Document généré le 14/10/2026 03:05

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Un lieu d'accueil pour l'élaboration de la souffrance du soignant : réflexion sur le cursus de formation en éthique au programme de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke

Dany Lamothe, Benoit Bergeron, Joëlle Hassoun et Jessika Roy-Desruisseaux

Volume 3, numéro 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073549ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073549ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lamothe, D., Bergeron, B., Hassoun, J. & Roy-Desruisseaux, J. (2020). Un lieu d'accueil pour l'élaboration de la souffrance du soignant : réflexion sur le cursus de formation en éthique au programme de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(2), 72–79. https://doi.org/10.7202/1073549ar

Résumé de l'article

La spécificité des soins en psychiatrie liée au contexte actuel rend les enjeux éthiques particulièrement saillants. Les résidents en formation dans cette discipline médicale sont confrontés à de tels enjeux dans bien des situations difficiles, lesquels peuvent fréquemment occasionner un inconfort marqué et une souffrance morale. Les futurs médecins sont outillés de connaissances et de compétences qui devraient leur permettre d'aborder les enjeux éthiques inhérents à la pratique, car l'enseignement de cette discipline est maintenant une condition d'accréditation des programmes de résidence au Canada. Or, bien des questions subsistent quant à la conception d'un enseignement en éthique clinique qui soit valide et efficient pour ces jeunes praticiens. Dans cet essai, nous tenterons d'esquisser des pistes de réponses à ce champ large de questionnements, à partir de notre expérience vécue en tant que résidents. Après avoir examiné certaines spécificités du dispositif pédagogique dont nous avons bénéficié au sein du programme de résidence en psychiatrie à l'Université de Sherbrooke, nous analyserons en quoi la structure du cursus proposé peut être un exemple positif pour une formation en éthique adéquate pour les jeunes professionnels de santé que sont les résidents. Plus spécifiquement, nous mettrons en évidence comment le fait de créer un espace pour accueillir la souffrance du soignant en formation peut avoir un impact sur sa propre sensibilité à la souffrance du sujet qu'il soigne.

Copyright © Dany Lamothe, Benoit Bergeron, Joëlle Hassoun and Jessika Roy-Desruisseaux, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

D Lamothe, B Bergeron, J Hassoun, J Roy-Desruisseaux.
Can J Bioeth / Rev Can Bioeth. 2020;3(2):72-79

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Un lieu d'accueil pour l'élaboration de la souffrance du soignant : réflexion sur le cursus de formation en éthique au programme de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke

Dany Lamothe[1], Benoit Bergeron[1], Joëlle Hassoun[1], Jessika Roy-Desruisseaux[1]

Résumé

La spécificité des soins en psychiatrie liée au contexte actuel rend les enjeux éthiques particulièrement saillants. Les résidents en formation dans cette discipline médicale sont confrontés à de tels enjeux dans bien des situations difficiles, lesquels peuvent fréquemment occasionner un inconfort marqué et une souffrance morale. Les futurs médecins sont outillés de connaissances et de compétences qui devraient leur permettre d'aborder les enjeux éthiques inhérents à la pratique, car l'enseignement de cette discipline est maintenant une condition d'accréditation des programmes de résidence au Canada. Or, bien des questions subsistent quant à la conception d'un enseignement en éthique clinique qui soit valide et efficient pour ces jeunes praticiens. Dans cet essai, nous tenterons d'esquisser des pistes de réponses à ce champ large de questionnements, à partir de notre expérience vécue en tant que résidents. Après avoir examiné certaines spécificités du dispositif pédagogique dont nous avons bénéficié au sein du programme de résidence en psychiatrie à l'Université de Sherbrooke, nous analyserons en quoi la structure du cursus proposé peut être un exemple positif pour une formation en éthique adéquate pour les jeunes professionnels de santé que sont les résidents. Plus spécifiquement, nous mettrons en évidence comment le fait de créer un espace pour accueillir la souffrance du soignant en formation peut avoir un impact sur sa propre sensibilité à la souffrance du sujet qu'il soigne.

Mots-clés

éducation médicale, bioéthique, souffrance du soignant, résidence en psychiatrie, santé mentale

Abstract

The specificities of mental health care combined with the contemporary context of health care make ethical issues particularly salient in psychiatry. Thus, residents in training in this medical discipline may be particularly exposed to difficult situations involving an ethical dilemma, which can be a cause of distress and moral suffering. Future physicians are equipped with knowledge and skills that should enable them to address the ethical issues inherent to clinical practice, as teaching of this discipline is now a requirement for accreditation of residency training programs in Canada. However, many questions remain about the design of a valid and effective clinical ethics education for these young practitioners. In this essay, we attempt to sketch out possible answers to this wide range of questions, based on our experience as residents. After having examined some of the specificities of the ethics curriculum which we benefited from the psychiatry residency program at the University of Sherbrooke, we analyze how its structure can be a good example for ethics training of other young professionals, that is, residents. More specifically, we highlight how creating a space to acknowledge the suffering of the care giver in-training can have an impact on their own sensitivity to the suffering of the patient who they are treating.

