

Enseignement et évaluation en éthique médicale : pourquoi s'en préoccuper ?

La question de la formation à l'éthique durant la formation médicale n'est pas nouvelle. Elle est au moins aussi ancienne que l'est le serment d'Hippocrate. C'est la question de son apprentissage structuré qui est nouvelle et qui, jusqu'à présent, ne se posait pas. En effet, tant qu'on concevait l'éthique comme une stricte dimension personnelle des individus (attitudes, croyance, conviction), nul ne voyait la pertinence d'en structurer l'apprentissage ; le modèle de rôle devait suffire. Nul besoin d'apprentissages structurés non plus, tant que l'éthique se réduisait aux obligations et devoirs professionnels ; l'apprentissage du code de déontologie devait suffire. Nul besoin non plus d'apprentissages structurés tant que l'éthique était conçue comme le fruit d'échanges spontanés entre pairs ; les tours de parole à partir de cas devaient suffire. Bien qu'intéressantes sous plusieurs aspects, toutes ces approches se sont avérées inadéquates en vue du développement de l'éthique comprise comme compétence professionnelle¹.

Ces échecs relatifs ont conduit à l'établissement de deux grands clans : d'un côté, ceux qui ne croient pas qu'un enseignement de l'éthique soit possible et de l'autre, ceux qui croient, au contraire, que tous les efforts n'ont pas été faits en vue de rencontrer les conditions minimales propices au développement de l'éthique comme compétence. Les premiers considèrent tout effort comme inutile. L'autre groupe redouble plutôt ses efforts en stimulant le partage des expériences entre formateurs en vue d'identifier et de mettre en œuvre les meilleures conditions de développement de cette compétence². Ce deuxième groupe s'intéressera aussi de près à la recherche. Celle-ci permet, entre autre, de modéliser des expériences éducatives multiples qui semblent, à première vue, éclatées³. L'éthique comme compétence ouvre aussi un nouveau champ de recherche jadis négligé, celui de l'évaluation des apprentissages.

Désormais conçue comme compétence, la dimension de l'évaluation des apprentissages ne peut plus être sous-estimée. En effet, les efforts consentis à l'éthique passent, le plus souvent, par des activités pédagogiques, requises dans 84 % des écoles de médecine américaines et qui comptent au Canada

parmi les conditions d'agrément. Or, malgré l'exigence d'activités de formation formelles et systématiques en éthique, la plupart des apprentissages ne sont pas formellement évalués. On déplore depuis longtemps le peu de recherches faites en ce sens⁴. Pourtant, le temps accordé à ces interventions de formation dans le cursus médical déjà chargé, la compétition pour le temps des étudiants et les contraintes économiques⁵ devraient inciter les institutions à supporter ces recherches. De plus, si « Evaluation drives curriculum », l'évaluation de cette compétence est nécessaire à l'amélioration de tous les aspects du curriculum, incluant l'éthique.

Trois questions sont donc à l'ordre du jour en matière de formation à l'éthique. Ces questions sont les mêmes que celles touchant tout nouveau domaine qu'on croit susceptible de développement par des apprentissages : quelle compétence ? comment l'enseigner ? comment l'évaluer ?

Les deux clans, malgré leurs divergences profondes, s'entendent néanmoins sur quatre points clés : d'abord, la pratique de la médecine dépasse l'exercice du simple bon sens. Ce consensus a sûrement contribué à ce que les organismes médicaux, au Canada⁶ et au Québec⁷, accordent à l'éthique une place sans précédent dans leurs visées de formation des médecins des années 2000. Ensuite, dépassant l'idée que l'éthique est l'affaire de la conscience morale et personnelle de chacun⁸, on reconnaît son caractère régulateur dans la profession. