient dans sa singularité tout autant que dans sa globalité d'être humain. A travers la subjectivité qu'ils abordent, les étudiants parlent sans doute également de l'aide dont ils ont besoin pour exprimer la leur. Celle-ci ne peut pas s'envisager sans évoquer l'importance du curriculum caché, formé par tout ce que l'institution véhicule de manière implicite (Brazeau-Lamontagne et Masson, 2006). On ne peut pas oublier non plus le modèle de rôle : il y a tout lieu de penser que l'attitude du formateur envers l'apprenant influence grandement l'attitude du futur professionnel envers le patient.

À travers la dimension de la subjectivité, c'est sans doute également celle de la vulnérabilité qui est mise en évidence par les étudiants : nous aurons l'occasion d'y revenir ci-après.

1.2.2. La variété des angles de vue et l'implication personnelle

Parmi les étudiants qui montrent une faible variété d'angles de vue en master 1, on trouve deux angles de vue qui sont nettement plus fréquemment cités que les autres : il s'agit d'une part des règles juridiques et déontologiques, d'autre part du contexte relationnel.

L'analyse de la deuxième variable, le degré d'implication des étudiants, permet de préciser deux profils : les étudiants faiblement impliqués sont ceux qui font essentiellement référence aux régulations normatives, tandis que les étudiants fortement impliqués questionnent davantage le contexte relationnel et le vécu personnel des différents acteurs.

- Parmi les étudiants qui montrent une faible variété d'angles de vue en master 1, on trouve deux angles de vue qui sont nettement plus fréquemment cités que les autres : il s'agit d'une part des règles juridiques et déontologiques, d'autre part du contexte relationnel.
- L'analyse de la deuxième variable, le degré d'implication des étudiants, permet de préciser deux profils : les étudiants faiblement impliqués sont ceux qui font essentiellement référence aux régulations normatives, tandis que les étudiants fortement impliqués questionnent davantage le contexte relationnel et le vécu personnel des différents acteurs.
- Parmi les étudiants dont la variété d'angles de vue est faible en master 1, l'utilisation des connaissances scientifiques n'augmente au fur et à mesure de leur apprentissage que s'ils montrent une implication élevée dès le début de leur formation en éthique. Si, au

contraire, ces étudiants ont une faible implication en master 1, ils ne montrent aucune évolution dans l'intégration des connaissances scientifiques à leur analyse.

- Entre master 1 et master 3, les étudiants qui montrent la plus nette évolution dans le nombre d'angles de vue utilisés, font partie du groupe d'étudiants fortement impliqués en master 1.
- Que les étudiants soient fortement ou faiblement impliqués en master 1 (soit à un moment préclinique), c'est le domaine des enjeux socio-culturels et économiques qui est le moins souvent cité. En master 3, soit après une certaine expérience clinique, ce domaine est nettement plus souvent mis en évidence.

Pour comprendre la différence entre les étudiants faiblement impliqués, qui font essentiellement référence aux régulations normatives dans leur analyse, et les étudiants fortement impliqués, qui questionnent davantage le contexte relationnel, ainsi que le vécu personnel des différents acteurs, on peut rappeler que les situations éthiques complexes sont entre autres caractérisées par l'incertitude qui y règne. Il est évident qu'une des manières de résoudre cette incertitude, c'est de mettre son propre doute en perspective avec la légalité de la décision ou de l'action envisagée et de faire ainsi référence à des normes externes plutôt qu'à des références internes. Cette réaction est d'autant plus compréhensible que, le droit est devenu « le mode privilégié de régulation sociale » (Legault, 2010, p.76) et que les raisons d'agir des professionnels sont donc en partie dictées par les conséquences juridiques potentielles des actes qu'ils posent. Il faut pourtant rappeler que l'analyse du raisonnement pratique en droit possède son propre degré d'incertitude, entre autres dans le passage du général au particulier (Legault, 2010), mais également que même dans l'Evidence Based Medicine, les recommandations issues de la recherche doivent être mises en perspectives avec la singularité de chaque situation. L'incertitude, qui est la règle dans de nombreuses situations, est donc ce qui nous oblige à la liberté responsable dont il a été question. Dans le souci que nous avons de l'autre, elle nous contraint à répondre de la décision que nous prenons. La conscience de l'incertitude et la découverte de repères pour y faire face sont dès lors des bras de levier essentiels dans l'apprentissage de l'éthique.

1.2.3. Les raisons déclarées de l'évolution

La recherche montre que quelle que soit la catégorie de départ, le degré d'implication personnelle augmente nettement en Master 3. Les étudiants l'expliquent avant tout par la pratique acquise

lors de leurs stages cliniques : « C'est dans les stages qu'on apprend tout. C'est les stages, la rencontre avec le patient tout simplement et aussi la rencontre de praticiens qui expliquent ce qu'ils font ».

Voici deux exemples d'évolution de l'implication personnelle entre master 1 et master 3. Le premier concerne un étudiant faiblement impliqué en master 1, le second concerne un étudiant qui était déjà fortement impliqué en master 1.

E22, en Master 1 : « Peut-on faire du chantage à un patient pour le forcer à dire la vérité ? cf Loi relative aux droits du patient, 22 août 2002 » (Impl 1)

E22, en Master 3 : « Au niveau du droit du patient, si c'est un mineur, la question est de savoir si le soignant peut annoncer aux parents que l'enfant invente, manipule. Mais est-ce qu'on ne trahit pas la confiance de l'enfant ? ...Au niveau économie de la santé, je voudrais poser la question d'hospitaliser un enfant qui n'en fait qu'à sa tête, alors que ça coûte cher. Je me souviens aussi qu'il appelait souvent le médecin, mais c'était le seul homme de l'équipe...c'était peut-être pour ça, comme un appel au secours ? » (Impl 6).

E3, en Master 1 :

« Comment ne pas accentuer la vulnérabilité de ce patient en voulant malgré tout prolonger son existence par élan de paternalisme (en se disant : « Quand il sera guéri, il me remerciera de l'avoir sauvé ») ? (Impl 5).

E3, en Master 3 :

« Ce qui me frappe, en relisant cette situation, c'est comme s'il y avait un fossé entre l'assistant et le patient. Il faut qu'il se fasse un pont entre le vécu du patient et les connaissances de l'assistant. C'est une construction qui prend du temps. Il n'y a pas eu écoute du vécu, mais réaction de protection : « Comme il ne veut pas de mon traitement, il n'entre pas dans ma logique, donc je le laisse à son triste sort ». C'est comme cela que je l'ai ressenti. Comment ne pas abandonner un patient quand sa décision ne correspond pas à celle qu'on attendait ? Je pense qu'il faut aller vers les gens, se rapprocher pour essayer de comprendre ce qu'ils vivent ; proposer des choses rationnelles ; s'éloigner pour analyser puis retourner vers le patient pour lui proposer de prendre lui-même position, mais en restant à ses côtés. C'est comme ça que je ferais. » (Impl 7).