Keywords

medical education, bioethics, clinician suffering, psychiatry training, mental health

Introduction

Dès l'Antiquité, la pratique médicale a évolué de pair avec des codes d'éthique qui ont régi les actions et décisions des médecins (1). Les avancées médicales et sociales du dernier siècle, alliant une plus grande reconnaissance des droits des individus et des populations au développement de traitements de plus en plus sophistiqués, ont placé au premier plan les enjeux d'éthique médicale et de bioéthique. De ce fait, il est apparu évident aujourd'hui que les médecins en formation doivent recevoir un enseignement spécifique en éthique qui puisse les conduire à des compétences en ce domaine pour leur exercice en clinique. Au Canada, l'enseignement de l'éthique est ainsi devenu une partie intégrante de la formation médicale dans les normes d'accréditation générale des programmes de résidence (2). Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille publient régulièrement sur leurs sites web des cas aux enjeux éthiques plus ou moins complexes et des indications générales sur le contenu possible des curriculums en éthique (3,4). Les stratégies d'apprentissage notées comptent, entre autres, le mentorat, le modèle de rôle, des sessions de discussions de cas, les sessions d'éducation formelle et la participation aux comités d'éthique institutionnels. Par ailleurs, certains modèles théoriques pour le traitement de dilemmes éthiques ont pris une place importante dans l'enseignement de l'éthique médicale. Les modèles de type principaliste (appuyés sur l'utilisation de principes éthiques cardinaux) et casuiste (renvoyant aux méthodes axées sur le cas par cas) sont deux des plus reconnus en éthique médicale et sont régulièrement exposés dans les manuels de bioéthique (5).

La justification de l'enseignement de l'éthique en médecine est souvent fondée sur l'objectif d'amélioration des soins prodigués, tant au niveau du processus de soins que des résultats (2,6). Pourtant, l'évaluation de l'impact de la formation éthique, que ce soit au niveau des compétences acquises ou des effets sur les soins prodigués, n'est pas tâche aisée. Comme le soulève Steele (7), lorsqu'il est question d'évaluation des habiletés éthiques, les critères d'évaluation peuvent être ambigus et l'évaluation en elle-même peut être délicate. Malgré cela, certains auteurs soutiennent que l'enseignement de l'éthique aux étudiants en médecine est un acte d'espoir et qu'il constitue, au minimum, une affirmation de l'importance du domaine de l'éthique pour toute pratique médicale (8). Il n'empêche que des questionnements demeurent autour de la formation en éthique pour les futurs cliniciens : Enseigner quoi? Comment enseigner? Comment former les enseignants?

2020 D Lamothe, B Bergeron, J Hassoun, J Roy-Desruisseaux. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

Dans cet essai, nous espérons mettre en évidence, à partir de notre expérience de résidents, certains des points importants de notre formation en éthique qui pourraient partiellement répondre à ces questions. Nous débuterons par discuter de la complexité du système de soins et de certaines spécificités de la psychiatrie qui placent le soignant fréquemment en situation d'enjeux éthiques ardus. Nous soutiendrons ensuite l'argument que la souffrance du soignant dans son exercice peut être conceptualisée comme le symptôme d'un questionnement éthique vécu, souffrance pour laquelle le manque d'espace d'accueil est la règle dans le modèle standard d'éducation médicale. Par contre, une attention sur le format du cursus d'éthique offert aux résidents en psychiatrie à l'Université de Sherbrooke, fondé sur une approche socratique, devrait nous permettre d'illustrer l'originalité de ce dispositif pédagogique. Plus précisément, nous avancerons que ce cursus permet la création d'un espace pour accueillir la souffrance du soignant et l'élaboration de celle-ci, intimement liée à celle du sujet soigné. Cet espace sera analysé en le comparant successivement au groupe Balint (9), à l'approche éthique par le dialogue et à la transitionnalité. Pour terminer, nous ferons la proposition que cet espace permet de transformer la souffrance initiale du soignant par le développement d'une créativité propre dans sa pratique et que celle-ci est consubstantielle à des soins individualisés de qualité.

Complexité du système de soins en psychiatrie favorisant les conflits éthiques

La psychiatrie est une spécialité médicale où les cliniciens se retrouvent fréquemment dans des situations d'impasse dans lesquelles les enjeux éthiques sont remarquables et quotidiens (10). Par son hétérogénéité, et le fait qu'elle doive être centrée sur l'humain malgré des variables sociales, normatives et budgétaires, la pratique de la psychiatrie fait entrer en tension (et parfois en collision) des valeurs. D'entrée de jeu, le « double rôle » du médecin psychiatre, qui a à la fois un devoir envers l'individu souffrant et envers la société qui les abrite tous deux, institue cette complexité qui le place nécessairement en conflit d'intérêts : soigner ou contrôler? La littérature fait mention de ce conflit en termes de « *dilemme du double rôle* » comme une confrontation entre l'obligation déontologique de bienfaisance envers le patient et l'obligation (civique, morale, légale) envers une partie tierce (société, Cour, lois, famille ou autre professionnel), souvent référée comme le « bien collectif » (10,11).

D'un point de vue sociopolitique, on peut s'imaginer ce dilemme comme une tension entre les réglementations collectives mises en place par notre système de santé publique et les obligations déontologies et morales du médecin. Tel que soulevé par Fournier, il apparait difficile d'énoncer une définition unanime de la santé publique, mais il est généralement possible de s'entendre sur sa mission (12). L'auteur suggère entre autres choses la proposition de l'Institute of Medecine Americain en 1988 : « La mission de la santé publique consiste à garantir les intérêts de la société en assurant des conditions dans lesquelles les populations sont en santé » (12)[1]. Or, ces « intérêts de la société », prenant parfois la forme de politiques publiques dans leur dimension collective, peuvent également se heurter aux valeurs intrinsèques du sujet soignant ou du sujet soigné.

La pratique clinique en psychiatrie offre une pléthore d'exemples où de telles tensions peuvent être vécues, dont les plus fréquentes résident dans la gestion du risque suicidaire, l'utilisation des méthodes coercitives et l'évaluation de l'inaptitude à consentir aux soins. Le respect de l'autodétermination est ainsi mis en tension avec l'impératif déontologique de bienfaisance, entraînant parfois l'émergence d'un paternalisme médical où le médecin décide pour son patient sous prétexte qu'il sait mieux que lui ce qui lui convient (10). Dworkin définit le paternalisme comme « l'interférence d'un État ou d'un individu avec une autre personne, contre sa volonté, et justifiée ou motivée par la croyance qu'elle s'en portera mieux ou sera protégée d'un » (14)[2]. Cette définition illustre bien comment le clinicien, chargé de son devoir déontologique et encadré de législations publiques, peut se sentir contraint d'agir de façon paternaliste dans une situation clinique particulière. Il est important de souligner que ce genre de décisions cliniques demandent un haut niveau de considération des spécificités d'un cas et qu'il n'y a souvent peu ou pas de balises claires préétablies, de sorte que le médecin doit tolérer l'incertitude inhérente à ce processus, tant sur le plan éthique, scientifique que clinique.

Par ailleurs, devant la croissance élevée, voire exponentielle, des besoins en santé mentale et la limitation des ressources cliniques, de nouvelles règles de fonctionnement sont édictées qui encadrent de plus en plus les soins. Soulignons, par exemple, que les équipes de santé mentale sont chroniquement sous-dotées, et que la santé mentale n'occupe que 6 pour cent des dépenses au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (16). Les durées d'hospitalisation sont désormais comptées, le nombre d'heures passées à l'urgence est scruté quotidiennement, l'ensemble faisant pression sur les cliniciens. Les soins ambulatoires et l'hospitalisation sont en proie à une standardisation justifiée par des objectifs de performance basés sur des cibles statistiques. Le processus de soins risque ainsi d'être rigidifié, limitant les possibilités d'adaptations aux particularités individuelles et aux complexités inhérentes à la pratique clinique de la psychiatrie. Par conséquent, le mandat populationnel et l'accessibilité aux soins se heurtent au désir d'offrir des soins de qualité, humains, personnalisés et nécessitant plus de ressources. Une tension grandissante se fait ressentir entre le souhait légitime de soigner au mieux l'individu souffrant et celui de se conformer à ce qui est attendu et normalisé par le montage institutionnel dans sa vocation populationnelle. C'est dans cet affrontement que le psychiatre doit continuer d'exercer quotidiennement.

[1] Traduction libre de l'auteur de (13)
[2] Traduction libre de l'auteur de (15)

La souffrance comme symptôme d'un conflit éthique

La pratique médicale montre bien que les conflits éthiques évoqués plus haut peuvent s'exprimer par le biais d'une souffrance ou d'un malaise chez le sujet soignant. Par exemple, un clinicien faisant face à un patient qui était récemment suicidaire et qui maintenant le supplie pour quitter l'hôpital, peut rapidement vivre un conflit entre respecter le choix d'un adulte vraisemblablement apte à décider et ne pas lui nuire ou le protéger contre lui-même alors qu'il vient de se fragiliser. D'autre part, la réflexion peut être complexe lorsqu'une patiente souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, particulièrement difficile à stabiliser, demande à cesser toute médication pour une grossesse. Ces conflits, dans la pratique, sont au cœur de situations où les cadres moraux propres au soignant et à son environnement viennent s'opposer ou se mettre en tension entre eux. Cette tension est vécue comme inconfortable par le clinicien et peut aller jusqu'à engendrer une souffrance significative au sein des équipes soignantes, accompagnée d'un sentiment d'impuissance, de pessimisme ou de cynisme qui oppressent ensuite la pratique de chacun d'eux. Devant l'absence de lignes directrices claires, il n'est pas rare que le clinicien sensible à cette tension se retrouve laissé à lui-même, trainant ce fardeau dans sa pratique quotidienne et s'épuisant progressivement.

Austin et coll. décrivent un phénomène de *détresse morale,* qu'ils définissent comme un état survenant lorsqu'une personne doit agir à l'encontre de ses croyances et valeurs personnelles, sous une contrainte restreignant l'action éthique choisie (11). D'autres auteurs élargissent cette définition en proposant que cette détresse puisse survenir en cas de conflit moral, sans qu'il y ait nécessairement de contrainte (17). Dans tous les cas, cette détresse morale est vécue comme une *expérience* subjective inconfortable chez le soignant. En considérant les éléments susmentionnés, nous soutenons que cette souffrance fait appel à des facteurs internes au clinicien (valeurs personnelles, capacités d'adaptation, religiosité ou spiritualité) et externes à celui-ci (code déontologique, cadre administratif de l'institution, organisation du système de santé). Rappelons également que cette détresse repose sur la *perspective* du clinicien dans la situation clinique, où entrent en jeu *sa* compréhension de la problématique du patient et ce que la relation suscite en lui-même.

