

# L'éthique et la formation médicale Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?

Hubert Marcoux\* MD, Johane Patenaude\*\* PhD.

**Résumé** *Contexte* : L'évolution de la pratique médicale motive les organismes responsables de la formation à redéfinir ce que doivent être les compétences du médecin, et notamment la compétence en éthique. **Buts** : Présenter une analyse historique de la demande actuelle de formation en éthique. Exposer quatre grands modèles qui depuis 20 ans en Amérique du Nord ont été appliqués en vue de favoriser l'acquisition de la compétence en éthique. **Sujets/matériel** : Une recension des écrits présentant des documents publiés par les organismes accréditeurs canadiens et québécois et des écrits exposant l'expérience américaine et canadienne en matière de formation en éthique dans les facultés de médecine. **Résultats** : Le développement de cours en éthique est fortement encouragé par les organismes accréditeurs et devient un des moyens pour conserver l'accréditation de l'institution. Cet encouragement n'est pourtant pas garant du développement d'une réelle compétence en éthique. Les quatre modèles éducatifs qui ont préséance depuis 20 ans en Amérique du Nord, révèlent l'éclatement des conceptions de l'éthique, l'absence de cadre théorique à la base des apprentissages attendus. Cette faiblesse structurelle favorise une rationalité technique et juridique peu compatible avec le développement d'une compétence éthique. **Conclusion** : L'accréditation pèse sur l'éthique en médecine pour la rendre beaucoup trop normative, axée sur le risque de sanctions, mais nous n'y opposons qu'une myriade de tentatives pédagogiques issues d'initiatives individuelles. Les auteurs exposent les raisons qui motivent la nécessité d'une voie évolutive, mettant en œuvre un travail au niveau institutionnel.

**Mots clés** Ethique clinique ; formation médicale ; compétence professionnelle ; compétence éthique.

**Summary** *Context*: Institutions responsible of medical training are motivated by the evolution of medical practice in redefining what should be the physician's skills, notably the ethical skills. **Objectives**: To present a historical analysis of the actual demands for ethical training. To introduce the four great models that have been used to facilitate the acquisition of skills in ethics over the last twenty years in North America. **Subject/Materials**: A survey of the literature which presents documents published by accrediting institutions from Canada and from Quebec and which presents documents pertaining to the American and the Canadian experience of ethical training in the medical faculties. **Results**: The development of ethical courses is greatly encouraged by the accrediting institutions and becomes a means by which these institutions keep their accreditation. Yet this support is not a guarantee for the development of a real competency in ethics. The four educational models, that have had precedence in North America for the past twenty years, reveal the breakdown of ethical conceptions, the absence of a theoretical basis underlying the expected learning. This structural weakness favours a technical and juridical rationality which is not very compatible with the development of competency in ethics. **Conclusion**: Ethics in medicine is burdened by accreditation and is rendered much too normative, based on the possibility of sanction, but we oppose this only with numerous educational attempts stemming from personal initiatives. The authors will explain the reasons which support the necessity of an evolutionary path, bringing into play the work done at the institutional level.

**Key words** Clinical ethics ; medical curriculum ; professional competency ; ethical competency.

*Pedagogie Medicale 2000; 1 : 23-30.*

\*Département de médecine familiale Université Laval - Québec, P. Québec - Canada \*\*Département de chirurgie - Faculté de médecine Université de Sherbrooke - Sherbrooke - P. Québec. Canada - Pour correspondance s'adresser à : Dre Johane Patenaude - Département de chirurgie - Faculté de médecine - Université de Sherbrooke - P. Québec - Canada J1H 5N4 Tél. : (819) 564-5216 - Télécopieur : (819) 564-5387 - Courrier électronique : jpatenau@courrier.usherb.ca

## Introduction

L'évolution de la pratique motive les organismes chargés de la formation à redéfinir les rôles professionnels du médecin et à préciser les compétences qu'il devra posséder à l'aube de l'an 2000. Dans cette perspective, l'éthique devient une compétence professionnelle parmi d'autres<sup>1-2</sup>. Dès lors, on attend des institutions d'enseignement qu'elles préparent adéquatement le médecin face à cette nouvelle réalité<sup>3</sup>. Devenue prioritaire<sup>4-5</sup>, il faut préciser ce qu'est la compétence en éthique et comment on l'acquiert.

