

# L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique

Johane PATENAUDE\*, Cécile LAMBERT\*, Michelle DIONNE\*\*, Hubert MARCOUX\*\*\*,  
Gloria JELIU\*\*\*\*, Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE\*

**Résumé** Contexte : Au Canada, le développement d'une compétence éthique est devenu une exigence des organismes d'agrément pour les programmes des facultés de médecine. Cependant, les composantes de cette compétence sont rarement explicitées. **But et méthode** : S'inspirant des multiples approches éducatives expérimentées en Amérique du Nord depuis 20 ans, les auteurs proposent un modèle intégré de la compétence éthique dont l'axe transversal est le dialogue. **Résultats** : Le modèle dialogique est orienté vers l'action, car c'est elle qui interpelle le clinicien. Or l'action qui comporte des habiletés d'identification, de délibération et de décision, est d'abord ancrée dans la sensibilité du clinicien aux enjeux éthiques et dans l'environnement de la pratique clinique. L'appropriation de ce modèle fait appel au développement d'habiletés réflexives et de communication. **Conclusion** : Ce modèle peut orienter l'élaboration de programmes de formation en éthique clinique et s'appliquer aux divers stades de la formation médicale ainsi qu'à toutes les autres professions de la santé, en guidant l'action quotidienne lors de situations particulières et inédites.

**Mots clés** Éducation médicale ; éthique clinique ; déontologie médicale ; formation en éthique ; compétence éthique ; éthique décisionnelle en clinique ; sensibilité éthique ; raisonnement moral ; compétence professionnelle.

**Summary** Context : In Canada, accreditation boards have made mandatory for faculties of medicine to include in their curriculum the development of ethical competence. However, the components of this competence are seldom explicit. **Purpose and method** : Drawing upon the various educational approaches that have been experimented in North America over the past 20 years, the authors of this paper present an integrated model of ethical competence whose main axis is dialogue. **Results** : The proposed dialogical model is action oriented because it is from this standpoint that the clinician is accountable. In this model, the required action that calls for identification, deliberation and decision skills is anchored in the clinician's sensitivity to ethical issues and in the environment of clinical practice. The appropriation of this model is associated with the development of reflexive and communication skills. **Conclusion** : This model can be used to orient the development of the areas of curriculum relating to clinical ethics. It can also be applied at various stages of medical education, or other health care professionals training, as a guide for action in the context of day-to-day situations that in view of their complexity require particular and novel decisions.

**Key words** Medical education; clinical ethics; medical ethics; ethical education; ethical competence; decision-making in clinical ethics; ethical sensitivity; moral reasoning; professional competence.

*Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 71-79.*

\*Faculté de médecine - Université de Sherbrooke - Québec - Canada.

\*\*Association des hôpitaux du Québec - Québec - Canada.

\*\*\*Faculté de médecine - Université Laval - Québec - Canada.

\*\*\*\*Université de Montréal - Hôpital Ste-Justine - Montréal - Québec - Canada.

Correspondance : Dr Johane Patenaude - Dépt. de chirurgie - Faculté de médecine - Université de Sherbrooke  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord - Sherbrooke, Qc - Canada J1H 5N - Tél. : (819) 564-5216 - Télécopieur : (819) 564-5387  
Courriel : jpatenau@courrier.usherb.ca

## Introduction

L'éthique est non seulement à l'ordre du jour dans l'environnement professionnel mais aussi dans les milieux de formation. Depuis 20 ans, la littérature abonde dans les façons d'aborder et de développer l'éthique comme compétence professionnelle. Dans le premier numéro de Pédagogie médicale, Patenaude et Marcoux<sup>1</sup> ont déjà relevé 4 grands modèles de formation : l'approche comportementale, l'approche visant l'acquisition de nouvelles attitudes, l'approche déontologique et l'approche « principiste ». Ils en ont également souligné les faiblesses et les forces. Les faiblesses font écho aux déceptions que tuteurs, cliniciens et concepteurs de programmes expriment dans la littérature<sup>2</sup>.

« Qu'est-ce, au juste, que cette compétence ? » Comment en assurer le développement et le transfert dans la « vie réelle » ? Il est apparu pertinent d'aborder ces questions et de revoir l'éthique en termes de compétence clinique, en évitant de la réduire à un catalogue de bonnes conduites ou à l'expression d'une brochette de convictions ou encore, à des stratégies dont la motivation se résume à se protéger des sanctions. Ces réductions, puisées de la vie réelle, sont en porte-à-faux par rapport à l'objectif éducatif visant une plus grande autonomie du clinicien en situation inédite et incertaine<sup>3</sup>.

En outre, la formation en éthique clinique ne peut se limiter à un enseignement formel de contenus ou de principes<sup>4</sup>. Une approche intégrée en harmonie avec les autres facettes de la formation médicale apparaît essentielle. Partant des dimensions reconnues de la compétence éthique mais souvent utilisées de façon isolée, le modèle proposé met l'accent sur leur intégration en un tout cohérent. C'est dans cette optique qu'est proposé un cadre conceptuel dont l'axe transversal est le dialogue, d'où l'appellation d'approche dialogique.