Dans la pratique clinique quotidienne, ces tensions n'émergent pas toujours à la conscience et peuvent parfois être vécues comme un malaise non spécifique. Si le clinicien ne porte pas attention à cette souffrance, il reste, pour ainsi dire, inconscient du malaise éthique sous-jacent. Ce malaise reste alors sans nom, sans espace pour exister ni possibilité pour évoluer ou se dénouer. À notre sens, c'est dans ce contexte que la souffrance du soignant devient symptôme d'un conflit dans lequel sa propre éthique est remise en question.

Le manque d'espace pour aborder les enjeux éthiques et la souffrance du soignant

Historiquement, il est généralement reçu que l'éducation médicale est en priorité axée sur la transmission des connaissances et des compétences techniques (18-20). En effet, la formation du médecin s'appuie sur des problèmes médicaux bien définies avec des objectifs préétablis et des solutions clairement bonnes ou mauvaises. Le patient consulte pour des symptômes, le médecin en identifie la cause avec le plus de précision possible et propose le traitement qui a le plus de chance d'infléchir ou de renverser le processus pathologique. En quelque sorte, cela peut entretenir le mythe que la pratique médicale s'inscrit exclusivement dans le langage de l'objectivité scientifique (21) : le médecin intègrerait au bout de sa formation une compétence médicale indépendante de sa propre subjectivité et de celle du patient et seule cette compétence technique serait nécessaire pour en identifier des solutions.

D'autre part, l'exposition initiale à l'éthique dans les écoles de médecine est souvent faite à travers des cours magistraux et par des discussions de cas généraux ou emblématiques. Une des approches prédominantes de l'éthique en Amérique du Nord, l'approche principaliste (22), est introduite comme outil décisionnel pour faire face à ces situations. Dans cette approche qui fonde la bioéthique nord-américaine, on considère que toutes les situations éthiques sont traitables par les quatre grands principes que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Or, de nombreuses critiques ont été formulées face à cette approche, particulièrement en regard des difficultés dans l'application pratique du modèle. Par exemple, Clouser et collègues soulignent que l'approche principaliste ne peut être un substitut aux théories morales qui sous-tendent ces principes cardinaux ni être un guide pour en déterminer l'action consécutive (23). Au-delà des critiques formulées à l'encontre de cette approche, Fiester soutient que son enseignement est souvent abrégé et limité à une identification simplifiée de ces principes, limitant du même coup son applicabilité pratique, *voire* sa pertinence (24). Mais, par cette voie, il peut sembler que l'étudiant est au moins sensibilisé au fait que des valeurs interviennent dans les décisions médicales. Cependant, si la formation s'arrête là, l'étudiant ne sera formé qu'à cette reconnaissance de quatre grands principes intangibles, sans qu'il ne soit jamais question « *du comment* » le conflit éthique va le toucher personnellement (lui-même et son patient), ni sur la manière d'y faire face.

D'ailleurs, dès que l'apprenti-médecin quitte les bancs d'école pour rencontrer la clinique, il devra régulièrement prendre des décisions. Or, les situations rencontrées dans la pratique sont généralement très éloignées des « cas d'école » étudiés précédemment, car elles sont vécues subjectivement, et ce, aux deux sens du terme. D'un côté, c'est le clinicien même qui expérimente le malaise ou la souffrance (à la première personne). De l'autre, c'est spécifiquement lui qui l'éprouve. Il ne va pas de soi que d'autres, dans une même situation, ressentiraient le même inconfort, ni pour les mêmes raisons. Ce praticien, s'il a bien été accompagné dans sa formation, pourra faire l'hypothèse qu'il y a quelque chose de lui-même, de sa position subjective et de celle du patient qui surgit dans le conflit éthique présent. Il nous semble que c'est ce qu'Engel soutenait, par sa critique du modèle biomédical, dans sa proposition d'approche biopsychosociale. « Dans le travail scientifique,

l'investigateur est généralement contraint de choisir un niveau du système sur lequel se concentrer, ou au moins par où commencer. Pour le médecin, ce niveau du système est toujours la personne »[3] (25). En d'autres mots, nous pensons que la rencontre entre la clinique et l'éthique doit permettre à l'étudiant de faire l'expérience de la sortie de l'objectivité scientifique et de la place essentielle des valeurs dans la pratique médicale. La rencontre clinique se passe entre deux sujets qui apportent, au-delà du général de la compétence médicale et de la maladie, leurs *a priori,* leurs attentes et leurs idiosyncrasies, taches aveugles ou éclairs de génie. Or, nous avons tenté de souligner jusqu'ici que l'enseignement classique de l'éthique échoue à faire une place à la *pratique* de l'éthique, et par conséquent à faire une place à l'étudiant. Dans cette situation, le risque est que le jeune clinicien manque de ressources pour faire face au conflit, et cette incapacité à aborder la détresse morale des étudiants est selon certains auteurs un facteur préjudiciable aux habiletés éthiques et à l'empathie (19,26).

