

Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de « l'agir-en-santé »

Defining the ethics of the professional health-training curricula from an epistemological perspective on healthcare action

Florence PARENT^{1,a}, Grégory AIGUIER², Alexandre BERKESSE^{3,4}, Manoé REYNAERTS⁵, Franck ROLLAND⁶, Helyett WARDAVOIR⁵, Jean JOUQUAN^{7,*}, au nom des membres du réseau thématique « Éthique des curriculums en santé » de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM)^b

¹ Faculté de médecine, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

² Centre d'éthique médicale / Équipe d'accueil EA 7446 « Ethics », Faculté de médecine et de maïeutique, Université catholique de Lille, Lille, France

³ Direction « Collaboration et partenariat patient » (DCPP), Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Montréal, Canada

⁴ Collège universitaire dominicain d'Ottawa, Ontario, Ottawa, Canada

⁵ Haute École libre de Bruxelles Ilya Prigogine, Bruxelles, Belgique

⁶ Université de Paris-Sud / Université de Paris-Saclay, Paris, France

⁷ Équipe d'accueil EA 7463 Centre atlantique de recherche en éthique (CARE) / Centre Atlantique de Philosophie (CAPHI), Université de Bretagne occidentale / Université Bretagne Loire, Brest, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 2 mai 2019 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 17 juin 2019 ; accepté pour publication le 18 septembre 2019

Résumé – Problématique : Plusieurs mouvements tentent de reformuler les fondements d'une clinique en tant que *praxis*, centrée sur un « agir-en-santé » : promotion de la santé, soins palliatifs, éducation thérapeutique du patient, médecine centrée sur le patient, courant du patient-partenaire, humanités et sciences humaines et sociales pour la santé, etc.. Ils s'efforcent d'apporter leurs contributions propres à la redéfinition de la santé et à sa traduction en tant qu'objet d'enseignement et d'apprentissage dans les curriculums de formation des professionnels de la santé. **Exégèse :** Les auteurs proposent la notion d'éthique des curriculums en santé pour désigner l'idée que les choix alternatifs relatifs aux conceptions de l'agir en santé, qui sous-tendent l'organisation des curriculums de formation des professionnels de la santé, devraient être rendus explicites au regard des dimensions constitutives d'un paradigme en philosophie des sciences (ontologique, épistémologique et méthodologique), dans le cadre de processus démocratiques de mise en projet. **Conclusion :** En lien avec une telle perspective, les auteurs argumentent qu'il est possible et nécessaire de caractériser l'agir professionnel en santé en tant que nouvel objet d'enseignement et d'apprentissage, au regard des trois dimensions, respectivement en privilégiant la centralité de l'action, en invitant à une rupture pragmatiste et à un élargissement gnoséologique et méthodologique, et en exploitant le concept de compétence à des fins didactiques et pédagogiques, dans le cadre de processus démocratiques de mise en projet, en favorisant une participation et une représentativité interdisciplinaires et interprofessionnelles. Une telle démarche est de nature éthique.

Mots clés : formation professionnelle en santé, curriculum, épistémologie, éthique

*Correspondance et offprints: Jean JOUQUAN, Équipe d'accueil EA 7463 Centre atlantique de recherche en éthique (CARE) / Centre Atlantique de Philosophie (CAPHI), Université de Bretagne occidentale / Université Bretagne Loire. Mailto : jean.jouquan@univ-brest.fr.

^a Coordinatrice du groupe thématique « Éthique des curriculums en santé » de la SIFEM.

^b En tant que contribution résultant du travail collaboratif du groupe thématique « Éthique des curriculums en santé » de la (SIFEM), cet article est original. Il reprend cependant partiellement, parfois en empruntant le *verbatim* mais en les réarticulant différemment, plusieurs développements ayant fait de publications antérieures de la part de certains des co-auteurs, qui sont référencées dans l'article.

Abstract. Context and background: A number of movements are attempting to redraft the foundations of a clinic in terms of *praxis* with a focus on healthcare action: health promotion, palliative care, therapeutic patient education, the patient-partner movement as well as humanities and social sciences for health. They strive to contribute in their own way to redefining health as an object of teaching and learning in the professional health-training curricula. **Analysis:** The authors put forth the concept of health-curriculum ethics to refer to the fact that alternative choices with respect to the concept of healthcare actions that underlie the organization of the professional health-training curricula should be explicitly considered in terms of the constitutive dimensions of a paradigm in the philosophy of science (ontological, epistemological and methodological) and part of the framework of democratic planning processes. **Conclusion:** From this standpoint, the authors argue that it is possible and essential to define professional healthcare actions as a new object of teaching and learning. Three dimensions need to be taken into account: a main focus on action, an engagement towards pragmatism and broader gnoseological and methodological approaches and taking advantage of the concept of competence for didactic and pedagogical purposes as part of the framework of democratic planning processes by encouraging participation and interdisciplinary and interprofessional representativeness.

Keywords: health professional education, curriculum, epistemology, ethics

Problématique générale

Cherchant à élaborer une conception alternative d'un rapport au savoir qui instaure *de facto* une subordination des sciences cliniques aux sciences dites fondamentales, et qui réduit notamment les savoirs professionnels au rang de productions ancillaires, plusieurs mouvements tentent de reformuler les fondements d'une clinique en tant que *praxis*, centrée sur un « agir-en-santé ».