## L'approche dialogique

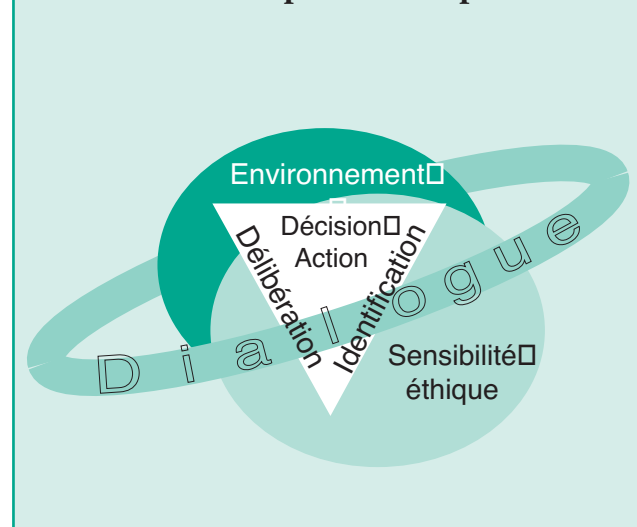
L'approche dialogique de la formation à l'éthique clinique comprend quatre composantes. L'action la première, qui comporte les habiletés d'identification, de délibération et de décision. La deuxième tient compte de la dimension personnelle de l'acteur, de sa sensibilité éthique. La troisième considère l'environnement social et professionnel dans lequel s'inscrit l'action. Le dialogue qui constitue la quatrième composante imprègne tout le modèle. Ces quatre éléments traversent la compétence éthique, chacun ouvrant sur des notions, sur

des aptitudes et sur des habiletés à acquérir. Les dimensions rationnelles et relationnelles de la compétence éthique s'actualisent donc dans le dialogue.

## L'axe transversal : le dialogue

La fonction du dialogue dans cette approche de formation, est pédagogique. Elle est aussi paradigmatique, car au XXI<sup>e</sup> siècle le dialogue apparaît être le seul compromis possible entre le dogmatisme et l'arbitraire. Il permet d'élaborer les raisons d'agir en rendant compte des critères d'acceptabilité dans les circonstances et suppose qu'il n'y a pas de vérité éternelle ni de réponse universellement valable en toutes circonstances. La multiplicité des perspectives n'est pas un échec à la raison. Toutes les positions ne sont pas équivalentes, certaines pouvant être plus légitimes ou plus acceptables que d'autres. Par définition, le dialogue exclut tout présupposé de bien et de mal absolus. Il facilite plutôt l'établissement et la justification de critères permettant de trancher entre deux ou plusieurs « biens » possibles, critères tout aussi recevables les uns que les autres. Finalement, le dialogue est un échange au cours duquel le malentendu n'est pas un accident, mais un phénomène normal comme dans tout acte de communication. Le dialogue prend la différence et l'altérité pour acquis, il travaille à partir des écarts qui séparent les interlocuteurs. L'entente spontanée est un privilège, un cadeau, sur lequel le dialogue ne mise pas d'emblée.

**Figure 1. Modèle conceptuel de l'approche dialogique pour le développement de la compétence éthique**



Dans le modèle dialogique, éthique et éducation s'unissent dans l'action, génératrice de théorie. Les compétences d'ordre rationnel et relationnel visées par le dialogue prolongent et transforment celles qui sont inhérentes à la relation médecin-patient. Elles les dépassent dans la mesure où le dialogue se poursuit tout au long du processus décisionnel, en présence ou non du patient. En outre, dans ce modèle, le dialogue agit tant dans la présence réelle de pairs lors de la formation prédoctorale ou postdoctorale que plus tard avec l'équipe de soins. Enfin, le dialogue est à la base de l'apprentissage continu d'un échange sensible ou virtuel avec le patient, l'établissement, les institutions et la société, à travers la justification des décisions professionnelles et leur acceptabilité sociale. Selon Taylor :

*Personne n'acquiert seul les langages nécessaires à sa propre définition (...). Nous nous définissons toujours dans un dialogue, parfois par opposition, avec les identités que « les autres qui comptent » veulent reconnaître en nous*<sup>5</sup>.

Le rôle du dialogue est déterminant dans la construction de l'identité du clinicien, notre modèle ne fait qu'en reconnaître l'importance. Précisons : le dialogue dont il est question ici ne désigne ni une simple procédure d'échanges d'idées ou de paroles ni l'expression à voix haute de convictions ou d'opinions. Il n'est pas question non plus de « compter les tours de parole qui ne fait pas plus le dialogue que le baise-main ne fait la tendresse »<sup>6</sup>. Un dialogue peut être réussi même s'il n'aboutit pas à un consensus. Clarifier un malentendu, partager une manière de poser un problème ou s'entendre sur nos désaccords sont les fruits possibles d'un dialogue réussi. Du reste, il peut être poursuivi à tout moment.