Au moment des premiers bilans, cet article a pour but de présenter une analyse de la situation de l'éthique, telle qu'elle apparaît dans le contexte institutionnel qui l'encadre. Les auteurs tenteront de mieux cerner les trois séquences de cet itinéraire : d'où venons-nous, où en sommes-nous et où allons-nous. Pour ce faire une analyse historique de la demande actuelle de formation en éthique dans les facultés de médecine canadiennes sera faite. Par la suite seront exposés quatre grands modèles qui, depuis 20 ans en Amérique du Nord, ont été appliqués en vue de favoriser l'acquisition de la compétence éthique, ce qui conduira à la formulation de quatre recommandations.

## 1. Analyse historique du développement de la formation en éthique dans les facultés canadiennes de médecine

Le développement contemporain de la formation en éthique dans les facultés de médecine s'inscrit dans le contexte du développement de la bioéthique dont la définition même semble difficile à préciser<sup>6</sup>. Des auteurs ont divisé la bioéthique en trois principaux domaines (l'éthique de la recherche, l'éthique clinique et l'éthique publique)<sup>7</sup>. Ces domaines sont importants en regard de la formation en éthique dans les facultés de médecine même s'ils ne représentent pas nécessairement les mêmes défis pédagogiques.

Initialement, c'est la réflexion éthique sur l'humanisme en médecine qui a été pour plusieurs facultés de médecine américaines le moteur du développement de la formation en éthique et ce dans le cadre des travaux de la *Society for Health and Human Values* dirigée par Edmond D. Pellegrino<sup>8</sup> à la fin des années 60. Cependant, cette conviction concernant l'importance de développer la formation en éthique dans les pro-

grammes de médecine n'était pas partagée par tous. Malgré tout, l'*American Association of Medical Colleges* (AAMC) à la suite du GPEP Report formulait ses recommandations visant la mise en place de la formation en éthique dans la formation médicale incluant celle des résidents<sup>9</sup>. En 1985, le Comité de liaison de cette même association, qui réalise l'agrément des facultés de médecine nord-américaines, modifiait ses critères d'agrément visant, entre autres, l'éthique afin de donner plus de poids à ses recommandations. Dans la foulée des américains, en mars 1989, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) formulait ses propres recommandations<sup>10</sup>. Dans ce contexte, le développement de cette formation a été promu tant par les organismes d'agrément américains que canadiens. L'influence de ces organismes dans le développement de certaines composantes du curriculum médical s'inscrit dans une longue tradition de régulation externe par laquelle évolue la formation médicale depuis plus de 250 ans<sup>11</sup>. Il est à souligner que la corporation professionnelle des médecins du Québec, dont les activités normatives s'inscrivent dans un cadre juridique, participe activement au mécanisme d'agrément des facultés québécoises de médecine.

Le sort réservé à l'éthique semble largement tributaire des organismes accréditeurs, qui ont pour fonction, faut-il le rappeler, de sanctionner les milieux qui ne répondent pas à leurs critères d'agrément. Dans les faits, ces organismes s'assurent que toutes institutions offrent une formation de qualité, aptes à produire de futurs professionnels compétents, sans toutefois préciser de façon détaillée les modalités qui doivent être prises pour atteindre les objectifs tacitement imposés. Ainsi une rationalité juridique de par ses activités normatives et sanctionnelles semble de plus en plus influencer le développement de la formation en éthique. En effet, les recommandations rattachées aux visites d'évaluation portent le plus souvent sur le contenu des sujets à aborder (le consentement éclairé, le droit à la vérité, etc.) ou encore sur l'apprentissage de tâches, par exemple, l'ordonnance de réanimation ; le tout accompagné d'objectifs d'apprentissage où le raisonnement éthique est peu sollicité, sinon accessoire à l'assimilation de la prescription.