Dans ces exemples, on constate entre autres le passage d'une référence aux seules régulations normatives à la prise en compte du contexte relationnel et du vécu personnel, l'intégration des connaissances scientifiques à l'analyse, ainsi que la présence d'une démarche réflexive, qui s'ouvre même à quelques pas de pédagogie.

Quand on questionne les étudiants sur ce qui, à l'intérieur des stages, leur permet de faire évoluer leur implication dans l'analyse de situations éthiques complexes, c'est en particulier le contact avec les patients qui est mis en exergue. Ils expliquent son intérêt de différentes manières :

- Le regard porté par les patients sur les stagiaires
« Avant, ils me voyaient comme une toute jeune, mais maintenant, ils m'appellent « docteur », ils me reconnaissent comme une professionnelle. Cela augmente mon assurance et ma confiance en moi ».
- Le fait de devoir réagir à des émotions :
« Parfois, c'est aussi de parler directement avec le patient qui m'aide. Une épouse qui pleure à l'extérieur de la chambre, une jeune sœur qui se met à pleurer... Je ne m'attendais pas à voir quelqu'un craquer, j'ai pu lui parler, l'encourager et j'ai dû vivre mes émotions, tout en restant à distance, sans pleurer.
- Qu'est-ce qui t'a aidé par rapport à tes émotions ?
- D'abord, ça m'a surpris : « Ouf, comment est-ce que je vais réagir ? » et pas « Oh, la pauvre, elle pleure ! ». Comment moi, est-ce que je vais me protéger, ne pas craquer ? C'est peut-être un mécanisme de défense. Je l'ai laissée pleurer, puis elle a arrêté. J'ai enchaîné avec des paroles. J'étais concentré sur ça. Je ne sais pas comment j'aurais fait si elle avait continué à pleurer».
- Le fait que les patients se posent des questions :
« C'est interpellant parce qu'on se dit qu'on ne s'est pas posé telle question alors qu'elle est pertinente ».
- Le fait de se mettre à la place du patient :
« Moi si j'étais à sa place, j'aimerais qu'on me dise ça ou ça. Quand je rentre de stage, il n'y a pas de médecin dans ma famille, donc quand je raconte à mes parents, ils réagissent comme s'ils étaient patients ».

Les étudiants se rendent également compte que la progression de leurs compétences cliniques leur permet de s'ouvrir plus facilement au questionnement éthique et parfois, de prendre une place active dans la réflexion d'une équipe.

Cependant, pour expliquer pourquoi c'est davantage le contact avec les patients plutôt que le contact avec les médecins maîtres de stage ou avec les autres soignants qui favorise leur implication personnelle, les étudiants évoquent avant tout l'influence de la hiérarchie. Ils avouent ne pas oser remettre en question l'avis de leur maître de stage, alors que c'est celui-ci qui les évaluera.

« C'est important de parler avec eux, mais ce n'est pas possible avec tous. J'ai peur que mes maîtres de stage se sentent remis en cause, qu'ils croient que ce que je leur dis c'est qu'ils ne font pas ça bien. C'est déjà le cas pour les traitements, il ne faut pas demander pour le relationnel. Heureusement il y en a qui expliquent le relationnel ».

« Ici dans cet hôpital, je n'oserais pas leur parler. Les patrons font peur aux stagiaires. Ailleurs peut-être, mais ici, je me verrais mal dire à mon patron « je n'aurais pas fait comme ça ». J'émettrais peut-être une hypothèse. Mais souvent, les patrons ont une position très au-dessus de nous, c'est très hiérarchisé. On ne demande pas l'avis du stagiaire. Donc quand on le donne, il faut être sûr de soi et bien l'argumenter.

- Tu trouves qu'il y a peu de dialogue avec les maîtres de stage ?

- Oui, c'est plus entre stagiaires ou éventuellement avec les assistants qu'on en parle parfois, mais pas avec les patrons.

- Les assistants vous aident un peu ?

- Oui, ils nous demandent notre avis. Quand ils sont tout seuls, ils aiment bien avoir un avis. Et puis on a presque leur âge donc ils nous écoutent un peu plus ».

A partir de ces éléments, on voit que pour approfondir cette recherche, il serait intéressant d'intégrer davantage les conditions d'exercice de la relation médecin/patient, mais également celles de la relation médecin/stagiaire, afin de mettre en évidence les conditions d'exercice de la pratique qui pèsent sur la dimension éthique du soin (par exemple le rapport au temps ou encore la dimension hiérarchique des relations). Il s'agit là d'enjeux plus politiques, que nous n'avons pas eu l'occasion d'aborder dans cette recherche et qui dépassent le cadre de ce texte.

Les étudiants interrogés ont également mis en évidence l'importance des cours d'éthique dans les raisons de l'évolution de leur implication personnelle. Leur avis nous a permis de faire évoluer la formation que nous proposons actuellement. Nous la détaillons dans le paragraphe suivant.

2. Apprendre à structurer une réflexion éthique

En tenant compte de cette recherche, de l'expérience de différents intervenants dans le cursus et d'autres avis évaluatifs exprimés par les étudiants les années ultérieures, nous avons remis les différents temps de la formation en perspective avec ses objectifs principaux et en particulier les acquis d'apprentissage suivants : rédiger une situation complexe d'un point de vue éthique ; prendre conscience de son vécu personnel et de sa propre implication dans une telle situation et dans son analyse ; construire de manière réflexive les questions qui se posent face à une telle situation ; structurer l'argumentation développée en vue de prendre une décision.

Pour atteindre ces objectifs, l'équipe enseignante a décidé de maintenir le cours de master 1, qui permet d'introduire des concepts issus de différentes disciplines, ainsi que des thèmes particuliers (droit et déontologie, économie de la santé, le pouvoir dans les soins, les personnes vulnérables, la fin de vie, ...). Par contre, les travaux de groupe de master 2 sont remplacés par quatre ateliers qui constituent autant de modules préparatoires au travail individuel demandé en master 3. Celui-ci est précisément constitué de quatre parties, explicitées dans la figure 2.