Le modèle respecte les conditions du dialogue<sup>7</sup> qui sont exposées dans le Tableau 1, selon trois groupes : d'abord, celles qui relèvent des buts de l'exercice et du processus d'échange lui-même (Quel est-il ?). Ensuite, celles qui concernent les règles de gestion des échanges (Comment le guide-t-on ?). Un guide ou un tiers veille au respect des règles de l'exercice. Ce tiers n'est pas le gardien du dialogue, dont le mandat revient plutôt aux interlocuteurs, mais plutôt le gardien de la procédure. Finalement, parce que le dialogue est l'œuvre d'interlocuteurs, celles qui leur sont attribuables en propre (qui sont les interlocuteurs ?) comprenant des variables de coopération (sentiments, attitudes, aptitudes) et des stratégies d'intervention (moyens pour orienter le mode d'échange).

Le dialogue est une invitation, surtout pas une obliga-

tion. Le médecin (apprenti ou formateur) est invité à expliciter ses propres vues, les confronter aux réserves ou aux objections d'autres interlocuteurs interpellés par l'action à poser. Dans le contexte d'une formation initiale, l'apprenant s'habilite à l'évaluation des finalités de l'action envisagée à travers le sens partagé de l'action de ces interlocuteurs privilégiés. Il apprend en même temps aux aptitudes communicationnelles requises lors des dilemmes d'actions impliquant le patient, la famille de celui-ci, ses pairs médecins, les autres professionnels avec qui il collabore, l'institution et les différentes composantes de la société au sein de laquelle il tient un rôle bien défini<sup>8</sup>. Selon Hafferty and Franks<sup>9</sup>, un curriculum caché impose de tenir compte des organisations, des communautés et des institutions, plutôt que de l'individu seulement, compte tenu du rôle déterminant qu'elles jouent. Le dialogue entre pairs reconnaît l'expertise professionnelle<sup>10</sup> et les limites de chaque personne, il prend en considération les perspectives multiples (actuelles et potentielles). En impliquant des personnes de formations différentes, il contribue à la reconnaissance d'autres paradigmes. Car s'il est bien connu que le développement de plusieurs compétences en médecine vise la rigueur des raisonnements de causes à effets, le développement de l'éthique médicale vise la rigueur des raisonnements de fins à moyens. Le défi relevé par le dialogue face à des valeurs conflictuelles consiste à créer un espace dynamique pour des visions autres que les siennes propres<sup>11</sup>. Cet espace à plusieurs donne sens à l'action, sens basé sur ce que Paul Ricœur nomme le souci de soi, le souci de chacun et le souci d'autrui<sup>12</sup>.

Le dialogue est un exercice éthique en lui-même. Il va au-delà de l'amélioration des habiletés verbales et interpersonnelles, même s'il les présuppose<sup>13</sup>. L'apprenti-clinicien devient conscient que les dilemmes éthiques ne sont pas de simples affaires d'opinion. Il est invité à composer avec le processus de décision éthique de façon rationnelle, basé sur une argumentation cohérente et raisonnée, en vue d'une solution dépassant ses convictions personnelles ou corporatistes. Exposé à explorer ses propres attitudes, ses croyances et ses arguments devant les problèmes éthiques<sup>14</sup>, il se confronte à ceux des personnes qui l'entourent. Le dialogue n'est pas un affrontement ni une négociation ; il est coélaboration du sens de l'action. Plus qu'une simple formule didactique, le dialogue contribue au développement d'aptitudes relationnelles permettant à l'apprenant d'exercer son autocritique, ses connaissances et son

Tableau 1 : Conditions du dialogue

STRUCTURE <i>Quel est-il ?</i>	
<p><b>Composantes structurales</b></p> <p>Le dialogue est une approximation réciproquement acceptable sur les valeurs de vérité et de justice.</p> <p>Il est interpersonnel et inter-groupe, présent ou virtuel.</p> <p>Il n'aboutit pas nécessairement au consensus.</p> <p>La conclusion du dialogue est le fruit d'un processus commun.</p> <p>Dialoguer, c'est accéder au raisonnable : on passe de la violence au désaccord, du désaccord à la mise en question, et de celle-ci au questionnement raisonnable.</p> <p>Le sens du dialogue est toujours le produit de l'interaction verbale de plusieurs.</p> <p>Le dialogue implique une transcendance aux niveaux :            a. de l'objet ;            (entreprise commune de partage de sens) ;            b. du sujet : le « nous »</p>	<p><b>Processus d'élaboration</b></p> <p>Le contexte d'échange n'est pas un rapport de force ou de pouvoir.</p> <p>Le dialogue implique des arguments au niveau d'une finalité extra individuelle du conflit.</p> <p>L'absence de consensus n'est pas un échec. L'arrêt d'un dialogue ne signifie pas que tout est dit.</p> <p>Partage d'une question préalable selon ce qui est pertinent ou pas pour fins de discussion.</p> <p>Priorité donnée aux éléments intellectuels de solution à un problème pratique, plutôt qu'aux émotions et raisonnements spontanés.</p> <p>Les présupposés sont susceptibles de révision à tout moment.</p> <p>Les données du conflit d'actions pratiques se partagent dans des conditions socio-historiques réelles.</p> <p>Le dialogue supplée le manque de coopération discursive des interlocuteurs ; il n'exige pas d'entente initiale sur la solution pour s'amorcer.</p> <p>Le dialogue exige un accord minimal sur les présupposés touchant :            a. le contenu de ce qui est dit            b. l'intérêt commun ;            c. le but poursuivi</p>