Au cours des dix dernières années les principaux organismes accréditeurs canadiens ont publié des documents de travail visant à encourager et orienter le contenu de la formation en éthique dans les facultés

canadiennes de médecine. L'un des organismes les plus actifs a été, sans aucun doute le CRMCC. Initialement les recommandations étaient formulées de façon très générale soulignant l'importance de faire différents apprentissages tant sur le plan du savoir que du savoir faire et savoir être. En 1996, le CRMCC a publié des outils pour supporter le développement de cette formation surtout en précisant une série de thématiques à traiter et ce pour différents programmes de spécialités. Ces outils utilisaient de façon privilégiée des vignettes cliniques pour stimuler la réflexion et présenter le cadre de référence de la meilleure réponse à élaborer pour la problématique soulevée. A la même période les protagonistes du projet PedEthNet (*The Pediatric Ethics Network*) diffusaient sous le titre *The Good Pediatricien* une proposition de curriculum en éthique pour les programmes de formation en pédiatrie. La proposition était composée principalement de thèmes et objectifs liés à différentes problématiques rencontrées en clinique. Un effort était fait pour présenter des outils pédagogiques utiles aux formateurs. En 1998, le Conseil médical du Canada publiait à son tour dans un document intitulé : Objectifs des Considérations sur les aspect Légaux, Éthiques et Organisationnels de l'exercice de la médecine (CLEO), ces attentes face à la formation médicale concernant les aspects éthiques, légaux et organisationnels de la pratique médicale. Une série de thématiques accompagnées d'objectifs y sont aussi décrits. En juillet 1999, le Collège des médecins de famille du Canada distribuait le document *Family Medicine Ethics Working Document*. Une fois de plus une des sujets identifiés étaient accompagnés d'objectifs et de suggestions de lecture. En ajout, on y retrouvait deux exemples d'une démarche générale qui facilite la résolution de conflits de valeurs à l'aide d'une approche structurée à visée réflexive. Cependant aucun de ces différents documents ne présentaient leur conception de l'éthique ni les compétences nécessaires à la gestion des problèmes éthiques en clinique. Finalement le Collège des médecins du Québec (CMQ) a publié au chapitre 2 (Pour une éthique de la responsabilité partagée dans une société pluraliste) de l'ouvrage Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000, sa vision de ce qui constitue la compétence en éthique de même qu'il a exposé brièvement des problématiques cliniques suscitant la réflexion éthique pour la pratique médicale d'aujourd'hui et de demain. A la suite des nombreuses publications soulignant les

attentes des organismes accréditeurs aucune publication n'a été faite au Canada décrivant un programme facultaire de formation en éthique abordant une approche intégrée du prégradué au postgradué. Dix ans après l'enquête de Baylis et Downie couvrant un état de situation de la formation en éthique dans 16 facultés canadiennes de médecine il est pertinent de se demander si la situation a vraiment changée.<sup>12</sup> De façon générale, la formation en éthique est-elle plus élaborée que la liste des sujets recensés en 1989. Les publications des organismes accréditeurs ont-elles permis une évolution allant au-delà de la liste des sujets à aborder ?

Certes beaucoup d'efforts sont faits dans les facultés de médecine pour améliorer la formation en éthique. Cependant le travail des formateurs pour développer une réelle compétence dans ce domaine est souvent freinée entre autres par le véritable motif institutionnel du développement de la formation en éthique soit la nécessité de conserver son accréditation. Ceci limite la formation en éthique à n'être qu'un élément d'une longue liste de vérification. La réalité à peine caricaturale est telle que les responsables des programmes de formation en sont à se questionner sur le nombre d'activités à mettre au calendrier afin de se conformer aux exigences des organismes accréditeurs. Ce type de « planification » ne révèle pas une recherche profonde qui suite à une réorganisation de toutes les composantes de la formation médicale, aurait pour but de développer une réelle compétence en éthique chez les médecins. On se penche très peu sur le parcours que l'apprenant doit suivre pour acquérir la capacité de réfléchir et de communiquer, aptitude indispensable à toute décision éthique. On cherche aussi rarement à circonscrire l'essence même de cette compétence, ou du moins, tous les aspects qu'elle devrait recouvrir<sup>13</sup>.