1. Le récit de la situation

- Identifier une situation vécue en stage qui pose un problème éthique
- Expliciter en quoi on a été personnellement touché, interpellé par cette situation
- Synthèse intermédiaire
 - Description des questions qui se posent spontanément

2. L'émergence des questions. Les ressources

- Identifier les questions soulevées par le problème choisi et les disciplines / professions qu'elles concernent (Rose des vents adaptée)
- Récolter les ressources potentielles permettant de répondre à ces questions : références écrites, personnes ressources
- Synthèse intermédiaire
 - A partir des ressources identifiées, repérer les enjeux particuliers de cette situation

3. La structuration de l'analyse

- Développer les domaines pertinents en fonction de la situation clinique
Exemples :
 - Eclaircir le problème au niveau médical (est-ce si évident que ce cela que c'est comme ça qu'il faut faire) et proposer des alternatives

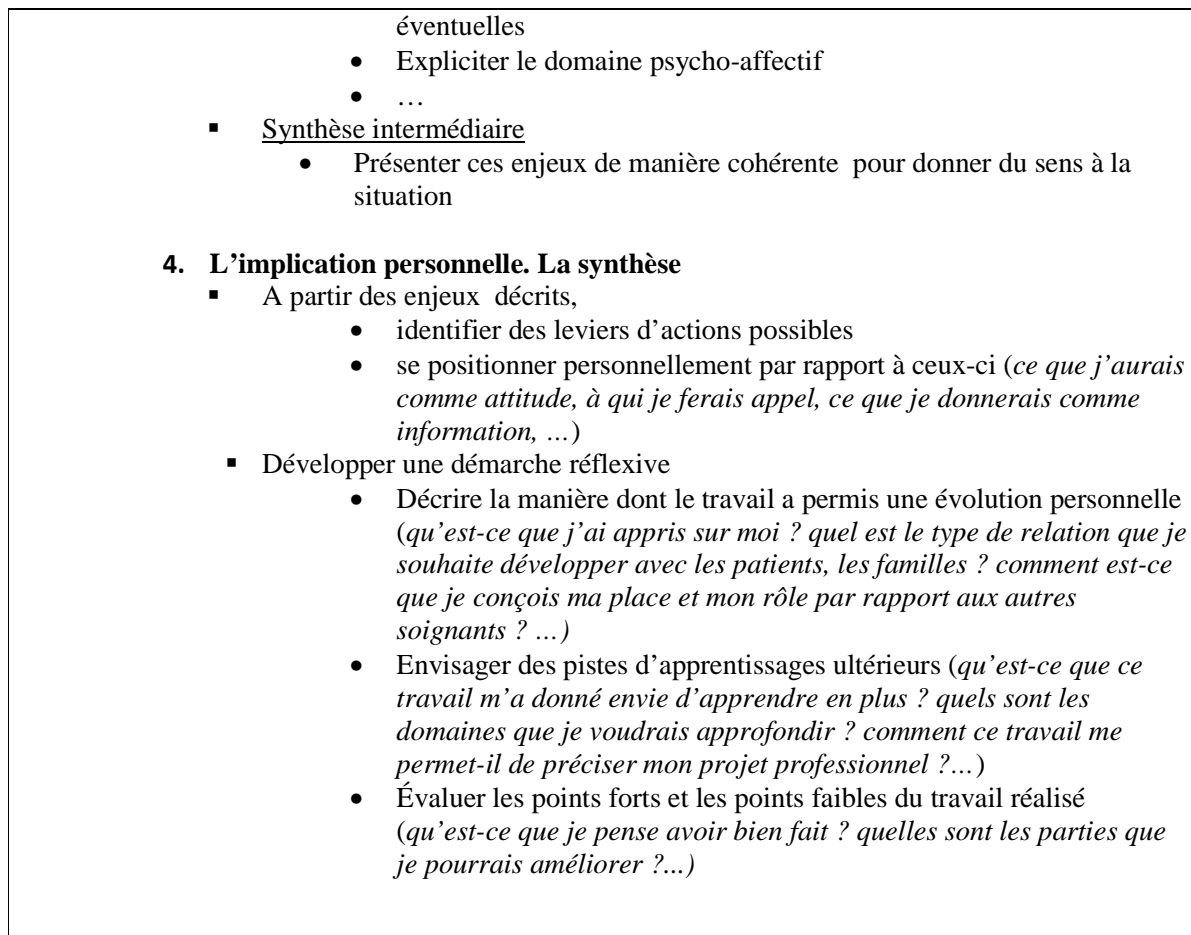


Figure 2. Trame du travail individuel d'analyse éthique d'une situation complexe

3. La question de l'implication des étudiants

Quand on demande aux étudiants d'évoquer un problème éthique, nous avons vu que c'est en premier lieu la complexité liée à la dimension subjective de leur pratique qu'ils mettent en évidence, soulignant en même temps la nécessité de repères pour oser s'engager en tant que sujets soignants. Il est intéressant de constater qu'ils nous parlent spontanément de l'implication personnelle que nous souhaitons favoriser.

Étymologiquement, l'implication – du Latin *implicare*, se plier dans, se mêler à – contient la notion de lien, voire d'appartenance. Il s'agit d'une posture, d'une manière d'investir la relation soignante, dont le mouvement n'est pas sans rappeler celui de la clinique : du Grec *klinein*, s'incliner vers. C'est bien de cela qu'il s'agit : se mêler à une situation dont le fondement même

est l'appel de quelqu'un qui souffre, vers lequel on s'incline afin de l'écouter et de prendre soin de lui.

S'il est évident que l'implication ne peut pas être prescrite ni enseignée à la manière d'un savoir ou d'un savoir-faire, il est tout aussi vrai que les conditions qui la suscitent doivent être prises en compte dans l'élaboration d'un curriculum de formation.

Dans le travail social, on a montré que trois éléments, par leur présence ou leur absence, permettaient d'influencer l'implication professionnelle (Mias, 1998, cité par Dumont, 2009) : le sens de l'action, les repères disponibles et le sentiment de contrôle. Nous pensons qu'ils ont également toute leur pertinence pour les professions liées à la santé et en particulier dans la réflexion éthique qui les concerne. Arrêtons-nous sur ces trois éléments.

Dans le soin comme dans le travail social ou dans le domaine de l'éducation, le sens d'une action ou d'une décision à prendre ne dépend pas seulement d'objectifs à atteindre (direction) ou des raisons avancées pour justifier cette action (signification). Il dépend également de la dimension sensible de cette action, c'est-à-dire de ce à quoi le soignant tient, des valeurs auxquelles il adhère et qu'il veut promouvoir ou défendre dans son travail (Dumont, 2009). C'est bien par une mise en priorité des valeurs que l'éthique s'exprime au jour le jour, sur le terrain du soin, mais également par un dialogue centré sur les valeurs des différents protagonistes, qui sont invités à les expliciter. Le second élément est celui des repères utilisés dans le travail. En éthique, ils sont à chercher du côté des différentes disciplines (philosophie, sociologie, droit, déontologie, psychologie, économie de la santé, ...) qui peuvent éclairer une décision à prendre. Le sentiment de contrôle est le troisième élément cité. Il renvoie d'emblée à l'incertitude qui est pratiquement toujours présente dans les situations complexes d'un point de vue éthique, aux émotions que cette incertitude provoque, mais aussi à toutes sortes de réactions inadéquates visant par exemple à restaurer un contrôle pourtant illusoire. La démarche éthique telle que nous l'envisageons représente une alternative, qui consiste non pas à supprimer l'incertitude, mais à l'appriivoiser, en prenant le temps de réfléchir en interdisciplinarité à la meilleure décision possible pour le patient. Évoquons ce qu'un étudiant disait dans la recherche-action ci-dessus : « En stage, il y a de nombreuses questions type « Sésame » qu'on rencontre tous les jours. Ça reste tout le temps des questions sans réponse, parce que même quand on s'adresse aux médecins, ils ne savent pas et chacun reste sur sa position ».