C'est le cas, par exemple, de la perspective bio-psycho-sociale de la santé, qui a précédé et annoncé celle de la promotion de la santé, de celles des soins palliatifs ou de l'éducation thérapeutique du patient, de l'approche du patient-partenaire, elle-même émancipée de l'approche centrée sur le patient, ou encore des réflexions développées dans le champ des humanités et des sciences humaines et sociales. Les unes et les autres s'efforcent ainsi, tout à la fois, d'apporter leurs contributions propres à la redéfinition de la santé, à sa traduction en tant qu'objet d'enseignement et d'apprentissage dans les curriculums de formation des professionnels de la santé, et de faire accueil à la demande du patient et à son expérience de vie avec la maladie.

Notre hypothèse est que ces tentatives sont vulnérables, qu'elles peinent à légitimer leurs espaces de développement respectifs et qu'elles risquent de demeurer vaines, tant qu'elles ne s'adosseront pas solidairement à une perspective épistémologique intégrative de l'« agir-en-santé », permettant de créer *les conditions de possibilité* d'une « reliance » interdisciplinaire et interprofessionnelle, visant à dépasser les multiples dualismes à l'œuvre (corps / esprit ; intelligibilité / sensibilité ; raison / affects ; théorie / pratique ; objectivation / subjectivation ; libre-arbitre / déterminisme ; technique / humanité ; lésionnel / fonctionnel ; etc.).

Une telle épistémologie est à notre sens à construire, à partir d'une pensée critique, ce qui induit que cet « agir-en-santé » ne puisse pas être défini *a priori* avec précision. À ce stade, il importe surtout d'indiquer la fonction reliante de la préposition « en » dans la locution « agir-en-santé »,

pour signifier que la santé est l'espace territorialisé des interactions de tous les actants concernés, patients tout autant que professionnels de la santé, et de souligner que l'« agir » dont il est question, par ses dimensions interrelationnelles et contextuelles, ne se résume pas à un « faire ». Dès lors qu'il implique un sens, à examiner au regard d'une reconfiguration des prémisses de l'action médicale, cet agir est d'abord, fondamentalement, une expérience qui devrait être pensée autant comme expérience professionnelle que comme expérience d'apprentissage. C'est ainsi que sont réinterrogés les différents termes des relations entre pouvoir et savoir par rapport à la santé et qu'il convient de reconnaître, par exemple, que la place de l'expertise techno-scientifique est désormais débattue, que la légitimité du patient à faire valoir ses propres normes est mieux reconnue, ou que la réalité d'une construction explicitement collective de l'action s'impose.

Il s'agit, en somme, de faire le constat que faute d'une réflexion appropriée sur une épistémologie de l'action, apte à rendre compte de « l'agir-en-santé », les curriculums de formation dans ce champ adoptent par défaut – mais en réalité en lien avec un ancrage scientifique et historico-culturel intériorisé –, l'épistémologie de la recherche scientifique conduite dans le paradigme positiviste. Dès lors, en postulant que les problèmes de santé, en tant que réalités connaissables, seraient exclusivement assimilables à des catégories naturelles qu'il convient d'appréhender dans une approche objectivante, une telle perspective a imposé comme modèles quasi-exclusifs de l'action médicale la médecine expérimentale et l'épidémiologie clinique, en lien avec la rationalité hypothético-déductive. Ce faisant, une telle approche a privilégié la posture explicative de la seule raison expérimentale au détriment de la posture compréhensive de la raison interprétative, en se privant ainsi de la possibilité d'explorer d'autres hypothèses, telles que, notamment, celles de causalités intriquées, circulaires et systémiques, plutôt que seulement celles de causalités linéaires et univoques [1]. Elle s'est aussi détournée de voies alternatives fécondes permettant d'explorer la réalité des situations de santé

dans une perspective inductive à partir des expériences vécues, dans une logique interprétative et compréhensive, sans pour autant renoncer à l'exigence de rigueur des approches scientifiques [1,2].

Nous proposons d'introduire la notion d'éthique des curriculums en santé pour désigner l'idée que les choix relatifs aux conceptions de l'« agir-en-santé », qui sous-tendent l'organisation des curriculums de formation des professionnels de la santé, devraient être rendus explicites, au regard notamment de leurs dimensions constitutives, dans le cadre de processus ouverts de mise en projet.

L'objectif de la présente contribution est de clarifier la problématique qui soutient la redéfinition de l'objet de formation au sein des curriculums en santé autour d'un « agir-en-santé » et de montrer l'intérêt que constitue à cet égard, en tant que cadre conceptuel, la notion d'éthique des curriculums.

La notion d'éthique des curriculums en santé

Nous nous appuyons sur l'idée que l'éthique désigne tout à la fois les intentions, les orientations et les régulations de l'action, au regard de ses effets. Elle concerne aussi la détermination des conditions effectives de l'action, dans sa dimension contextuelle, laquelle est à réinterpréter au fur et à mesure des transformations du contexte. En lien avec une telle conception, la notion d'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé veut signifier que les choix qui sous-tendent les processus intriqués d'idéation, d'élaboration, de conception, ainsi que de planification, d'implantation et d'évaluation des curriculums concernés, se fondent à partir de normes et de critères, qui sont le plus souvent implicites mais qui devraient être explicites. Ces choix ne sont pas donnés au regard de valeurs qui s'imposeraient *a priori* mais sont au contraire contingents et éminemment contextuels. Ils sont en lien avec des valeurs socialement construites, historiquement situées, intériorisées dans des cultures et des identités professionnelles ou groupales. Ces dernières participent à la fois de macro cultures (républicanisme, capitalisme, néolibéralisme, etc.), de méso cultures (scientifique, historique, médicale, organisationnelle, etc.) et de micro cultures (celles du groupe professionnel, de la famille, de l'ethnie, etc.), qui sont toutes interdépendantes. Elles se manifestent concrètement dans des actes professionnels quotidiens de multiples façons, par exemple en lien avec des aspects procéduraux, architecturaux, instrumentaux ou même vestimentaires, ce qui permet de qualifier d'autotopiques les espaces où elles se développent, pour indiquer qu'ils déterminent, par leurs configurations, les modes d'un fonctionnement autonome des individus.

Il convient donc de se convaincre qu'il n'y a pas de « neutralité objective » des fondements sous-jacents aux programmes de formation des professionnels de la santé, y compris lorsque ces programmes revendiquent de s'appuyer sur des bases scientifiques, dont la construction repose d'ailleurs elle-même sur des postulats dont rend

compte l'histoire des sciences et de la médecine, notamment au travers des divers paradigmes qui s'y construisent et, parfois, s'opposent.

Dès lors, l'exigence éthique des acteurs concernés à un titre ou à un autre (responsables et gestionnaires des programmes, enseignants, formateurs, étudiants, chercheurs mais aussi pédagogues, philosophes, patients, citoyens et parents, etc.) est de mettre au jour et d'explicitier les différentes normativités qui sous-tendent les choix respectivement effectués – telles que, par exemple, l'objectivisme, la rationalisme, l'empirisme, le quantitativisme, le réductionnisme, le constructivisme, le pragmatisme, le perspectivisme – afin de pouvoir en débattre dans des espaces démocratiques. La perspective de la démocratie qui est convoquée ici dépasse naturellement celle de la prise en compte de la seule expression majoritaire. Il faut plutôt la comprendre au sens que développe Dewey [3], en lien avec le rôle qu'il assigne à l'institution éducative pour promouvoir le processus de partage des expériences personnelles, afin que celles-ci deviennent des biens communs, permettant à chacun de se construire la possibilité de vivre au sein du groupe social dans lequel il s'insère, tout en développant ses capacités distinctives pour les mettre au service de ce groupe.

Nous pensons qu'un examen critique du problème ainsi formulé peut être opportunément conduit au regard d'une double perspective, centrée respectivement sur les questionnements constitutifs de la notion de paradigme et sur les enjeux éthiques dont ces questionnements sont porteurs. Il en résulte un double constat, à partir duquel une refondation de l'épistémologie et de l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé peut-être pensée.

Les enjeux éthiques liés aux orientations paradigmatiques des curriculums

Les questionnements constitutifs de la notion de paradigme

La perspective épistémologique appliquée à l'examen critique des curriculums peut notamment s'appuyer sur la notion de paradigme, telle qu'elle est employée dans la perspective historique et psycho-sociologique développée par Kuhn en philosophie des sciences [4], selon laquelle un paradigme est un ensemble articulé de théories scientifiques, de savoirs issus de la recherche mais aussi de « croyances » ou de valeurs fondamentales, reconnues – ou en tout cas admises – par une communauté de chercheurs, qui leur permet à la fois de formuler des problèmes et de suggérer la manière d'obtenir des solutions. En lien avec cette notion, il est par exemple possible, en première intention, de reprendre le cadre conceptuel et opérationnel développé par Guba [5], qui considère qu'un paradigme se définit par la manière dont on répond à trois questionnements : 1) le questionnement ontologique (quelle est la nature de ce qui est à connaître ou de ce dont il s'agit de rendre compte ?) ; 2) le questionnement épistémologique

(quelle est la nature de la relation entre le sujet connaissant et l'objet à connaître ou à caractériser ?) ; 3) le questionnement méthodologique (quels moyens faut-il mettre en œuvre pour expliciter ou opérationnaliser l'objet concerné ?).

Sans préjuger par ailleurs de la réponse qu'il convient d'apporter à la question de la primauté de l'un des trois questionnements par rapport aux deux autres, une telle grille de lecture permet de guider un examen critique des savoirs qui sont convoqués dans le cadre de la formation des professionnels de la santé, au regard de débats plus généraux qui concernent la définition légitime de la science – et donc celle de la science légitime. Les réponses qui sont apportées participent notamment à la délimitation respective des savoirs scientifiques ou non scientifiques et, *in fine*, à la légitimation des savoirs reconnus comme savoirs à enseigner, par exemple au nom de la conception implicite de l'épistémologie « institutionnelle » [6], d'obédience positiviste, qui revendique les principes de neutralité, d'impartialité et d'autonomie de la science [7].

Les enjeux d'une perspective éthique

De tels débats sont nécessaires. Ils illustrent cependant, en creux, les limites d'un regard critique qui restreindrait l'examen des conditions de possibilité de l'« agir-en-santé » à celles des savoirs scientifiques ou des savoirs à enseigner. Nous reprenons pour notre compte la clarification développée par Folscheid [8], selon laquelle, en dépit des stéréotypes répandus qui prétendent que d'art qu'elle était, la médecine serait devenue une science, « la médecine n'est [...] ni une science ni une technique, mais [bien] une pratique soignante personnalisée, accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques », c'est-à-dire une *praxis*.