### 3. L'éthique, quelle compétence ?

Le type de formation développé en éthique révèle nécessairement la conception de l'éthique qui est sous-jacente<sup>14-15</sup>. Une étude démontre que les pratiques éducatives auxquelles sont soumis les professionnels en général dans le domaine de l'éthique sont, soit axées sur le contrôle des comportements, soit axées sur l'éthique<sup>16</sup>. Dans le premier cas, l'approche traduit une vision légale de régulation et d'imputation des actes, et

ce, conformément aux codes, chartes, etc. La seconde option vise plutôt le partage de valeurs professionnelles et la « responsabilisation » à travers une démarche réflexive. Nos facultés de médecine n'échappent pas à cette polarisation qui, mal gérée, dessert l'éthique au profit d'une approche normative. Trois types de problèmes illustrent cette tension entre l'approche réflexive et l'approche normative. La première difficulté relève du fait que le modèle de l'expert,<sup>17-18</sup> qui prédomine en Amérique, se concilie mal avec une démarche de réflexion éthique<sup>19</sup>. L'exigence de la « bonne » réponse, vue comme une preuve de compétence, implique que l'incertitude liée à la réflexion devient un sentiment suspect et un aveu de son incompetence. Directement en lien avec ce premier réflexe, la recherche de la réponse juridique vient ensuite. Constamment, la formation en éthique doit lutter pour ne pas être réduite à cette dimension rationnelle et technique, rassurante, certes, mais combien nuisible à l'émergence d'une démarche réflexive. Quant au dernier niveau de difficulté, il concerne l'institution, c'est-à-dire les motifs qui déterminent pourquoi et comment on développe la formation en éthique.

La section qui suit passera en revue différents choix institutionnels privilégiés depuis 20 ans, en cernant comment ces formules éducatives essaient de fournir au futur médecin les outils nécessaires à la prise en charge des défis professionnels relevant de l'éthique.

## **4. Pour un bilan des expériences en Amérique du Nord : quatre grands modèles de formation**

Un nombre impressionnant de programmes en éthique fut implanté dans les facultés de médecine nord-américaines depuis 20 ans, véritable effusion aboutissant à un éclatement de perspectives et de concepts<sup>20,21</sup>. Néanmoins, l'analyse de plus d'une centaine de ces programmes a permis de dégager quatre grands modèles, chacun nous instruisant sur différentes conceptions de l'éthique et conséquemment, sur certains choix effectués par les milieux d'enseignement<sup>22</sup>. Chaque modèle répond à une structure spécifique en fonction de la manière dont l'éthique est définie : une bonne conduite (approche comportementale), des attitudes (approche basée sur la création de nouvelles attitudes), une décision fondée sur la déontologie

(approche déontologique) ou une décision justifiée par les principes éthiques (approche principiste). Chaque approche se différencie selon l'objectif de formation de l'institution, l'axe des compétences concernées, la stratégie pédagogique privilégiée, les performances attendues et finalement, sa limite en regard des exigences professionnelles (Tableau 1).

### **Modèle 1 : L'approche comportementale**

Ici, la formation vise à rendre les conduites conformes aux attentes de la profession, telles que stipulées dans les libellés des lois, normes et réglementations. L'enseignement portera sur leur contenu explicite, soit les exigences, les mécanismes d'application et les moyens de sanction, et passera par l'étude de cas types, qui mettent en lumière les poursuites auxquelles s'expose le clinicien s'il déroge aux règles. Cette approche ne fait pas l'objet d'étude dont rendrait compte une revue professionnelle ou scientifique, sinon pour en décrier les limites. Elle reste, malgré tout, fort répandue dans nos institutions de formation, tel qu'on peut le constater aussi à la lecture de nombreux plans de cours. La limite de cette approche est de réduire l'éthique aux prescriptions déontologiques susceptibles de sanctions. Or un code de déontologie comprend beaucoup plus de prescriptions éthiques que celles qui sont effectivement sanctionnées. Les futurs cliniciens ne retiennent que celles susceptibles de faire l'objet de poursuites. Cette approche est incompatible avec le développement de compétences éthiques dans l'exercice responsable d'une profession.