**dans la résolution de problèmes éthiques**

<p><b>NORMES</b> <i>Comment le guider ?</i></p>	<p><b>INTERLOCUTEURS</b> <i>À qui s'adresse-t-il ?</i></p>	
<p><b>Règles d'éthique</b></p> <p>Toutes stratégies de rapport de force sont considérées illégitimes Ex : ruse, menace, surenchère, etc.</p> <p>On peut décider d'arrêter un dialogue ou décider de le poursuivre à tout moment.</p> <p>Surveiller la parité des actes et des présences personnelles (règle d'équité).</p> <p>Veiller au partage équitable des tours de parole.</p> <p>Faciliter les points de rencontre des paroles ; ne pas nuire au processus d'entente.</p> <p>Veiller à dépasser l'intérêt individuel ou celui des parties en présence : corporatisme.</p> <p>Aider à faire état du caractère raisonnable et non arbitraire de la décision.</p> <p>Veiller à ce qu'aucun échange ne soit forcé ou obtenu sous pression.</p> <p>Veiller à ce que les arguments qui motivent la solution retenue soient universalisables ou tendent vers le meilleur intérêt collectif.</p>	<p><b>Variables de coopération</b></p> <p>S'engager personnellement, parler en son nom propre.</p> <p>Désirer participer à une entreprise commune de partage de sens.</p> <p>Vouloir partager une question, un problème.</p> <p>Pouvoir assurer et préserver son identité personnelle.</p> <p>Pouvoir faire des conjectures (élucidation sémantique et métalinguistiques : présuppositions, réseau de sens et organisation conceptuelle).</p> <p>Partager un minimum de vocabulaire ou de grammaire.</p>	<p><b>Stratégies d'intervention</b></p> <p>S'adresser directement à l'autre ; se représenter soi-même.</p> <p>Justifier à partir des motifs qui sont apparus au cours du débat.</p> <p>Transformer les partis pris en hypothèse, en fixant les points à discuter.</p> <p>Capacité de recadrer le problème.</p> <p>Permettre et inviter l'autre à avancer des arguments en sa faveur.</p> <p>Référer à d'autres points de vue.</p> <p>Poser le problème, écarter les questions non pertinentes et qualifier les faits d'un commun accord.</p> <p>Concevoir et poser des questions ouvertes, sans réponse préprogrammée. (L'interrogation n'est pas un interrogatoire).</p>

raisonnement au service d'une pratique humaniste et cohérente<sup>15-16</sup>.

Le dialogue est donc un discours à plusieurs pourvu de règles (d'éthique). En cela, il est un exercice éthique en lui-même. Dans le modèle dialogique de formation, cet exercice s'articule autour de trois niveaux de compétences. Le premier de ces niveaux est l'action et ses constituantes.

## Premier niveau : l'Action

L'action est l'alpha et l'omega du modèle dialogique. L'alpha, car c'est d'abord elle qui interpelle le clinicien en le confrontant à un problème éthique<sup>17</sup> par exemple, réanimer ou ne pas réanimer le patient ? Omega, car c'est en choisissant l'action (ou l'inaction) que le clinicien résout le dilemme. La question : « quelle action poser ? » enclenche le processus décisionnel et dont la réponse se traduit dans un acte (réanimer ou pas). Dès lors, la question initiale dans ce modèle éthique n'est pas : « Quelle est la norme, le devoir, la valeur ou le principe qui pose problème ? », mais plutôt : « Quelle est l'action qui pose problème dans ce contexte particulier ? »

La composante « Action » du modèle ne doit pas être ravalée à une recette de « bonnes conduites », non plus qu'elle fixe des standards de comportement. Les réponses stéréotypées aux attentes normatives sont incompatibles avec les assises théoriques du modèle dialogique. L'action relève plutôt du sens de l'agir et réfère à la responsabilité du décideur (ce dont il devra répondre). L'action qui résout un dilemme éthique s'élabore en trois phases distinctes : l'identification, la délibération et la décision.