Les trois éléments dont il vient d'être question, et dont on sait qu'ils influencent l'implication professionnelle, ne sont pas sans nous rappeler les trois éléments nécessaires à une délibération éthique dans une situation chaque fois singulière (Legault, 2010) : apprendre à dialoguer avec autrui ; utiliser des repères issus de différentes disciplines afin de pondérer et de justifier son choix en fonction des valeurs et des règles et des conséquences ; tenir compte de son propre désir, en tant que cause première du passage de l'intention à l'action.

Dans ce sens-là, on pourrait dire que le premier outil de l'éthique, c'est tout simplement la personne du soignant.

Et c'est en effet bien le sujet soignant aux prises avec son désir, que l'incertitude de la situation vient troubler, risquant de provoquer chez lui une certaine souffrance.

On comprend alors que s'impliquer, c'est parfois s'expliquer (Dumont, 2009) : se déplier, au moins vis-à-vis de soi-même, par le travail intérieur dont il a déjà été question.

Celui-ci permet aux soignants de développer un autre rapport à leur propre vulnérabilité, qui à travers l'expérience du soin, les renvoie à trois caractéristiques de la condition humaine : la solitude, la finitude et, précisément, l'incertitude (Longneaux, 2009 et 2014).

Elles sont le plus souvent vécues sous la forme d'épreuves, qu'il convient de traverser pour parvenir à les accepter : accepter l'incertitude permet de se libérer des illusions de la toute-puissance ; accepter la finitude permet de se délier des regrets et des erreurs passées pour être chaque jour l'acteur de sa vie ; accepter la solitude permet de se défaire de vaines attentes : l'autre peut enfin exister pour lui-même, et chacun découvre un nouveau rapport à soi, dans une liberté renouvelée (Longneaux, 2009 et 2014). Cette triple dimension est essentielle dans l'apprentissage de l'éthique. Beaucoup de soignants hésitent en effet à exprimer leurs émotions dans un cadre professionnel ou s'interdisent même d'en percevoir, parce qu'elles témoignent précisément de leur vulnérabilité. Nous venons de le voir, ce concept mérite d'être réhabilité dans le soin : c'est bien parce qu'il nous permet de percevoir notre vulnérabilité et de l'accepter, que l'accueil des émotions nous ouvre à notre responsabilité envers autrui et donc au fondement éthique de notre profession. En permettant d'investiguer ce qui est de l'ordre du subjectif, l'éthique invite ainsi les soignants à prendre conscience de leurs propres limites, autre ancrage essentiel dans son apprentissage.

Ce qui relève de la subjectivité et de la complexité, en particulier en lien avec les émotions et l'affect, doit donc être abordé dans cet apprentissage, d'autant que l'implication dans le soin peut

être source de souffrance. Il s'agit non seulement d'articuler l'apprentissage de l'éthique avec l'apprentissage de tout ce qui appartient aux domaines psychique et relationnel, mais également de donner une place à la subjectivité au cœur de toute démarche éthique, d'en faire un incontournable. On peut se demander si l'université, dans son rapport au savoir, est le lieu d'un tel apprentissage et jusqu'à présent, elle a eu plutôt tendance à refouler ou à tarir certaines capacités constitutives des compétences éthiques, par exemple en lien avec le vécu personnel de chacun. Cela rend encore plus évidente la nécessité de favoriser l'implication des étudiants et de les aider à développer leur réflexivité. Nous pensons en effet que pour favoriser chez l'étudiant une approche centrée sur le patient, il est nécessaire que l'approche éducationnelle soit centrée sur l'apprenant et sur son vécu subjectif (Parent et Jouquan, 2013).

C'est précisément au stade clinique, quand les étudiants quittent l'alma mater pour se rendre sur des terrains de stage, pour s'incliner vers les patients qu'ils ont hâte de rencontrer, qu'il est peut-être le plus important de les accompagner dans l'émergence de l'éthique, à la fois sous la forme de la sensibilité à l'autre et de la capacité à délibérer afin de prendre une décision partagée. Cet accompagnement doit permettre la construction d'un équilibre personnel, qui permette de traverser la souffrance induite par la rencontre de la souffrance, afin de développer une « juste présence » à l'autre.

4. Un compagnonnage éthique

Les différentes dimensions dont il a été question ci-dessus traversent les 3 pôles de l'éthique clinique (Ricoeur, 2001) : le « Tu » du patient qui nous interpelle, le « Ils » de la société dont nous faisons partie, le « Je » de la conscience avec laquelle nous nous engageons dans le soin. Il est indispensable de rassembler ces trois pôles dans un « Nous », afin de montrer que la délibération éthique ne doit pas s'appuyer sur des principes, mais bien sur ce qui fait sens pour le patient et qui permet ainsi de prendre une décision partagée. Il s'agit en effet d'aider un patient à de faire des choix qui lui permettent de retrouver un certain équilibre, dans un contexte marqué par l'émergence de la maladie et de la finitude (Quintin, 2014). Si, pour un soignant, l'enjeu du jugement professionnel est de pouvoir répondre de son agir, nous venons de voir que l'apprentissage de ce jugement va bien au-delà de la simple acquisition d'un répertoire de connaissances, de codes et d'habiletés. Rappelons que le jugement professionnel – celui qui permet de répondre de – doit à la fois (Jutras, 2011) faire référence à un corpus de connaissances

et de pratiques ; être centré sur la situation d'un patient chaque fois singulier ; permettre au professionnel de donner du sens à sa pratique. La formation à l'élaboration d'un tel jugement nécessite non seulement d'acquérir des connaissances spécialisées dans différentes disciplines, de développer sa capacité à entrer en relation, mais aussi d'apprendre à se connaître, pour être capable d'une part, de justifier son agir, d'autre part de manifester son éthique professionnelle (Jutras, 2011). Rappelons également que ce jugement ne constitue pas le tout de l'éthique, mais qu'il doit continuellement être associé au « faire face immédiat » qui concerne l'attitude à développer dans le quotidien de la pratique (Varela, 2004), afin de développer une réelle éthique de l'attention.

Les étudiants questionnés quant à l'intérêt d'un accompagnement qui se ferait au moment des stages ont été très réceptifs à cette proposition. Voici quelques éléments de réponses qui le montrent.

« Les questions viennent quand on fait un stage, donc c'est nécessaire d'avoir de la pratique pour avoir des questions. Et c'est à ce moment-là qu'on a besoin d'une aide en éthique, donc ce serait bienvenu. En tout cas, c'est une erreur de supprimer des stages ».

« Oui, ce serait important. Ça fait partie de notre métier et c'est même notre métier : quand on prend une décision médicale, on prend une décision éthique. L'un va avec l'autre ! ».