Dès lors, il y a lieu de questionner les conditions, les enjeux et les contextes humains ou écologiques de cet agir. Il devient par exemple licite, avec Foucault [9], de convoquer la notion de « savoirs assujettis » et de se demander pourquoi « toute une série de savoirs [...] se trouv[ai]ent disqualifiés comme savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés [...], savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs en dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requise [...], celui du psychiatrisé, celui du malade, celui de l'infirmier, celui du médecin, mais parallèle et marginal par rapport au savoir médical ». Il s'avère également pertinent de convoquer la notion d'injustice épistémique, forgée par Fricker [10], qui désigne les situations où une personne ou un groupe de personnes sont discréditées dans leur légitimité et leur capacité à fournir un savoir, en raison de préjugés à l'égard de leur statut social, qui conduisent à nier leur qualité de sujets connaissant.

En énonçant ainsi qu'il est essentiel de procéder à un examen critique des conditions de possibilités de l'« agir-en-santé », c'est bien la visée éthique des curriculums qui est interrogée, au sens où nous entendons l'éthique avant

tout comme une réflexion sur l'agir et non comme une revendication *a priori* de telle ou telle valeur, ce qui la distingue de la morale ou de la déontologie.

L'exigence éthique liée à la construction d'un curriculum de formation en santé procède dès lors, simultanément, des débats assumés et des orientations qui sont élaborées au regard de chacun des questionnements paradigmatiques précités – ontologique, épistémologique et méthodologique – mais surtout, *in fine*, de la cohérence performative des réponses nécessairement interdépendantes qui sont apportées à chacune des trois questions, condition d'un engagement responsable.

Le double constat d'une vision paradigmatique problématique et d'une éthique ambivalente des curriculums conventionnels

Une vision paradigmatique restreinte

L'examen d'un curriculum de formation professionnelle en santé à l'aide du cadre conceptuel présenté précédemment permet une analyse critique de l'objet d'enseignement et d'apprentissage visé par le programme.

Dans les curriculums traditionnels de formation des professionnels de la santé, la dimension ontologique de cet objet (quelle est la nature de ce qui est à enseigner, à apprendre et à évaluer ?) apparaît d'emblée comme doublement restreinte, d'une part, aux savoirs formels et stabilisés issus de la recherche scientifique et, davantage encore, de l'autre, quasi exclusivement aux savoirs scientifiques issus de la recherche conduite dans le paradigme positiviste, qui sont développés et contrôlés en collégialité par des pairs, au sein des organisations que sont les disciplines scientifiques, fondamentales et cliniques, du champ de la santé.

Au regard de sa généalogie épistémologique (qui en sont les prescripteurs ? Quels en sont les déterminants ? Au regard de quels présupposés ?), le travail didactique, qui consiste à sélectionner le corpus des savoirs disciplinaires devant être traduit en corpus de savoirs à enseigner, est effectué prioritairement au regard de la logique interne des disciplines, c'est-à-dire de la cohérence entre, d'une part, les sciences fondamentales et cliniques sur lesquelles elles s'appuient et, de l'autre, les savoirs appliqués qui s'en déduisent.

Au plan de la transposition pédagogique, qui concerne la dimension méthodologique du traitement de l'objet d'enseignement et d'apprentissage (quels dispositifs curriculaires et pédagogiques faut-il implanter ?), les constats sont plus nuancés. Certes, de nombreuses et très fécondes expériences de révisions curriculaires innovantes ont été développées, notamment à partir des orientations fournies par les cadres conceptuels et méthodologiques de l'apprentissage par problèmes ou, plus récemment, de l'approche par compétences [11–13]. Cependant, de nombreux programmes restent « conventionnels » : dès

lors qu'ils ne sont pas spécifiquement contextualisés à la pratique professionnelle, les savoirs à enseigner et à apprendre sont exposés dans le cadre d'interventions pédagogiques essentiellement « transmissives ». On ne se préoccupe en général – ou assez peu – ni de la manière dont les étudiants se les approprient ni des conditions qui favoriseront la remobilisation de leurs apprentissages en situation d'agir. On se contente de vérifier, lors d'activités applicatives (par exemple, les travaux dirigés, les travaux pratiques et les stages), puis lors des examens, qu'ils en maîtrisent les contenus et certaines applications opératoires, habituellement peu intégratives.

L'approche éducationnelle des programmes de formation professionnelle en santé se révèle ainsi souvent déficitaire dans ses présupposés épistémologiques, non-obstant certaines expériences plus critiques qui sont assez régulièrement mises en œuvre en formation professionnelle continue. Elle fait en effet l'économie d'une réflexion quant à l'existence légitime d'une épistémologie propre de l'action en santé, en méconnaissant, par exemple, la contribution de Schön à la caractérisation du praticien réflexif comme questionnement prometteur en vue de l'élaboration d'une épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes [14]. L'une de ces implications est notamment que l'on devrait penser une telle épistémologie dans un sens élargi, plus proche de l'acception qu'a ce terme dans la tradition anglo-saxonne qui, à l'inverse de l'approche dite continentale (européenne), ne la restreint pas aux seules connaissances scientifiques. L'enjeu est de mutualiser les examens critiques concernant la genèse, la nature et la forme de toutes les connaissances au sein d'une théorie générale de la connaissance, que désigne le concept de gnoséologie [6]. Il devient alors licite d'y inclure une épistémologie de l'« agir-en-santé ».