### Identification

L'identification est cette habileté à nommer le problème éthique d'action aperçu. Rest<sup>18</sup> nomme cette habileté reconnaissance de l'enjeu. Elle présuppose des connaissances relatives au discours éthique. Avec Pellegrino et ses collaborateurs, d'autres auteurs relèvent l'importance de connaître la philosophie, les sujets de la bioéthique, les théories morales, la littérature en éthique<sup>19-20</sup>. La maîtrise de l'identification permet de distinguer les discours éthique, sociologique, juridique et déontologique, dont émerge le lexique en éthique clinique. En plus de l'acquisition d'un lexique, c'est l'organisation

des concepts en réseau qui permettra à l'apprenant de schématiser un ensemble de représentations propres à traiter par catégories différentes problématiques éthiques en vue de l'étape suivante. Baylis avec d'autres précise en ces mots la capacité d'identification : connaître les aspects éthiques de la pratique médicale, identifier les principes, devoirs ou obligations en cause, reconnaître et définir les problématiques, les articuler ; préciser les conflits de valeurs, les dilemmes moraux<sup>21</sup>.

### Délibération

Aristote<sup>22</sup> appelait déjà délibération le fait de pondérer, évaluer, choisir, conjuguer des intérêts qui ne sont ni abstraits ni idéaux, mais bien réels (action). La délibération éthique suppose des habiletés d'analyse<sup>23</sup>. Il s'agit d'une démarche structurée de raisonnement en vue de mettre en balance un ensemble complexe d'éléments : des risques, des valeurs, des normes, des intérêts particuliers et collectifs<sup>24</sup>.

L'apprentissage de la délibération repose sur une prémisse essentielle, à savoir qu'il n'y a pas une vérité unique ou une réponse préétablie une fois pour toute. Le clinicien appuiera sa décision sur des critères pondérés dans le dialogue, en tenant compte des circonstances et des obstacles tels qu'on peut raisonnablement les prévoir<sup>25</sup>.

Il s'agit de clarifier les valeurs et motivations à l'appui de choix d'actions possibles pour être en mesure de justifier rationnellement le choix d'action retenu. Clarifier les motifs implique l'exposition d'arguments, alors que les justifier impliquera d'exposer au nom de quoi une action est jugée plus acceptable qu'une autre dans les circonstances. Ces habiletés sont essentielles pour arriver à des choix éthiques cohérents avec les modalités d'action éventuelles. La délibération contribue à dépêtrer l'enchevêtrement étroit des valeurs, invite à une vigilance constante pour repérer les jugements de valeurs déguisés en faits « objectifs » ou « empiriques »<sup>26</sup>. Analyser systématiquement les arguments sous-jacents laisse à penser que les problèmes éthiques même les plus complexes peuvent être analysés de façon critique et disciplinée. La délibération encourage chez les cliniciens la construction, la défense, la critique des divers jugements moraux qu'exige d'eux la pratique médicale<sup>27</sup>. Les émotions ne sont pas exclues de la délibération ; seulement elles ne peuvent prétendre au statut d'argument à la base d'une décision éthique.



## Décision

Dans le modèle dialogique, la décision vise l'adéquation optimale entre l'agir et la connaissance qui le sous-tend effectivement. Au plan conceptuel, la décision s'appuie sur l'explicitation de l'action réfléchie ou « reflecting on reflection-in-action »<sup>28</sup> empruntée au philosophe Donald A. Schön, enrichie des travaux du psychologue cognitiviste Lawrence Kohlberg<sup>29</sup> et de ceux de M. Altet sur la métacompétence<sup>30</sup>. Dans la foulée des travaux de Piaget, ceux de Kohlberg sur le développement du raisonnement moral furent grandement utilisés dans les sciences de la santé<sup>31-32-33</sup>.

Dans le modèle dialogique, l'éthique d'une décision repose sur le caractère raisonnable<sup>34</sup> des arguments retenus qui la supportent, et non sur le choix même de l'action à poser.

La justification de la décision retenue a trait à la finalité visée par la décision. Elle donne sens à l'intervention privilégiée dans l'action. Cette clarification ne peut qu'être favorable aux échanges éventuels qu'aura le clinicien avec les personnes que touche sa décision (patient, famille du patient, équipe de soins, Collège, etc.). Dans le cas de désaccord des personnes impliquées, l'exposé des arguments qui appuient la décision et sa justification fait ressortir les mesures de compromis plus facilement. De même, il est plus aisé de trouver des moyens d'atténuer les effets nocifs qu'aurait la décision finale sur les personnes impliquées.

On ne saurait interpréter l'action susceptible de poser un problème éthique sans égard aux valeurs du médecin ou de la culture professionnelle propre à l'institution médicale. Ces dernières déterminent l'évaluation d'une situation incluant l'impact et la gravité des conséquences encourues. C'est pourquoi, ni la sensibilité éthique de la personne, ni le champ des représentations de l'environnement professionnel où elle évolue ne peuvent être exclus de tout modèle de formation en éthique clinique. Ils sont des *a priori* constitutifs du modèle dialogique de compétence en éthique clinique.