### **Modèle 2 : L'approche visant de nouvelles attitudes**

Ce modèle vise à développer la fibre morale du clinicien pour contrebalancer la dimension technique de la relation médecin-patient. Inspiré du féminisme américain, le « caring » tentera de faire contrepoids à un « curing » jugé prédominant. Les études de cas valorisent les aspects biopsychosociaux pouvant concourir à une meilleure compréhension des besoins du patient. Le modèle de rôle est aussi valorisé, en supposant que l'affect de l'étudiant se développera par imitation. Cette approche suppose que les attitudes intégrées inspireront des actions éthiques. Sa limite est de confondre les aspects affectifs et cognitifs<sup>23-26</sup>, ou émotifs et rationnels<sup>25</sup>, dans le traitement des questions appelant une décision raisonnable et équitable.

TABLEAU 1 : ORIENTATIONS – INTERVENTION EN ÉTHIQUE DEPUIS 1980

BUT GLOBAL Améliorer les standards de pratique :					
<b>CIBLE ÉDUCATIVE</b>	Modèle 1 : L'approche comportementale  Cible : Comportement	Modèle 2 : L'approche visant de nouvelles attitudes  Cible : Attitudes	Modèle 3 : L'approche déontologique  Cible : Décision (comportement)	Modèle 4 : L'approche principiste  Cible : Décision (principiste)	Modèle « autre » : l'approche collaborative  Cible : Décision (Action collaborative)
<b>OBJECTIF DE FORMATION</b>	Appliquer les conduites	Humaniser la relation aux soins	Développer le respect des normes de pratique <i>via</i> les codes de déontologie	Habiliter à la prise de décision en éthique <i>via</i> les grands principes moraux	Habiliter à la prise de décision éthique en situation <i>via</i> la pensée pratique
<b>AXE DES COMPÉTENCES VISÉES</b>	Apprentissage des normes et des attentes comportementales du milieu de pratique	Développement du sentiment moral, de la sensibilité éthique	Déduction de la règle générale à un comportement particulier	Déduction du principe moral général à un comportement particulier. Autodétermination Justice / bienfaisance	Dialogue en vue de la décision la plus raisonnable dans les circonstances. Contextualisation de l'action/ finalité de l'action
<b>STRATÉGIE PÉDAGOGIQUE (ÉTUDES DE CAS)</b>	Descriptif du « bon » comportement Inventaire de bonnes conduites	Modèle biopsychosocial	Libellé d'une règle générale à partir d'un cas particulier. Discussion + recueil de bonnes conduites	Exercice réflexif : d'un cas particulier, identifier le principe moral duquel on guide l'action.	Exercice réflexif : d'un dilemme, processus décisionnel coopératif (dialogique) en petits groupes
<b>PERFORMANCES ATTENDUES</b>	Appliquer les « bons » comportements à la pratique	Compassion Empathie Sollicitude	Référent aux normes = guide de la pratique	Réflexivité des principes moraux dans la prise de décision. Réflexion sur le sens de l'agir et les principes moraux qui l'inspire.	Réflexivité des normativités dans l'action. Évite les réponses stéréotypées. Favorise la cohérence action-décision-raisons
<b>LIMITES</b>	Responsabilisation Autonomie professionnelle	Confusion : Cognitif <i>vs</i> affectif Rationnel <i>vs</i> affectif Éthique <i>vs</i> morale	Motivation : éviter la sanction Conflit entre les normes	Conflit entre les principes (ex : qualité de vie/bienfaisance) Passage obscur du principe à l'action.	Exige du temps et une volonté institutionnelle (et non celle de quelques-uns)



## Modèle 3 : L'approche déontologique

Le respect des normes et des standards de pratique est la valeur centrale de ce modèle, qui vise l'uniformité des comportements. Savoir prendre une décision éthique est envisagé comme la maîtrise d'une procédure où, à partir d'un même problème, tout individu parviendrait à une solution similaire. L'activité éducative est centrée sur la capacité de déduction : le sujet applique des règles à un cas en vue de faire ressortir le meilleur comportement à adopter, concrétisant ainsi des principes, des devoirs ou des obligations. On présume qu'en ayant augmenté son habileté à se référer aux normes de pratique, le clinicien saura traiter adéquatement les futures situations litigieuses et agir en bon professionnel.