Dans une conception « humboldtienne » du rapport au savoir (en référence à la fondation de l'Université de Berlin en 1810 par Wilhelm von Humboldt, qui assigne l'enseignement et la recherche à une seule et même mission centrale mais qui continue à attribuer à la recherche, et notamment à la recherche fondamentale, un prestige symbolique supérieur à celui de la fonction enseignante), l'approche académique traditionnelle accorde en effet une prééminence aux savoirs scientifiques, en instaurant *de facto* une subordination des sciences cliniques – en tant que sciences appliquées – par rapport aux sciences fondamentales, et elle réduit les savoirs professionnels au rang de sous-produits. Dans le champ de la santé, elle restreint par ailleurs ces sciences fondamentales aux seules sciences biologiques, en confinant souvent les sciences humaines et sociales à une fonction supplétive, dont le rôle serait de fournir, pour solde de tout compte, une forme de « supplément d'âme » à des médecins jugés insuffisamment « humanistes ».

En conséquence, c'est donc bien par défaut que l'épistémologie de la recherche scientifique, et tout particulièrement de la recherche conduite dans le paradigme positiviste, tient lieu d'épistémologie de l'action

médicale, avec pour modèles quasi-exclusifs la médecine expérimentale et l'épidémiologie clinique. Il est d'ailleurs assez singulier, sinon paradoxal, que le courant contemporain de *evidence-based medicine*, dont le projet princeps était pourtant, précisément, de proposer un nouveau cadre pour guider l'action médicale, articulant judicieusement à la fois les meilleures données scientifiques disponibles, l'expérience des praticiens et les préférences d'un patient informé, se soit radicalement rétréci, à l'issue d'une dérive aussi insidieuse qu'implacable, sur une conception étroitement positiviste de la démonstration et de la preuve [15], elle-même perçue – peut-être – comme unique source possible d'une réassurance face aux incertitudes à affronter.

Une éthique ambivalente trop exclusivement orientée sur la rationalité

En accordant de cette sorte le primat à l'épistémologie positiviste des savoirs scientifiques, l'approche éducationnelle traditionnelle privilégie la forme rationalisée – notamment au regard d'une rationalité de l'analyse causale – et idéalisée d'un acte maîtrisé, dans un contexte normé et routinier, au détriment de la nature informelle de l'expérience, telle qu'elle se révèle dans « l'extraquotidien » que constituent la singularité et la corporalité désarmantes du patient.

Elle se révèle ainsi déficitaire dans sa visée éthique, puisque l'impasse est faite sur la complexité de l'« agir-en-santé », dans sa double dimension située et contextuelle, mais aussi incarnée ou énaïve. Ce dernier qualificatif fait référence à la perspective de l'énaïon, forgée à l'interface de la phénoménologie et de la physiologie [16] par le neuroscientifique et philosophe Francisco Varela [17], dont les travaux sont de plus en plus fréquemment repris dans le champ de l'éducation [18].

Ce faisant, une telle approche éducationnelle méconnaît aussi largement les ressources que tant les professionnels de la santé que les patients sont susceptibles de construire et de mobiliser à partir de leurs expériences, en lien par exemple avec les notions d'auto-normativité [19], de rétablissement [20], de biographisation [21] ou de narrativité [22].

Dans le sillage du dualisme cartésien, la rupture sous-jacente à un tel déficit est en réalité contemporaine de l'avènement de la méthode anatomo-clinique à partir du XVIII^e siècle, moment où Foucault situe la « naissance de la clinique » [23]. Il parlait à vrai dire de la naissance de la clinique moderne, associée notamment au développement de l'institution hospitalière. Précédemment, le Corpus hippocratique avait fondé une clinique d'essence phénoménologique, centrée sur la singularité de la rencontre, en postulant que l'expérience d'un sujet n'était réductible à aucune autre. Ce faisant, il avait instauré la clinique comme un processus de reliance entre le singulier et l'universel, en suggérant que l'objet « maladie » s'élaborait, en tant que co-construction, à partir des paroles du patient et des manifestations de son corps, grâce à l'intelligibilité qu'en permettait le savoir du médecin

[24]. En se refondant radicalement comme méthode d'objectivation de lésions ou de désordres, la clinique moderne introduit une rupture, en prétendant désormais se constituer en tant que science, « détachant la maladie de l'individu malade » [25], dorénavant dépossédé du statut de sujet de sa maladie et de son potentiel d'« auto »-normativité [26], pour devenir un objet de connaissance.

Une telle conception de la formation des médecins et, par ricochet, de la formation des différents professionnels de la santé, a été soutenue par le modèle dominant de l'exercice médical, qu'elle consolidait en retour, à savoir celui d'une pratique hospitalière, centrée sur le rôle de diagnosticien-thérapeute, autour de problèmes de santé aigus, en lien avec une conception nosographique et bio-clinique des problèmes de santé, dans le cadre d'une interprétation paternaliste du « colloque singulier » comme socle de la relation médecin-patient.