## Deuxième niveau : La Sensibilité éthique

La sensibilité peut se distinguer de l'intelligence et de la volonté ; elle permet de détecter les variations du milieu, tant internes qu'externes. Appliquée au domaine de l'éthique, la sensibilité suppose la capacité d'apercevoir

des situations qui mettent en cause la recherche du meilleur bien<sup>35</sup>. Par la sensibilité éthique, on ouvre sur les croyances, les attitudes et les valeurs.

Des universités, telles Georgetown et Texas University at Galveston, proposent à leurs étudiants des activités qui ont pour but d'explorer la condition humaine en mode artistique<sup>36</sup> ou en évocation d'expérience vécue. Il est possible de développer graduellement la sensibilité aux enjeux éthiques, en utilisant l'expérience de vie des étudiants qui, même limitée, contient des épisodes de souffrance.

Tout comme pour la sensibilité clinique, détectant au début les signes relativement simples pour affiner graduellement la sémiologie jusqu'à des indices plus complexes et très subtils, il est possible de développer graduellement la sensibilité des enjeux éthiques au départ sans résonance particulière.

Le développement de la sensibilité aux enjeux éthiques comporte son revers paradoxal. En effet, il ne suit pas nécessairement l'essor de la compétence décisionnelle dans une corrélation directe. La sensibilité éthique peut même rendre la décision plus ardue, car la détection des multiples facettes d'une situation multiplie les perspectives. En élargissant son inventaire des dilemmes, l'apprenti risque d'accroître son insécurité, au moins au début. Toutefois, étant donné que c'est la sensibilité qui donne accès à l'expérience, tant la nôtre que celle d'autrui, il est obligatoire de passer par cette étape inconfortable de l'apprentissage de l'éthique professionnelle quand la sensibilité éthique fraîchement développée n'a pas encore appris son expression dans l'action.

## Troisième niveau : L'Environnement professionnel

Sans décrire les différentes dimensions de l'environnement, ce sont les dimensions formelles et informelles des milieux dans lesquels l'apprenti clinicien évolue qui sont ici considérés. Dès son entrée en faculté, il se trouve plongé dans un monde aux valeurs et aux représentations bien spécifiques et qui façonnera son éthique professionnelle.

D'une part, les programmes d'études se construisent autour d'objectifs d'apprentissage précis, fortement influencés par les organismes d'agrément de la formation en médecine<sup>37-38</sup>. D'autre part, les programmes d'études comportent la connaissance du code de déonto-

## Recherche et Perspectives

logie et de diverses réglementations entourant l'exercice de la profession<sup>39</sup>, ils présentent une norme du comportement escompté en déterminant les devoirs et obligations de la pratique du médecin<sup>40</sup>. Ces connaissances formelles (déclaratives) sont encore trop souvent confondues avec la compétence éthique.

L'environnement qui encadre l'apprentissage et la pratique comporte une troisième dimension non négligeable. Les messages que les étudiants reçoivent de leur environnement viennent non seulement des propos, mais encore plus de l'agissement des professeurs, des cliniciens, des pairs étudiants. Ces messages déterminent l'impact réel des apprentissages que l'apprenti-clinicien fera en matière d'éthique, impact souvent plus fort et plus durable (cf. réf. 8).

L'environnement professionnel et la sensibilité éthique de l'individu constituent l'arrière-plan de tout modèle cognitif de développement des compétences éthiques du clinicien. En sous-estimer l'importance fait de la prise de décision éthique un exercice théorique. Ils constituent la toile de fond où se dessinent les objectifs de formation que sont l'identification du problème éthique, la délibération, le dialogue et le retour au choix de l'action. Voyons de plus près ces interrelations entre les trois niveaux abordés précédemment.

### Interrelations dynamiques dans l'action

Il a été mentionné plus tôt que l'action constitue l'alpha et l'omega du modèle dialogique. L'action traduit les compétences qui sans la sensibilité éthique ne pourraient pas s'exprimer : l'identification du problème, la délibération sur les enjeux impliqués et la décision opérante qui s'ensuit.

Par le paradigme du dialogue, le clinicien teste et développe son expérience éthique à travers les trois volets de compétences que sont l'identification, la délibération et la traduction de la décision dans une action clinique dont il peut répondre. C'est à travers le sens partagé de l'action qu'il pose, mis à l'épreuve du regard des autres, que le clinicien gagne un meilleur passage du geste technique à l'action professionnelle.

En s'ouvrant à la critique constructive des témoins, le dialogue permet d'améliorer la cohérence, la pertinence et la qualité du raisonnement éthique propre à toute décision professionnelle en vue de l'action la plus raisonnable dans les circonstances. Évitant le risque de la rationalité tech-

nique dans la résolution des conflits d'actions, le modèle dialogique favorise le savoir-analyser, qui identifie les valeurs, les croyances et les connaissances effectivement opérantes dans l'action. Ainsi le modèle permet de structurer une formation qui favorise l'intégration circulaire des quatre dimensions à privilégier chez l'apprenant, selon Schön<sup>41</sup> :

- les langages pour décrire la réalité, émettre des hypothèses ou mener une expérimentation ; (*Niveau Action*) ;
- les systèmes d'appréciation du problème, dans l'évaluation de l'enquête et dans la conversation réflexive ; (*Niveau sensibilité éthique*) ;
- les théories qui donnent sens aux phénomènes ; (*Tous les niveaux*) ;
- la conception de son rôle professionnel et des contraintes institutionnelles qui l'affectent. (*Niveau Environnement*).