La limite de cette approche est de négliger les cas formant les « zones grises », proprement éthiques, et de ne s'intéresser aux situations qu'en fonction de la lourdeur de la sanction. Pour pallier cette faiblesse, plusieurs documents regroupant des « cas » complexes furent produits avec leur solution « en annexe ». Loin d'aider, ils ont plutôt noyé le message éducatif : ce modèle s'est réduit, dans les faits, à l'approche comportementale. Devant son échec généralisé, une question urgente est apparue : Comment passer de la déontologie à l'éthique ? L'approche suivante a tenté d'y répondre.

## Modèle 4 : L'approche principiste

Très répandue aux États-Unis, elle regroupe les programmes qui invitent le clinicien à identifier les conflits éthiques dans sa pratique, puis à légitimer sa décision selon le principe qui devrait prévaloir<sup>28</sup>. Le processus déductif constitue ici aussi l'élément clé : le principe auquel on rapporte une situation devrait favoriser le choix de la meilleure décision et légitimer l'action. L'approche se veut plus réflexive que la précédente car la relation entre le cas problématique et le principe n'est pas fixée a priori. Son intérêt éducatif n'est pas négligeable puisqu'elle entraîne le clinicien à une cohérence entre le sens de sa pratique et les buts - éthiques - de son action sur l'individu et la collectivité.

Toutefois, des réserves furent formulées, dont la plus sérieuse est celle d'être muette sur la manière de justifier qu'un principe éthique ait priorité sur un autre tout aussi « respectable »<sup>27</sup>.

L'*American Board of Pediatrics* soulignait récemment l'importance de réaliser que les dilemmes éthiques sont justement le fruit de conflits entre les principes<sup>30</sup>. Simple en apparence, cette affirmation a pourtant des implica-

tions majeures dans le renouvellement des orientations pédagogiques. Non seulement l'éthique apparaît nettement comme une compétence décisionnelle, mais les dilemmes éthiques sont essentiellement des dilemmes d'actions (et non de principes, de devoirs ou de normes).

Ainsi, ces dernières années, une cinquième approche de formation se développe en ce sens, la compétence éthique s'inscrivant alors dans le développement de la pensée pratique. Elle implique la capacité de justifier rationnellement sa décision entre deux pôles positifs. Le clinicien est maintenu en dialogue constant (réel ou virtuel) avec toute entité (patient, collègues, Collèges, institution, collectivité) susceptible d'être affectée par sa décision. A l'instar d'approches élaborées en psychologie organisationnelle, celle-ci, appelons-la collaborative, se veut une stratégie structurée de développement à la prise de décision éthique en situation concrète d'action<sup>31,33</sup>. L'activité réflexive, de laquelle on se réclame de plus en plus, dépasse enfin ici le malentendu qui le réduit souvent à n'être qu'une pensée à voix haute, de même du dialogue que l'on réduit trop souvent, dans les faits, à une simple conversation autour d'un thème.

L'approche collaborative sera exposée plus en détail dans un prochain numéro de *Pédagogie médicale*<sup>34</sup>. Notre but est surtout ici de démontrer la nécessité d'une approche « autre » à la lumière des forces et surtout des faiblesses des approches qui ont cours depuis 20 ans. Contentons-nous d'indiquer que cette approche exige du temps, mais ses retombées sont sans commune mesure comparées aux approches précédentes. Tout dépend, disions-nous, de la manière dont on conçoit cette compétence.