Plusieurs approches critiques, portées par différents courants de pensée, l'ont confrontée à ses limites. Certaines ont été rappelées précédemment, telles que celles de la promotion de la santé, des soins palliatifs ou de l'éducation thérapeutique, même s'il faut admettre que ces courants peinent parfois, eux aussi, à s'émanciper de la norme positiviste. D'autres les avaient précédées comme, tout particulièrement, la contribution de Balint à la redéfinition de la nature et des conditions de la relation de soin [27]. De nombreux mouvements, dont celui du « patient partenaire », plus récent, mettent pour leur part en exergue non seulement le fait que les patients soient des auteurs à part entière de leur santé mais aussi leur légitimité à être reconnus comme experts de leur vie avec la maladie, cette dernière étant considérée comme une expérience génératrice de savoirs d'expérience originaux, susceptibles d'être réinvestis dans la pratique soignante, l'enseignement et la recherche [28-30]. Cependant, ces différentes interpellations n'ont eu à ce jour que des effets marginaux ou locaux sur la réflexion à mener dans les facultés de médecine quant aux orientations des curriculums. On peut ainsi remarquer que la recommandation formulée dans le Code de déontologie médicale en France [31], selon laquelle « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées [...] », continue à être le plus souvent interprétée au profit de la seule exigence d'une objectivation anatomo-clinique, dont les limites sont désormais perçues comme pouvant être perpétuellement repoussées, grâce à l'essor de l'imagerie et de la biologie modernes, augmentées aujourd'hui par les ressources de l'intelligence artificielle.

La nécessité d'une refondation critique du paradigme et de l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé

Dans ce cadre, des questions très contemporaines interrogent aujourd'hui de manière plus radicale l'« agir-en-santé ». Elles sont en lien avec les multiples évolutions

qui caractérisent désormais le contexte de l'action médicale : préoccupations accrues liées aux enjeux des maladies chroniques et des situations de dépendance ; pratiques de soins distribuées sur de nombreux lieux dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, sollicitant le travail en réseau et la collaboration interprofessionnelle ; émergence des nouvelles figures du patient (usager voire client du système de santé, médiateur de santé pair, formateur, chercheur, acteur de soins auto-suffisant pour l'accès aux informations en santé *via* les ressources numériques, propriétaire de ses données de santé et revendiquant tout autant l'exercice plénier de son autonomie que la reconnaissance de son expertise et la légitimité de son agentivité dans ce champ) ; avènement des modèles de la décision médicale partagée ; développement du recours à l'intelligence artificielle et aux données massives générées par la génomique, la protéomique ou l'exposomique au service d'une médecine dite personnalisée ou de précision ; dépassement des limites du vivant, promu, par exemple, par la procréatique ou l'ambition transhumaniste ; etc. Dans un environnement marqué par ailleurs par une forte culture de l'innovation (sociale, technologique,...), ces questions font émerger la nécessité de repenser de façon critique la créativité de l'agir individuel et collectif, en lien avec une analyse de l'action située.

Par ailleurs, paradoxalement, faute d'être judicieusement préparés à ces nouvelles conditions de leur agir, les étudiants et les professionnels de la santé, de ce fait souvent démunis des compétences nécessaires au traitement adéquat des situations de santé et de soins, sont aujourd'hui, plus que jamais, mis à mal dans leur identité et dans leurs rôles professionnels [32]. Ils sont même menacés jusque dans leurs équilibres personnels et dans leur santé [33,34]. Il serait sans doute judicieux de faire l'hypothèse que leur souffrance puisse être interprétée comme l'un des symptômes d'une maladie des curriculums, à condition de dépasser, là encore, l'interprétation strictement anatomo-clinique de cette métaphore qui avait fait fortune à l'aube du courant contemporain de la pédagogie médicale [35,36]. Pour le dire autrement, il serait lucide de reconnaître que les études en santé ne préparent pas toujours adéquatement à une capacité d'agir en santé intégrative, requise dans un exercice soignant complexe et en cours de redéfinition, en prenant soin de considérer que les problématiques concernées, ainsi que les ressources à mobiliser, sont autant collectives qu'individuelles et que l'émancipation des professionnels de la santé devrait favoriser aussi celle des patients.

La prise en compte de ces nouvelles données devrait ainsi favoriser un changement nécessaire, voire remettre radicalement en cause le paradigme historique des curriculums de formation, qui accorde un primat hégémonique à l'épistémologie des savoirs scientifiques issus du postulat positiviste. Sans nier les différents acquis d'un tel positionnement, cette réflexion invite à refonder les curriculums de formation professionnelle en santé à partir de deux axes interdépendants : d'une part, celui d'un recentrage de l'objet d'enseignement et d'apprentissage

sur l'« agir-en-santé » plutôt que sur les savoirs et, corollairement, celui d'une épistémologie plurielle de l'« agir-en-santé », à construire dans le cadre d'un élargissement à une authentique gnoséologie, au sens rappelé précédemment. Ainsi serait satisfaite l'exigence première d'une éthique des curriculums, au travers de la mise en œuvre des « conditions de possibilité » des différents discours et injonctions politiques actuels, dans les champs de la santé et de l'éducation [37].

Le projet de promouvoir les pratiques de collaboration interprofessionnelle, par exemple, n'est ni crédible ni viable tant que persiste une organisation des milieux de formation autour des entités disciplinaires, peu ouvertes aux interactions médico-psycho-sociales, ou tant que les processus d'admission et d'orientation dans les différentes filières de formation en santé restent fondés sur une conception hiérarchique et cloisonnée des différentes professions et des différentes spécialités d'exercice, ainsi que sur une logique de mise en compétition des étudiants.