Un modèle d'espace ouvert : le cursus d'éthique offert aux résidents en psychiatrie à l'Université de Sherbrooke

Dans son article de 2008, Quintin présente le concept d'une approche socratique dans l'enseignement de l'éthique. Cette approche est à l'origine de l'implantation d'un nouveau cursus de formation en éthique à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (27). Cet auteur évoque que la nature et le type de connaissance que constitue l'éthique clinique nécessitent une autre approche que celles généralement utilisées en éthique (enseignement magistral des concepts philosophiques, le principisme, etc.).

Ainsi, il propose une approche de type socratique, avec comme point de départ de la formation les problèmes éthiques vécus par les étudiants sur le terrain. Il faut retenir ici de cette approche qu'elle met résidents et enseignants dans une tension commune vers une résolution insu au départ, donc de nature à les modifier singulièrement, alors même qu'il est clair qu'il y a dissymétrie de connaissances entre les uns et les autres (Socrate soulignait fréquemment cet aspect, par un trait ironique qui renvoyait chacun, lui compris, à sa condition singulière de « non-sachant »). Ce choix pédagogique permet « d'aller chercher les personnes là où elles se trouvent, en les faisant parler pour réactualiser leurs connaissances et les élever à un niveau supérieur de réflexivité par les sentiers du dialogue. » (27). Par conséquent, plutôt que de discuter en groupe de dilemmes éthiques préétablis ou planifiés dans un cursus préprogrammé, ce sont les résidents qui apportent la matière à réfléchir dans la rencontre, et ce, d'une manière inédite. L'enseignement ne s'effectue donc pas seulement à partir de la matière brute rapportée par les résidents, ni par des professeurs émetteurs de connaissances, mais par le cadre qui structure l'ensemble. Les professeurs présents agissent comme des guides responsables de nourrir le mouvement réflexif créé dans le collectif formé des résidents et des professeurs, interpellés par cette matière subjective. Les étudiants sont fortement encouragés à interagir directement entre eux, à la faveur de l'écoute et d'interventions brèves des professeurs. C'est ainsi cette expérience singulière qui est porteuse d'enseignements.

Dans cette optique, la structure médicale hiérarchique usuelle de type maitre-élève est mise en suspens en faveur d'un modèle résolument réflexif dans la discussion de groupe où l'enseignement s'articule autour de l'expérience vécue par l'étudiant. C'est au travers du dialogue avec les autres que l'apprentissage s'effectue; par la prise de conscience plutôt que par la théorie. En d'autres mots, cette approche rend justice à l'idée que l'éthique est d'abord et avant tout une pratique plutôt qu'une théorie.

Le cursus

Le cursus éthique du programme de formation en psychiatrie est une activité longitudinale. Il se situe dans le prolongement direct de l'approche décrite brièvement plus haut. Il est constitué de deux demi-journées annuelles tout au long des cinq années de résidence. Les rencontres se déroulent toujours en personne, contrairement à plusieurs cours académiques qui s'offrent en visioconférence, et regroupent tous les résidents d'un même niveau. La base commune aux ateliers est la suivante : chaque résident doit rédiger une vignette clinique, une situation qui l'a mis en difficulté, l'a rendu mal à l'aise, avec laquelle il s'est retrouvé dans une ambivalence entre son ressenti et les actions engagées, ou qui était si inédite pour lui qu'elle le privait de ses moyens habituels (19). Il est également précisé que l'objectif n'est pas de construire une vignette clinique classique « bien calibrée », ni d'emblée de chercher à mettre en évidence les principes de bioéthique ou l'existence du conflit éthique qui sous-tend le malaise.

Lors des ateliers, chaque résident présente oralement sa vignette dénominalisée (toutefois, notre milieu universitaire étant relativement petit, il arrive que des pairs ou les professeurs puissent identifier la réalité terrain, voire la personne, et ainsi se représenter un cadre, voire remettre au travail une impression déjà formée). Le résident est invité à parler de tout ce qui lui vient à l'esprit sur le cas, avec l'assurance qu'il n'y aura aucune divulgation hors de l'atelier des situations présentées ou de ce qui aura été dit – une confidentialité totale. Les autres résidents interviennent par la suite avec leurs réflexions spontanées, des demandes de précisions et renchérissent avec ce que le récit provoque en eux. Il y a trois membres du corps professoral qui animent les rencontres, soit deux psychiatres et un éthicien. Ces derniers n'offrent pas d'enseignement formel, mais interviennent surtout pour relancer les discussions, souligner certains éléments qui leur apparaissent primordiaux, sans pour autant suggérer de réponse spécifique aux conflits. Tel que noté par Quintin, le rôle de l'enseignant devient plutôt celui d'un facilitateur qui encadre et renforce les règles procédurales de l'atelier afin de soutenir un processus de pensée diversifiée dans le groupe et le maintien d'un climat d'ouverture (18).