## 5. Questionnement et recommandations

Notre analyse fait ressortir un problème fondamental, soit celui de développer une formation en éthique qui vise une réelle compétence en cette matière. Or, l'approche normative, axée sur le contrôle des comportements professionnels, semble être le modèle pédagogique le plus répandu actuellement. La difficulté se trouve accentuée lorsque la réponse des institutions à la demande de développer la compétence en éthique traduit la même logique normative, qui consiste à éviter la sanction des organismes accréditeurs. Afin de permettre une autoévaluation de la formation développée, les auteurs proposent cinq questions (Tableau 2). Par la suite, quatre recommandations décrivent les orienta-

Tableau 2 : questions évaluatives

1. Est-ce que la formation en éthique donnée se résume à l'apprentissage de bons comportements dans une perspective normative ?
2. La formation en éthique est-elle réduite à un apprentissage de contenus (principes, lois, règles, normes, thèmes de la bioéthique) fixes et prédéterminés ou de réponses préenregistrées ?
3. La formation en éthique favorise-t-elle une démarche en vue du développement des habiletés décisionnelles ? C'est-à-dire, permet-elle l'exercice d'un raisonnement éthique, dont l'évaluation de la rationalité des fins, et ce, entre autres, par un processus de clarification des valeurs ?
4. La formation en éthique est-elle une proposition, une interpellation à la réflexion ou une imposition dogmatique d'une vision arbitraire - au nom, parfois, de sa conscience personnelle ou professionnelle - qui exclut le dialogue ?
5. La formation en éthique porte-t-elle le souci de l'autre (autant celui qui apprend que celui qui sera concerné par cet apprentissage, soit le patient) ou bien sert-elle uniquement des intérêts corporatistes ou institutionnels ?

tions souhaitables pour le développement d'une approche non strictement normative.

### Recommandations

1. La formation en éthique médicale doit avoir comme objectif l'acquisition d'une compétence professionnelle d'ordre décisionnel, ce qui implique une stratégie pédagogique se déployant tout au long de la formation médicale.
2. Étant une démarche réflexive sur l'agir professionnel, l'apprentissage de la compétence éthique doit être renforcé par d'autres interventions pédagogiques qui favorisent l'acquisition de compétences relationnelles, en priorité le dialogue.
3. La motivation inhérente au développement structuré de compétences en éthique ne doit pas être l'obtention ou le maintien de l'accréditation de la faculté, mais bien la formation de médecins ayant tous les acquis nécessaires à la pratique, y compris la compétence éthique.
4. La mise à jour de la formation en éthique doit être prise en charge par plusieurs membres de la faculté afin

d'être, dans les faits, un projet collectif et non le produit d'une vision personnelle.

### Conclusion

En définitive, il ne suffit pas pour chacun et chacune d'admettre que l'éthique est une réalité incontournable pour en faire *ipso facto* une compétence professionnelle. Tout changement collectif qui entend prendre racine ne peut se contenter de stagner au niveau de la conscience individuelle. Car, selon le bon mot de Charles Taylor<sup>35</sup>, le véritable enjeu est « qu'il ne s'agit pas seulement de changer le point de vue des individus » ; ce n'est pas seulement « une bataille des coeurs et des esprits, si décisive soit-elle ; le changement devra toucher aussi aux institutions ».

### Remerciements

Sincères remerciements au Réseau d'éthique clinique du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour sa contribution financière aux travaux de rédaction de cet article.

### Références

1. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *CanMeds 2000 project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group, Ottawa, 1996.*
2. Collège des médecins du Québec. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Montréal, 1998.*