« Oui, certainement. Il faudrait proposer des situations cliniques au préalable et qu'on connaisse les thèmes pour y aller si on est intéressé. Il faudrait des petits comités, des groupes de 4-5 étudiants, avec des médecins pour nous guider. Moi, il faut que je ne sache pas répondre à une question pour que ça m'intéresse. Il faudrait quelque chose de pré-établi, qu'on sache le thème des situations.

Il faut arriver à valoriser l'éthique dans la pratique quotidienne. Je ne sais pas comment ».

« Ce serait intéressant d'avoir quelqu'un avec qui on pourrait parler de tout ça à chaud, mais c'est aussi intéressant d'avoir des points de vue différents. Il ne faut pas que ce soit toujours la même personne. L'intérêt c'est de se trouver soi-même en voyant l'exemple de plein d'autres. L'intérêt c'est de se poser des questions, pas d'avoir les réponses ».

« Ce qui pourrait être intéressant, c'est qu'à la fin de chaque période de stage, ou journée de retour, groupe de 5 et on raconte une situation pour en discuter avec un accompagnateur. Et que chacun sache qu'à la fin de son stage il pourra en discuter. On pourrait aussi avoir de l'aide sur place, mais moi, j'ai d'abord besoin de penser à une situation seule, puis besoin d'aide dans un

second temps. Les journées de retour pourraient servir à ça, ce serait intéressant. Comme stagiaires, on n'a pas notre mot à dire donc c'est plutôt a posteriori que c'est important de faire une analyse et de réfléchir à ce qui s'est passé : quand je serai dans la situation, comment est-ce que je devrai faire ? Moi j'ai eu la chance d'être fort soutenue dans mon travail en Master 3, c'était très riche d'être accompagnée comme cela ».

« Oui, ce serait utile parce qu'on en voit souvent et on n'a pas vraiment l'occasion d'en parler entre nous. Avec le maître de stage, on peut en parler mais la plupart du temps ça reste des conversations très brèves. Le médecin n'a pas vraiment le temps et quand on pose une question demandant pourquoi il fait comme ça, il n'a pas vraiment de réponse, il tourne autour du pot, il n'aime pas vraiment répondre à ces questions-là et on reste donc sans réponse ».

Pour concrétiser cette proposition d'accompagnement dans la durée, nous initions actuellement un projet pilote sous la forme d'un « Compagnonnage éthique ». Il peut se faire grâce à la collaboration des comités d'éthiques de trois hôpitaux dans lesquels les étudiants effectuent des stages dans le cadre de leur formation clinique. Les raisons de ce projet sont liées à la nécessité d'apprendre aux étudiants à exercer un discernement éthique en situation d'incertitude et à proposer la mise en œuvre de cet apprentissage au moment même où ils sont confrontés à des situations complexes. Si les premières années de formation sont avant tout théoriques et centrées sur l'acquisition de nombreux savoirs déclaratifs, les stages offrent l'occasion d'acquérir des savoirs procéduraux, c'est-à-dire liés à des tâches à accomplir et à des expériences à faire. Comme nous l'avons vu, ils constituent également des moments de déséquilibre ou encore de déstabilisation, en particulier liés à la perception de l'incertitude, de la non-maîtrise, de la vulnérabilité qui concernent tous les acteurs de la relation de soin. Par le rôle qu'il jouera, l'accompagnateur permettra donc à l'étudiant d'articuler la construction de savoirs, la construction de savoir-faire et la construction de sa propre identité.

Il est prévu que les trois postures d'accompagnement traditionnellement décrites (Paul, 2004 ; Raucant, Verzat et Villeneuve, 2010) puissent se compléter en fonction des situations et des circonstances d'apprentissage :

- la posture fonctionnaliste : elle consiste à fournir à l'étudiant des repères théoriques et méthodologiques qui lui permettront de progresser dans la résolution d'un problème ou l'atteinte d'un objectif

- la posture herméneutique : elle consiste à écouter l'étudiant pour l'aider à se comprendre, à mobiliser ses propres ressources et à identifier ses valeurs prioritaires
- la posture réflexive : elle consiste à dialoguer avec l'étudiant pour favoriser en lui un dialogue intérieur et lui permettre de choisir une manière pertinente de résoudre un problème.

Cet accompagnement est conçu de manière à guider les étudiants vers une autonomie professionnelle. Celle-ci fait d'emblée référence à l'éthique à travers le souci de l'autre et la responsabilité dont elle témoigne, puisqu'elle est centrée sur des situations chaque fois singulières. Par ailleurs, on peut espérer que les étudiants pourront à leur tour utiliser ce concept d'accompagnement auprès des patients, dans leur cheminement vers une certaine autonomie.

La construction d'un tel dispositif d'accompagnement nécessite au minimum

- la volonté de créer un partenariat institutionnel
- la définition d'objectifs spécifiques pour les différents partenaires
- la précision des rôles de chacun.

D'un point de vue institutionnel, le partenariat mis en place est un partenariat de service, puisqu'au départ, c'est la Faculté de médecine qui est demandeuse. Dans le projet qui se construit, il est appelé à devenir un partenariat de réciprocité, grâce aux lieux d'échanges d'expérience et d'approfondissement de la réflexion qui sont prévus.

Les objectifs spécifiques qui doivent être définis concernent d'une part les accompagnateurs, d'autre part les étudiants. Avant de partir en stage dans les trois hôpitaux concernés, ceux-ci recevront une feuille de route avec les modalités pratiques du projet et les objectifs visés par le compagnonnage : prendre conscience de ses valeurs et les mettre en perspective avec celles des autres intervenants ; apprendre à identifier ses propres limites et à savoir demander de l'aide ; développer un savoir réflexif en analysant son propre rapport au monde ; structurer une argumentation éthique dans une situation complexe ; communiquer à propos des valeurs ; expérimenter l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire ... Les limites des rôles de chacun y seront précisées, tandis qu'il restera toujours possible de proposer aux étudiants qui le souhaitent un dispositif d'aide psychologique, tel qu'il existe déjà au niveau de la faculté.

Pour les membres des trois comités d'éthique, un document est en voie d'élaboration à partir des axes de formation décrits pour accompagner les professionnels qui assurent un rôle d'encadrement (Pelpel, 2003) : un axe informationnel (à propos des modalités d'encadrement, du

rôle des différents membres des comités, des objectifs poursuivis, du cadre à respecter, ...) ; un axe pédagogique (pour réfléchir au processus mis en œuvre, à la relation avec les stagiaires, à la gestion des résistances, à la manière de favoriser la confiance, à l'articulation entre la théorie et la pratique, ...); un axe professionnel qui permette de s'approprier le rôle d'accompagnateur, de questionner l'incertitude, de développer sa propre réflexivité,...