[3] Traduction libre de l'auteur

Groupes Balint

Certains aspects du dispositif pédagogique présenté ci-haut se rapprochent des groupes conçus par Dr Michael Balint à la fin de la décennie 1950 pour des médecins en exercice. Les groupes Balint sont une méthode de résolution des difficultés qui émergent dans la relation clinicien-patient (27). Le travail du groupe, comprenant des cliniciens et un animateur, est basé sur l'apport théorique original de Michael Balint, lui-même influencé par la théorie psychanalytique. Ainsi, un clinicien présente devant le groupe un cas qui l'a mis en difficulté et le travail groupal a pour objectif d'aider à approfondir la compréhension de la situation. Un des fondements qu'ont en commun ces deux dispositifs est la demande d'exposer un cas difficile ou qui a posé problème au participant. Cette condition, simple en apparence, a des effets puissants. Dès qu'elle est énoncée, cette consigne contraint l'individu à faire un retour réflexif sur sa pratique pour trouver un cas qui l'a touché personnellement. Cela permet de s'assurer que le soignant a été personnellement ébranlé, ce qui ne serait pas nécessairement le cas si la présentation portait plutôt sur des cas généraux ou des thèmes d'actualité. Devant le groupe, le médecin en formation peut par la suite approfondir l'expérience de ce qu'il a vécu, mettre à jour une partie de ce qui est resté dans l'ombre (volontairement ou à son insu) et comparer son expérience personnelle à la pluralité des visions des collègues résidents qui sont pourtant au même niveau de formation. Face à certains rapprochements qu'il peut faire entre les cas qui le touchent régulièrement, il peut débuter la reconnaissance de ce qu'il apporte spécifiquement de lui dans la rencontre clinique.

Balint, de son côté, évoquait le concept de « fonction apostolique » pour parler des « expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients » qui font qu'il développe une posture habituelle ou normale, généralement flexible, mais qui a malgré tout des limites d'adaptabilité (29). Balint notait qu'en soi, le phénomène qu'il nomme fonction apostolique n'est pas négatif, mais que le fait de reconnaitre sa position personnelle permet de ne pas nécessairement y faire usage par automatisme. La résidence n'est pas l'unique moment où se façonne cette position « mature », mais certainement une période charnière dans le développement d'un futur médecin. On peut ainsi croire qu'en poussant le médecin en formation à réfléchir à sa position alors même que se construit cette position, il est fort probable que cela engendre des effets sur sa capacité à la réflexivité.

Enfin, les ateliers offerts au sein du cursus de formation en éthique aux résidents de psychiatrie à l'Université de Sherbrooke soutiennent la condition que « tout peut être dit », ce qui se rapproche grandement du « droit à la bêtise » proféré par Balint. Comme ce cursus est intégré dans le programme de formation, un des effets possibles de ce choix est que la souffrance du soignant est validée comme une donnée signifiante de la rencontre clinique rapportée. Tel que déjà souligné, il y a peu de place dans le modèle biomédical conventionnel pour le malaise du soignant. Il est donc probable que lorsque l'apprenant est initialement confronté à cette souffrance, il la discrédite sous le prétexte que cela n'a pas de lien avec « la clinique ».

Dans la mesure du possible, les interventions du groupe ne se feront pas en prétendant qu'un membre sait mieux que les autres, mais elles serviront plutôt de facilitateurs pour l'élaboration de l'expérience unique du sujet. Bien que cette position puisse ressembler en certains points à une psychothérapie de groupe, il n'est pas question ici d'un tel processus, car on ne touche pas à des problèmes psychologiques personnels, mais à l'humain. C'est le pari que, tant dans le cursus que dans les groupes Balint, si la personne fait l'expérience d'un espace où il y a une place pour déposer sa subjectivité, elle sera davantage capable d'offrir un espace similaire pour le patient.

Approche éthique par le dialogue

Il est également intéressant de faire le rapprochement entre les ateliers de notre cursus et l'approche éthique par le dialogue, proposée par certains auteurs en éthique empirique (30), dont la structure s'apparente énormément à celle établie dans nos ateliers.

Tout comme dans notre cursus, l'enseignement éthique s'effectue en un groupe composé d'individus amenés à prendre position dans un contexte précis et d'un éthicien qui supervise la discussion. L'éthicien a pour mandat de faciliter le dialogue et de stimuler les échanges. Il doit également encadrer la discussion afin que chacun puisse s'exprimer. Mais il n'agit pas comme un expert moral prescrivant un point de vue ou une conduite en cas de conflit. Bien que ses connaissances théoriques lui soient indispensables, celles-ci ne sont pas exposées magistralement et hors contexte. Elles servent plutôt d'outils afin de stimuler la discussion du groupe.

Le dialogue engendre ainsi une discussion concrète sur des enjeux où les individus peuvent être émotivement impliqués. Cela augmente la pertinence de la discussion et ancre l'apprentissage par le processus réflexif sur l'ici et maintenant, se distanciant grandement de l'éducation fondée sur le principisme. Les individus prenant généralement moins la parole sont encouragés à s'exprimer en premier, dans un climat de respect. Le dialogue s'articule ensuite en fonction des intérêts, valeurs et perspectives de chacun. Les émotions vécues ne doivent pas être rationalisées et l'absence de consensus n'est pas un problème en soi; il stimule l'exploration et l'apprentissage. On remarque ici, une fois de plus, la grande ressemblance avec l'approche socratique utilisée dans les ateliers de notre cursus.