- 3 Self DJ. *The Role of the Humanities in Medical Education*. Norfolk (Virginia) : Teagle and Little inc, 1978.
4. Sulmasy DP. *What's so special about medicine ? Theoretical Medicine*. 1993 ; 14 : 27-42.
5. Simard R. *Le souci de l'éthique*. Bulletin du Collège des médecins 1994 ; 34 : 1.
6. Durand G. *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Montréal : Édition Fides. Cerf, 1999.
7. Roy DJ, William JR, Dickens BM, Beaudoin JL. *La bioéthique : ses fondements et ses controverses*. Saint-Laurent (QC) : ERPI éd, 1995.
8. Doucet H. *Au pays de la bioéthique : l'éthique biomédicale aux États-Unis*. Genève : Labor et Fides, 1996.
9. Perkins HS. *Teaching Medical Ethics during Residency*. Acad Med 1989 ; 64 : 262-66.
10. Crelinsten GL, Kinsella TD, Williams JR. *Postgraduate medical ethics a profession's response, Symposium '90 proceeding : Medical ethics for post-graduate medical students*. London (On) : Westminster institute for ethics and human values, 1990.
11. Ferland J-J. *Les grandes questions de la pédagogie médicale : perspective nord-américaine*. Laval (Québec) : Les presses de l'Université, 1987.
12. Baylis F, Downie J. *Ethics education for canadian medical students*. Acad Med 1991 ; 66 : 413-14.
13. Fox et Al. *Medical Ethics Education : Past, Present, and Future*. Acad Med 1995 ; 70(9) : 761-68.
14. Tallet SE, Belink J, Hilliard RI, Kenny NP, Rowell M, Lynch A. *Ethics teaching and learning in pediatric training : development of a curriculum*. Acad Med 1997 ; 30 : 761-9.
15. Collectif. *Enjeux de l'éthique professionnelle, Tome 2, L'expérience québécoise*. Sous la dir. de G. Legault. Presses de l'Université du Québec. 1997
16. Patenaude, J. *Apprendre un code ou amorcer une démarche éthique?. Enjeux de l'éthique professionnelle, Tome 2, L'expérience québécoise*. Presses de l'Université du Québec. 1997 ; 105-138.
17. Schön DA. *The Reflective Practitioner*. New York : Basic Book. 1983.
18. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco : Jossey-Bass, 1987.
19. Patenaude J. *L'apport réflexif dans les modèles professionnels : par-delà l'efficacité. L'intervention, Usages et méthodes*. Sous la dir. de C. Néliste et al. Ed GGC. 1998 ; 99-133.
20. *The Teaching of Ethics in Higher Education*, Institute of Society, Ethics and Life Sciences. Hastings-on-Hudson, The Hasting Center, 1980.
21. Clouser KD. *Teaching Bioethics: Strategies, Problems, and Resources*. Institute of Society, Ethics and the Life Sciences. Hastings-on-Hudson, The Hasting Center, 1984.
22. Patenaude J. *L'éthique en médecine : les principales orientations éducatives*. Ethica. 1997 ; 9 (1) : 97-116.
23. Aroskar MA. *Ethics in the Nursing Curriculum*. Nursing Outlook. 1977 ; 25 : 260-64.
24. Evers S. *Nursing Ethics: The Central Concept of Nursing Education*. Nursing Outlook. 1984 ; 9 : 14-8.
25. Charon R, Marcus RE. *Empathy, humanism and the professionalization Process of Medical Education*. Acad Med 1999 ; 74 : 1211-1215.
26. Brabch WT Jr. *The ethics of Caring and Medical Education*. Acad Med 2000 ; 75 : 127-132.
27. Lambert C. *L'acquisition des compétences morales*. Nursing Québec. 1992 ; 12 : 65.
28. Beauchamp TL, Childress JF. *The Principles of Biomedical Ethics (Fourth Edition)*. New York : Oxford University Press, 1994.
29. Toulmin S. *The Tyranny of Principles*. Hastings Center Report. 1981 ; December : 31-9.
30. American Board of pediatrics. *Medical Ethics Subcommittee, Teaching and Evaluation of Interpersonal Skills and Ethical Decision Making in Pediatrics*. Pediatrics. 1987 ; 79 (5) : 829-33. et l'American Board of pediatrics. *Medical Ethics Subcommittee*, 1998.
31. Senge PM. *The Fifth discipline, The art & Practice of The Learning Organization*. New York : Ed. Double Day Currency, 1990.
32. Bohm D. *On dialogue*. California : Ed. David Bohm, 1990.
33. Bohm D. *Dialogue, a Proposal*. England : Ed. David Bohm, Donald Factor, Peter Garrett, 1991.
34. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Brazeau-Lamontagne L. *Training in Medical Ethics. An integratived and Reflective Approach*. *Accepté pour publication*.
35. Taylor C. *Grandeur et misère de la modernité*. Québec : Bellarmin, 1992.