Il est important d'insister sur le rôle de l'accompagnateur, qui est de se centrer sur l'étudiant et en particulier sur le rapport de l'étudiant à la situation qui le questionne. Il ne doit pas adopter le traditionnel modèle de rôle d'expert, parce que sa légitimité ne lui vient pas d'une sorte de savoir infaillible, mais au contraire de son propre rapport à l'incertitude et de sa capacité à accueillir à la fois celle de l'étudiant et la sienne. C'est donc le pari de l'isomorphisme qui est fait ici : c'est parce que l'apprentissage rendu possible par le compagnonnage se fonde sur une démarche éthique, que l'étudiant pourra s'approprier cette démarche et la vivre à son tour aux côtés du patient. Il est important de noter que les membres des comités d'éthique n'interviennent pas dans l'évaluation des étudiants, ce qui évite certains enjeux de pouvoir, pouvant constituer un frein important dans ce type de situations.

Nous pensons qu'un tel dispositif est à même d'influencer l'implication de l'étudiant dans son apprentissage et de favoriser les trois perceptions qui sont à l'origine de la motivation (Jézégou, 2010, in Raucent, Verzat et Villeneuve, p. 54) : la perception d'efficacité personnelle dans le processus de formation ; la perception de son futur en lien avec les objectifs poursuivis dans la formation ; la perception du libre choix à l'égard de la formation.

L'expérience nous montrera s'il en est ainsi.

5. L'implication des soignants sur le terrain

Jusqu'à présent, nous avons envisagé l'importance de l'implication dans la formation initiale des futurs professionnels, en particulier des futurs médecins.

Dans le cadre de la formation continue, l'expérience d'animation d'un atelier d'aide à la décision en éthique clinique nous a donné l'occasion de co-construire et d'expérimenter une démarche initialement développée en quatre temps (Bolly et Grandjean, 2004). Nous la présentons ici parce qu'elle nous a donné l'occasion de réaliser une enquête à propos de la souffrance des soignants et de l'influence que peut avoir une démarche éthique pour traverser cette souffrance. Il nous semble intéressant de la mettre en perspective avec l'implication attendue des étudiants. En effet,

celle-ci peut également être cause de souffrance, et cela d'autant plus qu'ils sont novices. Cette constatation est un élément supplémentaire pour les accompagner – à travers l'éthique – dans la construction de leur identité professionnelle et de leur équilibre personnel.

Au moment de cette enquête, les quatre temps de la démarche qui étaient les suivants :

1. L'écoute du récit
2. L'accueil des émotions, des jugements spontanés
3. La prise de distance
4. Le partage du changement.

La dynamique d'un tel atelier se fait en dehors de toute hiérarchie, dans un cadre rendu sécurisant par un animateur et dans un espace-temps où, par sa seule présence, chacun reconnaît qu'il est mu par le désir de questionner sa pratique et de comprendre ce qui est mis en œuvre dans le soin. Il s'agit en quelque sorte d'un laboratoire intéressant pour comprendre l'influence d'une démarche éthique sur le quotidien de la pratique.

Nous allons décrire brièvement chacun des quatre temps de la démarche, avant de les mettre en perspective avec l'implication des professionnels dans le soin.

L'écoute du récit permet aux professionnels de mettre leur réflexion au service du projet de vie d'un patient. Elle les invite à quitter la seule rationalité scientifique, voire la solution technique idéale, pour développer une relation dans laquelle ils pourront construire la meilleure solution possible en fonction de ce que vit réellement le patient (Jutras, 2011). C'est en effet parce qu'elle se développe au gré des situations et des défis quotidiens, que l'éthique doit continuellement s'adapter au contexte de vie du patient (Bégin, 2011).

Ce récit est essentiel parce qu'il rappelle à la fois qu'aucune demande ne peut être isolée du contexte dans lequel elle apparaît et qu'aucune situation ne peut être réduite à un ensemble de renseignements objectifs et factuels (Legault, 2010), qui permettraient de généraliser la situation du patient à l'ensemble des cas qui présentent les mêmes symptômes ou les mêmes difficultés. Le récit fait également référence à l'importance de l'histoire que raconte un sujet pour exprimer son identité, pour apprendre à dire « je », à se fabriquer un « soi », à devenir soi (Huston, 2008). Il est essentiel dans le cadre d'une décision partagée.

L'accueil des émotions et des jugements constitue un second temps, capital dans la démarche éthique. Comme on l'a dit, il est parfois difficile pour certains soignants de s'investir dans cette étape, où ils sentent qu'en s'exposant à travers le partage de leurs émotions, ils laissent en

quelque sorte entrevoir leur propre vulnérabilité. La sécurité que peut apporter l'animateur qui cadre la démarche est donc essentielle.

Ce temps d'arrêt permet à la fois d'ébaucher un travail de résonance, qui peut se poursuivre ailleurs, et d'éviter une submersion, où on deviendrait en quelque sorte l'objet de ses émotions.

L'accueil des émotions et des jugements constitue en effet une étape vers un travail intérieur – dans un autre temps et un autre espace – pour permettre à chacun d'exprimer son vécu non pas dans un but de maîtrise de soi, mais bien pour favoriser une relation authentique. Proposer aux soignants de les partager en y consacrant une étape de la démarche, les invite à ne pas opposer ce qui serait de l'ordre de l'affectif à ce qui serait de l'ordre du professionnel, mais à utiliser ces deux pôles au service l'un de l'autre. Comme nous l'avons vu, s'impliquer en tant que professionnel nécessite en effet d'apprendre à assumer sa propre subjectivité et à utiliser ses propres émotions pour mieux se connaître soi-même ; vivre des émotions permet de devenir un meilleur professionnel à la condition d'apprendre à leur donner une place adéquate, en dépassant ensuite son propre vécu pour se centrer sur la personne de l'autre.

Dans son sens étymologique, l'émotion nous renvoie d'ailleurs à la notion de mouvement, elle-même comprise dans celle de démarche. C'est bien à dessein que nous proposons une démarche éthique et non une méthode ou un modèle. Il s'agit en effet d'éviter toute rigidité pour favoriser l'ouverture et la transformation. Si nous faisons une distinction entre les émotions et les jugements spontanés, c'est parce que nous pensons que l'accueil par le soignant de ses propres émotions – « Je suis en colère quand... », « ça me fait peur de constater que... » – lui permet de suspendre un jugement, qui consiste trop souvent à rendre un autre responsable de ce qui ne va pas – « C'est toujours la même chose avec ce médecin-là... », « C'est honteux, le comportement de ce fils... ».

La prise de distance constitue le troisième temps de la démarche. Il permet de développer une pensée sur l'action. Les participants se répartissent en sous-groupes pour faire l'inventaire des facteurs en cause, préciser les repères issus de différentes disciplines, mettre en contexte les valeurs en jeu, éclaircir les éléments qui sont en tension.