Transitionnalité

Enfin, une autre façon de conceptualiser ce que ce dispositif permet est d'y réfléchir sous la forme de la création d'un espace transitionnel (31). L'espace transitionnel est décrit comme lieu intermédiaire d'expérience entre le moi et le non-moi, entre l'extérieur matériel et la réalité intérieure psychique (32). En d'autres termes, l'espace transitionnel est un espace où la réalité

d'un phénomène est considérée comme n'étant ni complètement objective, ni complètement subjective. Or, c'est bien la situation inverse qui provoque le malaise ressenti devant un enjeu éthique : être dans une situation où des exigences paradoxales semblent insolubles et qu'il n'y a pas de voie d'issue possible. Tel que mentionné par Quintin, un point de départ pour l'étudiant dans sa démarche éthique repose sur sa capacité à « reconnaitre autrui dans ses propres besoins et désirs » (27).

Ainsi, les ateliers, de par leurs règles, leur format et la présence d'une autorité bienfaisante, *celle qui autorise*, permettent au participant d'explorer les incertitudes des exigences qui avaient été perçues initialement comme binaires, et de pouvoir accéder à la complexité de l'interprétation des règles par l'humain. Le fait que soi et l'autre recèlent une multiplicité de regards sur la situation permet une prise de recul par rapport à l'expérience clinique immédiate et face au caractère objectif et définitif des exigences telles que : « ou bien cette loi est respectée ou non, ou bien je respecte le guide de pratique ou pas, ou bien l'autonomie du patient est respectée ou non ». Paradoxalement, en remettant en question les schèmes et en faisant face à l'incertitude et à la complexité de la pratique de la médecine, résident et patient peuvent faire l'expérience qu'une négociation est possible, et souvent en retirent un soulagement. De fait, en éprouvant à répétition cette remise en question, le médecin en début de carrière peut être plus à même de faire face à nouveau à cette complexité, plutôt que de se réfugier derrière les guides prescriptifs lorsqu'une situation angoissante se présente. Cette attitude réflexive s'assume progressivement au cours du cursus et maintient un espace psychique et intellectuel ouvert bien au-delà des ateliers; une ouverture à ce qui est individuel, singulier, chez le médecin et parallèlement, chez le sujet malade souffrant.

Développer la créativité du soignant dans sa pratique médicale

Il nous apparait impératif de soulever que l'espace créé par le cursus éthique sous forme de dialogue rend possible – et souhaitable – d'éviter le recours à une approche conditionnée et stéréotypée appliquée à tous les cas sans égard pour les situations singulières. Nous entendons ici par réponse conditionnée une issue presque réflexe à une situation clinique, et ce, même si elle génère un malaise ou un vécu de conflit intérieur chez le soignant. Certes, une réponse par une conduite clinique conforme au cadre normatif de la pratique, issue d'une exposition répétée à des situations aux caractéristiques similaires, peut heureusement être couramment adéquate. Mais il existe des situations particulières où ce type de conduite ne pourra éviter au soignant l'émergence ou la persistance d'un malaise. Un soignant non conscientisé à la valeur de la souffrance ou du malaise qu'il peut éprouver lorsque le particulier ne peut se conformer au général, risque d'adopter automatiquement le comportement primairement appris. Un des risques de l'absence d'espace pour cette souffrance chez quelqu'un qui n'a, en plus, jamais été antérieurement conscientisé à sa valeur est celui de la rigidification du raisonnement et de la conduite.

À l'inverse, les ateliers du cursus permettent de se sensibiliser aux enjeux éthiques soulevés par une situation clinique. D'emblée, le simple fait de se pencher sur sa pratique, sur ses conduites, est une expérience que l'on fait peu dans le système de soins dont nous avons décrit les limites précédemment. Puis, la réflexion de groupe permet de départager ce qui est similaire à d'autres expériences vécues par les collègues de ce qui est différent, mettant l'accent sur la singularité de la situation et possiblement sur sa propre singularité. Les prises de conscience permettent de progressivement distinguer ce qui appartient à nous-mêmes, à l'autre, ou à la fois à nous-mêmes et à l'autre, entraînant l'émergence d'une sensibilité nouvelle dans les interactions cliniques. En internalisant une logique de groupe où l'on doit jouer avec des contraintes nouvelles et singulières, une flexibilité cognitive s'apprivoise et s'impose progressivement comme féconde. Cette capacité de recul face à l'immédiateté de l'expérience permet de donner plus d'espace à l'autre qui souffre, contre la rigidification qui dénie le malaise. De là peut émerger un processus créatif issu de la discussion de groupe qui permet de trouver des issues possibles aux contraintes singulières nouvellement mises en lumière.

À notre sens, c'est l'entraînement et l'ouverture à ce processus créatif qui constitue l'objectif ultime d'un espace adapté à l'élaboration de la souffrance du soignant, comme nous l'avons proposé dans ce texte. Le processus créatif permet d'outiller le clinicien contre les conduites rigides et mal adaptées, en l'occurrence contre les comportements attendus, lorsqu'il fait face à des situations singulières en marge des cas stéréotypés. En conséquence, les soins offerts deviennent plus individualisés et plus humains. Enfin, nous osons émettre l'hypothèse que ce processus peut également avoir une vertu thérapeutique chez le soignant souffrant de l'impasse initialement perçue dans une situation clinique difficile. Plutôt que de s'écrouler sous sa souffrance, il aura désormais les capacités de l'utiliser comme moteur créatif pour faire évoluer la situation.