Le développement de la compétence éthique traverse l'ensemble des dimensions de la personne. Il participe intimement à la construction et au maintien de l'identité professionnelle du clinicien en donnant sens à ce qu'il est, à ce qu'il fait et à son rapport aux autres. D'où son caractère dialogique fondamental. (...) *Personne n'acquiert seul les langages nécessaires à sa propre définition. Nous les maîtrisons grâce à nos échanges avec ceux qui comptent pour nous (...)*<sup>42</sup>. Cette maîtrise contribue à ce que le clinicien ne soit pas qu'acteur (qui endosse un rôle) mais aussi agent dans son milieu (qui agit pour transformer).

Selon ce modèle, la formation mise judicieusement sur l'effet rétroactif du dialogue pour aiguïser la sensibilité et favoriser le développement de l'action réflexive au fur et à mesure que s'acquiert l'expérience clinique. Selon ce modèle, la formation mise aussi sur l'effet prospectif du dialogue, pour amener l'acteur à conjuguer sa sensibilité et ses compétences pour une intervention plus efficace et plus responsable. Enfin le dialogue permet l'évolution des rôles tant du médecin que des autres membres de l'équipe de soins dans l'environnement même où il s'élabore.

### Conclusion

Ancrée dans l'action clinique et sensible aux cultures professionnelles, l'approche dialogique peut inspirer un programme exigeant mais rigoureux et souple d'éthique clinique. Visant un développement tant analytique que relationnel, ce modèle opte moins pour uniformiser les



contenus de formation que pour contribuer à élaborer des repères structurants et consistants de l'identité professionnelle du clinicien. Ce modèle conceptuel intègre de manière systématique un ensemble dynamique de connaissances, d'habiletés et d'attitudes reconnues comme composantes d'une compétence éthique professionnelle. Plusieurs adaptations d'ordre pédagogique sont susceptibles de traduire les caractéristiques de ce modèle conceptuel de formation.

Devant la complexité grandissante des enjeux éthiques inhérents à la pratique médicale, une approche de formation de type dialogique peut s'avérer apte à supporter le clinicien dans l'évaluation des valeurs, des intérêts, des droits et des normes en conflit, tout en évitant de promouvoir des réponses stéréotypées aux attentes normatives. Celle-ci est à même de supporter sa propre évolution par-delà la formation médicale initiale. En ce sens, le modèle dialogique peut orienter l'élaboration de programmes de formation en éthique clinique pour l'ensemble des professions de la santé s'exerçant dans le cadre de nos sociétés pluralistes et démocratiques. Celui-ci peut s'incorporer aux divers stades de la formation médicale à même la complexité des situations quotidiennes appelant des décisions souvent particulières et inédites.

### Remerciements

Nous remercions le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), l'Associated Medical Services, inc. (AMS, Ottawa, Canada) et le Hannah Institute pour leur support financier, de même que le Réseau d'éthique clinique du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour le support permanent apporté à notre Groupe de recherche.

### Références

1. Marcoux H, Patenaude J. L'éthique en médecine : Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? *Pédagogie Médicale* 2000 ; 1 : 23-30.
2. Patenaude J. L'éthique en médecine : les principales orientations éducatives. *Ethica* 1997 ; 9 : 97-116.
3. Pellegrino ED, Siegler M, Singer PA. Teaching clinical ethics. *The Journal of Clinical Ethics* 1990 ; 1 : 175-80.
4. Hope T, Fulford KWM. The Oxford practice skills project : Teaching ethics, law, and communication skills to clinical medical students. *Journal of Medical Ethics* 1994 ; 20(4) : 229-234. Et aussi : Hope T, Fulford KWM. Medical education : patients, principles and practice skills. In : Gillion R, Lloyd A, eds. *Principles in health ethics*. Chichester : John Wiley & Sons Ltd 1994 ; 697-709.
5. Taylor Charles. *Grandeur et misère de la modernité*. Bellarmin, Québec, 1992. p. 48-49.
6. Jacques, Francis. *L'espace logique de l'interlocution : dialogue 2.*, PUF France 1985. p. 94.
7. Patenaude J. *Tableau tiré de la thèse de doctorat (Ph.D.) : Le dialogue comme compétence éthique*. Sous la direction de Luc Bégin. 1996. Université Laval, Québec, Canada.
8. Baylis F, Downie J. Ethics education for canadian medical students. *Academic Medicine* 1991 ; 66 : 413-14.
9. Hafferty F, Franks R. The Hidden Curriculum, Ethics Teaching and The Structure of Medical Education, *Academic Medicine* 1994 ; 69 : 861-71.
10. Higgs R. Can medical ethics be taught ? P. 80-88, Dans Gillan R. *Teaching medical ethics : Impressions from the USA*. In : Byrne P, ed. *Medicine, medical ethics and the value of life*. Chichester : John Wiley & Sons. 1990 : 88-115.
11. Frader J, Arnold R, Coulehan J, Pinkus RL, Meisel A, Schaffner K. Evolution of clinical ethics teaching at the University of Pittsburgh, *Academic Medicine* 1989 ; Dec : 747-50.
12. Ricoeur Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil. 1990.
13. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education : past, present and future. *Academic Medicine* 1995 ; 70 : 761-69.