L'utilisation d'une grille en 7 étapes, qui s'inspire de grilles québécoises et française, permet de structurer la réflexion et de promouvoir l'exercice d'un discernement éthique, pour remplacer ainsi le jugement spontané, souvent stérile et enfermant. Elle se base sur la création de trois scénarios, puis pour chacun, sur l'analyse des conséquences et des valeurs en jeu, en tenant

compte de ce qui fait sens pour le patient. Cette étape se termine par la synthèse du travail de chaque sous-groupe. Les différents scénarios élaborés sont présentés à l'ensemble du groupe, avec une analyse succincte de ce qu'ils mettent en jeu et une clarification de la ou des questions éthiques qu'il devient alors possible de mieux définir.

Dans le quatrième temps de la démarche, le partage du changement, l'attention se centre à nouveau sur le vécu des soignants présents. La question posée ici est celle du changement qu'ils peuvent éventuellement percevoir par rapport à leur ressenti au second temps de la démarche (le partage des émotions et des jugements). Certains évoquent une modification de leurs émotions, la persistance ou la disparition de certaines difficultés, la prise de conscience de découvertes, d'ouverture ...

L'invention de ce quatrième temps, très rarement présent dans les grilles d'aide à la décision, repose sur ce qui n'était d'abord qu'une intuition, avant de devenir une perception claire et fondamentale. Avec le temps et l'exercice, on peut sentir qu'au cœur de la démarche éthique, se dévoile tout en subtilité, une philosophie de la transmission. Si celle-ci représente un acte de générosité, elle contient, en creux, l'exigence de la transformation de soi (Bolly, 2007). Comme le vivent les Compagnons du devoir du tour de France (Mopin, 2011), transmettre, c'est donner, en souhaitant que l'autre devienne meilleur que soi. Ce projet-là, en lui-même, suffit pour transformer celui qui donne autant que celui qui reçoit.

Il nous arrive de sentir que ce quatrième temps constitue en quelque sorte un rituel de passage : à travers lui, une part du vieil homme ou de la vieille femme se dissout en chaque soignant et d'autres pistes s'ouvrent, qui permettent de quitter la réunion et de repartir vers les patients et les collègues avec quelque chose de neuf, de créatif, d'audacieux. Il peut paraître présomptueux d'affirmer cela et c'est heureusement les soignants eux-mêmes qui ont pris la parole à ce propos, grâce à une enquête réalisée à l'occasion d'un numéro de la revue *Psycho-oncologie* centré sur la souffrance des soignants (Bolly, 2011).

L'analyse des réponses aux questions envoyées par voie électronique aux vingt-cinq participants réguliers montre que leur motivation à s'inscrire à ces ateliers est avant tout liée au désir de partager une réflexion interdisciplinaire et de se former en éthique clinique. Par contre, ce qui les motive à poursuivre ces ateliers dans la durée, c'est avant tout la possibilité de parler de leur vécu et ainsi d'analyser leur propre souffrance, ce qui permet de mieux réagir aux difficultés rencontrées, mais également de percevoir un meilleur bien-être au travail.

Ils perçoivent que le fait de se mettre à l'écoute de ses propres émotions et d'apprendre à les nommer constitue une manière « d'être en soi », de s'occuper de soi, de revenir à soi sans chercher la cause de son mal-être à l'extérieur de soi-même. Dans leurs réponses, on voit bien que la prise de conscience de leur implication subjective est un moment clé, qui permet de moins se projeter dans une situation en étant encombré de ses propres affects, et ainsi d'entamer une réflexion plus objective, avec une présence plus juste, une neutralité bienveillante par rapport à la situation complexe et à l'ensemble de ses acteurs. Si cet exercice est parfois vécu dans une certaine difficulté, sa dimension essentielle est également décrite dans les réponses, comme si, à travers lui, s'ouvrait un chemin, une voie nouvelle, qui permettent d'oser aborder la montagne, alors que de loin, tout semblait faire obstacle à la progression. En écho à ce deuxième temps, les réponses à la question qui interroge le quatrième temps de la démarche (partage du changement), insistent sur l'ouverture qui peut être vécue, en l'explicitant de différentes manières : possibilité de quitter la dichotomie de départ en découvrant de nouvelles perspectives, et donc de sortir d'un sentiment de confusion provoqué par un horizon semblant bouché ; perception de quelque chose qui aide à grandir, d'un mouvement, d'un changement, donc de la vie ; en se laissant toucher par ce que vivent les autres soignants, renforcement du sentiment de lien avec ses semblables et donc d'un « nous » professionnel ; capacité à entendre le changement vécu par l'autre comme ce qui aide à comprendre la complexité du changement vécu en soi ; et, de manière imagée, mise en application du proverbe zen « Si tu es pressé, fais un détour ».

Les soignants montrent ainsi que ce qui permet à la démarche éthique d'être une réelle ressource, c'est l'ouverture aux autres et à soi-même qu'à la fois elle suscite et elle exige.

Ils mettent en évidence une dimension circulaire essentielle, un double mouvement – vers l'autre et vers soi – qui traverse la démarche éthique, qui la révèle, qui permet à chacun d'en faire un acte créateur au sein de sa pratique.

Depuis lors, un cinquième temps a été ajouté à cette démarche : l'écoute du silence. Il est encore trop tôt que pour en parler, mais on peut brièvement le présenter comme un partage qui va au-delà des mots et des représentations mentales, un temps suspendu qui ouvre à l'humilité et à la vacuité. Sans doute nous ouvre-t-il à la dimension spirituelle du soin, qui nous invite à tenir ensemble l'attention et l'altruisme, pour les nourrir mutuellement (Tenzin Gyatso, 2014). Cela nous renvoie une nouvelle fois au travail intérieur qui seul, permet de comprendre que l'énergie de l'attention, c'est la liberté (Vigne, 2015).

Conclusion

Par leurs commentaires, les soignants qui ont répondu à l'enquête concernant l'atelier d'aide à la décision éthique, montrent bien que la subjectivité des soignants doit être prise en compte pour que celle des patients puisse l'être à son tour. Ils nous ramènent ainsi à la nécessité de se préoccuper de la subjectivité des futurs professionnels de la santé dans leur apprentissage de l'éthique. Comme la recherche décrite ci-dessus l'a montré, l'implication de ceux-ci dans l'analyse de situations éthiques complexes est la clé de voûte du développement d'une démarche éthique dans leur pratique. Si l'éthique ne nous est pas donnée d'emblée (Meirieu, 2007) et nécessite donc un apprentissage dans la durée, sa mise en pratique nous rappelle continuellement que le sens de ce que nous faisons est à chercher, non pas seulement dans le contenu de la décision que nous prenons, mais également dans la manière dont nous construisons cette décision. Nous pensons qu'un compagnonnage mérite d'être proposé pour accompagner les étudiants dans cette construction, parce qu'elle est aussi celle de leur propre identité soignante. Au-delà de la compréhension de nos propres modes de décision, la démarche éthique permet en effet de prendre conscience de ce qui est de l'ordre de la transformation de soi.