Conclusion

Par le présent travail, nous avons posé que la psychiatrie est un domaine où les enjeux éthiques font partie intégrante de la pratique et peuvent entraîner une souffrance éthique chez le soignant. Nous avons évoqué que le modèle biomédical classique n'offre pas l'espace nécessaire pour interroger cette souffrance. Le cursus éthique enseigné, selon une approche socratique sous forme d'ateliers, est un espace potentiel pour laisser place à cette souffrance, faisant écho à certains aspects des groupes Balint et de l'éthique par le dialogue, ainsi qu'à l'exercice par la transitionnalité. Nous avons finalement soutenu que cette pratique en ateliers permet ultimement de développer la créativité chez le soignant en l'outillant à être sensible à son vécu et à utiliser celui-ci comme guide afin de lui permettre, outre son savoir d'expert, de développer des conduites adaptées aux situations cliniques singulières où les règles prescrites sont constamment mises en défaut. Quel que soit le cadre référentiel privilégié, nous croyons que ces compétences sont indispensables à la formation médicale. Car soigner doit aussi devenir un art de naviguer dans l'incertitude.

Remerciements
Les auteurs tiennent à remercier le Département universitaire de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke pour son support.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Responsabilités des évaluateurs externes
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Acknowledgements
The authors wish to thank the Department of Psychiatry of the University of Sherbrooke for its support.

Conflicts of Interest
None to declare

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Antoine Boudreau LeBlanc & Aliya Affdal
Évaluation/Peer-Review: Emmanuelle Marceau & Cecile Bolly

Affiliations
[1] Département universitaire de psychiatrie, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Dany Lamothe, dany.lamothe@usherbrooke.ca

Reçu/Received: 17 Mar 2019 **Publié/Published:** 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. MacDougall H, Langley GR. L'éthique médicale d'hier, d'aujourd'hui et de demain. College Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.
2. McKneally MF, Singer PA. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting. CMAJ. 2001;164(8):1163-7.
3. Ogle K, Sullivan W, Yeo M. Ethics in Family Medicine: Faculty Handbook. The College of Family Physician of Canada; 2012.
4. Royal College of Physician and Surgeons of Canada. Bioethics section: cases.
5. Seay G, Nuccetelli S. Engaging Bioethics: An Introduction With Case Studies. Routledge; 2017.
6. Siegler M. Commemorative issue: lessons from 30 years of teaching clinical ethics. AMA J Ethics. 2001;3(10): doi: 10.1001/virtualmentor.2001.3.10.medu1-0110.
7. Steele LM, Mulhearn TJ, Medeiros KE et al. How do we know what works? A review and critique of current practices in ethics training evaluation. Account Res. 2016;23(6):319-50.
8. Sokol D. Teaching medical ethics: useful or useless? BMJ. 2016;355:i6415.
9. Mahoney D, Brock C, Diaz V et al. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. Int J Psychiatry Med. 2013;45(4):401-11.
10. Robertson MD, Walter G. Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. Aust N Z J Psychiatry. 2008;42(3):228-35.
11. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. Med Health Care Philos. 2008;11(1):89-97.
12. Fournier P. L'art et la science de la santé publique. In: Environnement et santé publique - Fondements et pratiques. Acton Vale/Paris; 2003. p. 39-57.
13. Institute of Medicine (US), Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988.
14. Bellefleur O, Keeling M. Comment pouvons-nous (et pourquoi devrions nous) analyser l'éthique des politiques paternalistes en santé publique? Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2018.
15. Dworkin G. Paternalism. In: Zalta EN, éditeur. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2014[e] éd. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2014.
16. Réseau COSME. Budget du Québec 2018-2019 : la santé mentale encore négligée. COSME Réseau communautaire en santé mentale; 28 mars 2018
17. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015;29(2):91-7.
18. Tyreman S. Promoting critical thinking in health care: phronesis and criticality. Med Health Care Philos. 2000;3(2):117-24.

19. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 1994;69(11):861-71.
20. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. Acad Med. 2000;75(6):602-611.
21. Ssebunnya GM. Beyond the hidden curriculum: The challenging search for authentic values in medical ethics education. South Afr J Bioeth Law. 2013;6(2):48.
22. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001.
23. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. J Med Philos. 1990;15(2):219-36.
24. Fiester A. Viewpoint: why the clinical ethics we teach fails patients. Acad Med. 2007;82(7):684-9.
25. Saraga M, Fuks A, Boudreau JD. George Engel's epistemology of clinical practice. Perspect Biol Med. 2014;57(4):482-94.
26. Jennings ML. Medical student burnout: interdisciplinary exploration and analysis. J Med Humanit. 2009;30(4):253-69.
27. Quintin J. Enseignement de l'éthique : une approche socratique. Pédagogie Médicale. 2008;9(3):166-70.
28. Hassoun J, Quintin J. Cursus post-doctoral d'éthique en psychiatrie [consignes de cours]. Département de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke; 2018.
29. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot & Rivages; 2003.
30. Widdershoven G, Abma T, Molewijk B. Empirical ethics as dialogical practice. Bioethics. 2009;23(4):236-48.
31. Winnicott DW. Jeu et réalité : l'espace potentiel. Gallimard; 2002. (Folio/essais 398).
32. Fournier G. L'espace transitionnel en pédagogie. Nouv Rev Adapt Scolarisation. 2011;54(2):55-66.