14. Calman KC, Downie RS. *Practical problems in the teaching of ethics to medical students. Academic Medicine* 1991 ; 66 : 153-56.
15. Swenson SL, Rothstein JA. *Navigating the wards : Teaching medical students to use their moral compasses. Academic Medicine* 1996 ; 71 : 591-94.
16. Miles SH, Weiss LL, Bickel J, Walker RM, Cassel C. *Medical Ethics Education : coming of age, Academic Medicine* 1989 ; dec. 705-14.
17. Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A, Kopelman L, Lynn J, Siegler M, Wikler D. *Basic curricular goals in medical ethics. The New England Journal of Medicine* 1985 ; 312 : 253-56.
18. Rest JR. *Comprehension of moral concepts test. Dans : Rest JR, Narvaez D, eds. Moral development in the profession : Psychology and applied ethics. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates ; 1994.*
19. Wartman SA, Brock DW. *The development of a medical ethics curriculum in a general internal medicine residency program. Academic Medicine* 1989 ; Dec : 751-54.
20. Arnold RM, Forrow L, Wartman SA, Teno J. *Teaching clinical medical ethics : a model programme for primary care residency. Journal of Medical Ethics* 1988 ; 14 : 91-96.
21. Keny NP. *Physician ethics and the continuum of life-long learning. The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1996 ; 16 : 173-80.
22. Aubenque P. *La prudence chez Aristote. Paris. Presses universitaires de France. 1963.*
23. Forrow L, Arnold RM, Frader J. *Teaching clinical ethics in the residency years : Preparing competent professionals. The Journal of Medicine and Philosophy* 1991 ; 16 : 93-112.
24. Pond D. *Report of a working party on the teaching of medical ethics. Dans : Boyd KM. Ed. London : IME Publications Ltd 1987 ; 1-59 .*
25. Perkins HS. *Teaching medical ethics during residency. Academic Medicine* 1989 ; May : 262-66.
26. Mitchell KR, Lovat TJ, Myser CM. *Teaching bioethics to medical students : The Newscastel experience. Medical Education* 1992 ; 26 : 290-300.
27. Toon PD. *After bioethics and towards virtue ? Journal of Medical Ethics* 1993 ; 19:17-18.
28. Schön DA. *Educating the reflective practitioner. San Francisco : Jossey-Bass. 1987.*
29. Colby A, Kohlberg L. *The Measurement of moral judgement, 1 : Theoretical foundations and research validation. 2 : Standard issue scoring manual. New York : Cambridge University Press. 1987.*
30. Altet, M. *Les compétences de l'enseignant-professionnel : entre savoirs, schèmes d'action et d'adaptation, le savoir analyser, in Former des enseignants professionnels, éd. De Boeck, Université Paris-Bruxelles, 1996, p. 28-41.*
31. Rest JR. *Development in judging moral issues. Minneapolis : University of Minnesota Press. 1979.*
32. Bebeau MJ. *Influencing the moral dimensions of dental practice. Chap 7, dans : Rest JR, Narvaez D, eds. Moral development in the profession : Psychology and applied ethics. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates. 1994.*
33. Crisham P. *Measuring moral judgment in nursing dilemma. Nursing Research* 1981 ; 30 : 104-110.
34. C. Perelman et L. O-Tyteca. *Traité de l'Argumentation. La nouvelle rhétorique. Éd. de l'Université de Bruxelles, Bruxelles. 1970, p. 40*
35. Lambert C. *L'acquisition des compétences morales. Nursing. Québec* 1992 ; 12-3 : 64-69.
36. Gillan R. *Teaching Medical Ethics : Impressions from the U.S.A.. In : Byrne P, ed. Medicine, medical ethics and the value of life. Chichester : John Wiley & Sons. 1990 ; 88-115.*
37. Collège des médecins du Québec (CMQ). *Critères généraux d'agrément des programmes et des milieux de formation médicale postdoctorale. Direction des Etudes Médicales. 1999.*
38. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada *General norms of agreement. Avril 1994.*
39. Canadian Medical Association. *Code de déontologie. Canada.*
40. Collège des médecins du Québec. *Code de déontologie, LRQ, c. M-9.*
41. Schön DA. *The Reflective Practitioner. New York : Basic Book. 1983.*
42. Taylor, C. *Grandeur et misère de la modernité. Bellarmin, Québec. 1992 p. 48-49.*