L'éthique clinique est une sagesse pratique. Comme nous l'avons vu, elle associe deux dimensions : celle de la sensibilité à l'autre en tant que sujet et celle de la capacité à délibérer. Or, l'expérience montre qu'un travail réflexif ne peut vraiment féconder une décision à prendre que s'il est précédé de l'accueil des émotions que la situation provoque (Léry, 1999). De manière complémentaire, l'identification des émotions doit être suivie d'une phase de raisonnement et de recherche de discernement pour aboutir à une prise de décision partagée et à une action. Cette double exigence est nécessaire pour que le soignant devienne disponible à l'expérience d'autrui (Pierron, 2012). Mais les concepts de modèle de rôle et de curriculum caché font que nous sommes également en droit de l'attendre dans toute relation orientée vers l'apprentissage de l'éthique, dans tout processus qui vise à susciter un tel apprentissage. C'est de cette même disponibilité authentique à l'expérience d'autrui que la présence rétroactive de l'accompagnateur doit donc pouvoir témoigner. Et cette présence à l'autre ne peut que refléter la présence à soi, comme si cette résonance devenait à la fois la source et l'horizon de toute démarche éthique, quand la liberté qui est en jeu ne peut être déliée de la responsabilité qui la sous-tend.

Bibliographie

- Bégin, L. (2011). « La compétence éthique en contexte professionnel », dans L. Langlois (dir.), *Le professionnalisme et l'éthique au travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 105-122.
- Bolly, C. et V. Grandjean (2004). *L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants*, Neufchâteau, Weyrich et Paris, L'Harmattan.
- Bolly, C. (2007). *Et l'éthique dans tout ça ? En la racontant à mes filles*, Neufchâteau, Weyrich.
- Bolly, C. (2011). « La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? » *Psycho-Oncol*, 5, p. 98-108 DOI 10.1007/s11839-011-0314-6.
- Bolly, C. (2012). « Enseigner l'éthique ou favoriser son apprentissage », *Ethica clinica*, n° 68, Namur : FIH, p. 6-15.
- Bolly, C. (2013). « L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique », dans F. Parent et J. Jouquan (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative*, Bruxelles, De Boeck, p. 113-125.
- Brazeau-Lamontagne L., Masson C. (2006). « Introduction aux concepts paradigme, syndrome du manteau de l'empereur, curriculum caché. Implication dans les maladies articulaires, osseuses, rachidiennes ? » *Revue du Rhumatisme*, n° 73, p. 1277-1279.
- Dumont, J.-F. (2009). « Du rôle des émotions dans l'implication professionnelle des éducateurs », *Actes du 3ème congrès de l'AIFRIS*, Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale, Hammamet, Tunisie, p. 70 : Internet Média, <<http://www.aifris.org/IMG/pdf/Programme-pre-actes-congres-2-avril-2009.pdf>>, consulté le 8 décembre 2015.
- Feldman, E. (2001). « Le soignant face au refus de soin », *Ethica clinica* n° 22, Namur, FIH, p. 27-30.
- Huston, N. (2008). *L'espèce fabulatrice*, Arles, Actes Sud.
- Jézégou, A. (2010). « Diriger par soi-même sa formation et ses apprentissages », dans Raucant B., Verzat C., et Villeneuve L. (dir.), *Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant. Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?* Bruxelles, De Boeck, p. 53-86
- Jutras F. (2011). « Le professionnalisme, valeur de base de la conduite professionnelle », dans Langlois L. (dir.), *Le professionnalisme et l'éthique au travail*, Québec, PUL, p. 83-104.

- Lao Tseu (1967). *Tao-Tö King*. Traduction Liou Kia-hway, Paris, Gallimard.
- Legault, G. (2010). *Professionnalisme et délibération éthique*, Québec, PUQ.
- Léry, N., (1999). « Méthodologie d'aide à la décision éthique dans les situations complexes », *Revue Soins Cadres*, Paris, n° 32, p. 21-24.
- Longneaux, J.M. (2009). « Résister pour lâcher prise ; lâcher prise pour résister », dans J.M. Longneaux, M. Moulin *et al.* (dir.), *Résister ou lâcher prise : comment choisir ?* Neufchâteau, Weyrich, p. 17-36.
- Longneaux, J.M. (2014). *Petits essais philosophiques autour de l'éthique du soin*, Neufchâteau, Weyrich.
- Meirieu P. (2007). *Le choix d'éduquer*, Paris, ESF.
- Mopin, J. (2011). « La transmission, clé de voûte du compagnonnage », dans V. Knuessi, L. Brazeau *et al.* (dir.), *La transmission : chemin vers l'autre ou chemin vers soi ?* Neufchâteau, Weyrich, p. 167-178.
- Morin, E. (2015). *Enseigner à vivre*, Arles, Actes Sud.
- Parent F. et J. Jouquan (dir.) (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative*, Bruxelles, de Boeck.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture spécifique*, Paris, L'Harmattan.
- Pelpel, P. (2003). *Accueillir, accompagner, former des enseignants. Guide de réflexion et d'action*, Lyon, Chronique sociale.
- Pierron, J.P. (2012). *Les puissances de l'imagination*, Paris, Cerf.
- Quintin J. (2014). « Accompagner le patient dans ses choix de vie : le jeu de la conversation », *Ethique et santé*, 11, p. 69-76, Internet Média, <http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.01.001>, consulté le 8 décembre 2015.
- Raucent, B., Verzat, C., et L. Villeneuve (2010). *Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant. Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?* Bruxelles, De Boeck.
- Ravez, L. (2011). « La médecine autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale », dans Ravez L. et Tilmans-Cabiaux C. (dir.), Namur, Presses Universitaires, p. 7-26.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- Ricœur, P. (2001). Les trois niveaux du jugement médical, *Le Juste 2*, Paris, Editions Esprit, p. 227-243.

Saintonge, L. et F. Gallagher (2009). « La contribution de la pratique réflexive au développement de la compétence infirmière », Présentation au *IVe Congrès international du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone*, Marrakech.

Tenzin Gyatso, XIVème dalaï-lama (2014). *Au-delà de la religion. Une éthique pour le nouveau millénaire*, Paris, Fayard.

Varela, F. (2004). *Quel savoir pour l'éthique ? Action, sagesse et cognition*, Paris, La découverte.

Vigne, J. (2003). *La mystique du silence*, Paris, Albin Michel.

Vigne, J. (2015). *L'écoute du son du silence*, stage organisé par l'association Terre du yoga, Champéry, août 2015, notes personnelles.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin*, Paris, PUF.

Notice biographique

Cécile Bolly est médecin et psychothérapeute à orientation systémique. En tant que chargée de cours, elle participe à la formation en éthique des étudiants en médecine de l'UCL (Bruxelles) et, dans le cadre du centre de formation continue « RESSORT », anime des ateliers d'aide à la décision éthique et des supervisions pour les soignants. Elle s'intéresse particulièrement à l'éthique de l'attention et à la création d'outils qui favorisent sa mise en œuvre par les soignants.