Sur un autre plan, la bascule annoncée des curriculums en faveur d'une approche par compétences, pour autant que cette notion ne soit pas comprise dans une conception réductrice et purement instrumentale [38], n'est pas compatible avec des dispositifs curriculaires, pédagogiques et d'évaluation qui continuent à favoriser des apprentissages théoriques ou de bas niveau taxonomique (limités, par exemple, à un savoir redire ou un savoir refaire, ou mobilisés dans le cadre de situations stéréotypées très réductrices), méconnaissant les exigences d'une formation à la complexité et à l'incertitude, en raison d'une soumission à l'illusion fantasmée de la rigueur que fourniraient la standardisation et l'approche métrologique de l'évaluation des apprentissages.

Enfin, dans un contexte de pluralisme moral, l'exigence éthique d'une prise en compte de diverses références axiologiques dans le souci d'une action « bonne et juste » implique que des ressources élargies, non restreintes aux seules habiletés cognitives ou procédurales mais ouvertes au champ des affects, soient disponibles pour les futurs praticiens.

Des éclairages conceptuels pluriels, inscrits dans différents courants de pensée, scientifiques, philosophiques ou éducationnels, s'avèrent aujourd'hui nécessaires à mobiliser pour penser la complexité de ce que recouvre l'« agir-en-santé ». À l'interface de la philosophie, de la psychologie et de la pédagogie, les perspectives du pragmatisme [39,40], de l'énaction [18], des différents courants de la phénoménologie [16] ou des théories de l'action [41], tout autant que les acquis les plus récents, entre autres, des sciences cognitives et affectives réconciliées, sont quelques-unes des pistes à mobiliser pour approfondir et opérationnaliser un cadre conceptuel de l'« agir-en-santé » en tant qu'objet éducationnel. C'est ce que s'efforcent de faire, au travers de la diversité de leurs itinéraires scientifiques et professionnels, les différents

contributeurs de cette tribune et les membres du réseau thématique « Éthique des curriculums en santé » de la Société internationale francophone d'éducation médicale.

Conclusion

En référence au cadre conceptuel proposé en introduction pour caractériser un paradigme, c'est donc à l'explicitation de l'agir professionnel en santé, en tant que nouvel objet d'enseignement et d'apprentissage, qu'une réflexion socialement responsable quant à l'avenir de la formation des professionnels de la santé devrait s'attacher, au regard des trois dimensions : ontologique (en privilégiant la centralité de l'action), épistémologique (en invitant à une rupture pragmatiste et à un élargissement gnoséologique) et méthodologique (en exploitant le concept de compétence à des fins didactiques et pédagogiques), dans le cadre de processus transformationnels et démocratiques, favorisant une participation et une représentativité interdisciplinaires et interprofessionnelles. Une telle démarche se forge à partir de la conviction que ces différents choix sont portés par un geste éthique, dont il convient de rendre explicites les présupposés théoriques, les valeurs qui le sous-tendent et l'horizon performatif dont elles sont les promesses. C'est donc bien à partir de l'examen critique des pratiques professionnelles en santé qu'il s'agit aujourd'hui de re-penser l'épistémologie des curriculums de formation en santé, autour d'un « agir-en-santé » que l'épistémologie dominante positiviste a oblitéré. En indiquant que celui-ci a vocation à devenir l'objet de la formation des professionnels de la santé au sein des curriculums, c'est bien un projet éthique qui est signifié.

Contributions

Florence Parent et Jean Jouquan ont élaboré la version initiale du manuscrit à partir des travaux collaboratifs du groupe thématique « Éthique des curriculums ». Grégory Aiguier, Alexandre Berkesse, Manoé Reynaerts, Franck Rolland et Helyett Wardavoir ont participé aux révisions intermédiaires successives. Tous les co-auteurs ainsi que tous les membres du groupe thématique « Éthique des curriculums en santé » ont participé solidairement à la rédaction et à l'approbation de la version finale.

Membres du groupe thématique « Éthique des curriculums en santé » : Grégory Aiguier, Alexandre Berkesse, Sébastien Biset, Cécile Bolly, Jean-Patrick Chauvin, Laurent Calvel, Isabelle Colombet, Josiane Dahlen, Sonia Debbabi, Camille Desfours, Jean-Marie Deketele, Isabelle Francois, Corinne Gere, Emmanuelle Jouet, Jean Jouquan, Olivier Las Vergnas, Emylie Lentzner, Florence Parent, Alain Percivalle, Sophie Renet, Manoé Reynaerts, Catherine Romanus, Franck Rolland, Helyett Wardavoir, Jean-Christophe Weber.

Approbation éthique

Non sollicitée car sans objet.

Liens d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêt financier en lien avec le contenu de cet article. Tous ont été ou sont impliqués dans des curriculums de formation professionnelle en santé.

Références

- Schurmans M-N. Expliquer, interpréter, comprendre. Le paysage épistémologique des sciences sociales. Carnets des sciences de l'éducation. Genève : Publications de l'Université de Genève / Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 2006, pp. 1-5.
- Berthelot J-M. Epistémologie des sciences sociales. Paris : Presses Universitaires de France, 2001.
- Dewey J. Démocratie et éducation (1^e éd., 1916). Suivi de : Expérience et éducation (1^e éd., 1938). Paris : Armand Colin, 2011.
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions (2^e ed., 1970). Chicago : University of Chicago Press, 1962.
- Guba EG. The paradigm dialog. Newbury Park (CA) : Sage Publications, 1990.
- Le Moigne J-L. Les épistémologies constructivistes (4^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France, 2012.
- Coutellec L. La science au pluriel. Essai d'épistémologie pour des sciences impliquées. Versailles : Quae, 2015.
- Folscheid D. La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental. Laval Théologique et Philosophique 1996;52:499-509.
- Foucault M. Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976). Paris : Seuil, 1997.
- Fricke M. Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Grand'Maison P, Des Marchais JE. Preparing faculty to teach in a problem-based learning curriculum: The Sherbrooke experience. CMAJ 1991;144:557-62.
- Vu NV, Bader CR, Vassalli JD. The current curriculum in medicine at the University of Geneva. Rev Med Suisse Romande 1997;117:65-8.
- Boniver J. Les études de médecine à l'Université de Liège : le renouveau pédagogique de la Faculté de médecine. Rev Med Liège 2004;59:717-30.
- Schön DA. À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes, in : Savoirs théoriques et savoirs d'action, Barbier J-M. Presses Universitaires de France : Paris, 2011, pp. 201-22.
- Jouquan J. L'évaluation des pratiques confrontée à l'exigence de la preuve en médecine clinique. Médecine Thérapeutique 2003;9:93-100.
- Berthoz A, Petit J-L. Phénoménologie et physiologie de l'action. Paris : Odile Jacob, 2006.
- Varela F. Quel savoir pour l'éthique? Action, sagesse et cognition. Paris : La Découverte, 1996.
- Masciotra D, Roth W, Morel D. Introduction, in : Énaction. Apprendre et enseigner en situation, Masciotra D, Roth W, Morel D, (Dir). De Boeck Supérieur : Louvain-la-Neuve, 2008, pp. 11-8.
- Barrier P. La blessure et la force, la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité. Paris : PUF, 2010.
- Greacen FT, Jouet E. Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment en santé mentale, in : Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment, Jouet E, Editor. ERES – Actualité de la psychiatrie : Toulouse, 2012, pp. 7-19.
- Delory-Momberger C. Biographie, socialisation, formation. Comment les individus deviennent-ils des individus ?, in : Delory-Momberger C, (Coord.). L'Orientation scolaire et professionnelle : Travail biographique, construction de soi et formation 2004;33:551-70.
- Charon R. Narrative and medicine. N Engl J Med 2004;350:862-4.
- Foucault M. Naissance de la clinique. Paris : Presses Universitaires de France, 1963.
- Moullie JM. Nature de la médecine. Médecine magique, médecine rationnelle, in : Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et en santé. Médecine, santé et sciences humaines. Les Belles Lettres : Paris, 2011, pp. 21-38.
- Sinding C. Clinique, in : Dictionnaire de la pensée médicale, Lecourt D, (dir.). Presses Universitaires de France (Collection Quadrige) : Paris, 2004, pp. 249-55.
- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Presses Universitaires de France, 1943.
- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie (traduit de l'anglais par J-P Valabrega). Paris : Presses Universitaires de France, 1960.
- Berkesse A, Dumez V, Skiredj K. La mobilisation des savoirs issus de la vie avec la maladie : une responsabilité éthique et politique, in : Dictionnaire de responsabilité sociale en santé, Boelen C, Cauli M, Ladner J. Presses Universitaires du Rouen et du Havre : Mont-Saint-Aignan, 2019, pp. 383-7.
- Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey M-P, Del Grande C, Guadiri DJ, Fernandez N, Jouet E, Las Vergnas O, Lebel P. The patient as partner in care: Conceptual grounds for a necessary transition. Acad Med 2015;90:437-41.
- Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Note de synthèse. Pratiques de Formation – Analyses 2010:58-9.
- Ordre national des médecins code de déontologie médicale. 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>.
- Parent F, Jouquan J. Développement personnel, in : Dictionnaire de responsabilité sociale en santé, Boelen C, Cauli M, Ladner J. Presses Universitaires du Rouen et du Havre : Mont-Saint-Aignan, 2019, pp. 168-73.
- Mourgues J-M, Le Breton-Lerouvillois G (sous la direction de). La santé des étudiants et jeunes médecins. Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins, 2016.
- Marra D. Rapport au Ministre de la santé et des solidarités et au Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sur la qualité de vie des étudiants en santé. 2008. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf.
- Abrahamson S. Diseases of the curriculum. J Med Educ 1978;53:951-57.
- Guilbert J-J. Les maladies du curriculum. Revue française d'éducation médicale 1981;4:13-6.
- Parent F, Jouquan J. Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative. Bruxelles : De Boeck, 2013.
- Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé. Une clarification conceptuelle et méthodologique. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur, 2015.

39. Steiner P. Sciences cognitives, tournant pragmatique et horizons pragmatistes. *Tracés* 2008;5:85-105.
40. Aiguier G, Le Berre R, Vanpee D, Cobbaut J-Ph. Du pragmatique au pragmatisme : quels enjeux pour la formation à l'éthique ? *J Int Bioéthique* 2012;23:123-48.
41. Bronckart J-P. Une introduction aux théories de l'action. *Carnets des sciences de l'éducation* (3^e éd.). Genève: Publications de l'Université de Genève / Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 2010, pp. 1-5.

Citation de l'article : Parent F., Aiguier G., Berkesse A., Reynaerts M., Rolland F., Wardavoir H., Jouquan J. Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de « l'agir-en-santé ». *Pédagogie Médicale*, <https://doi.org/10.1051/pmed/2019020>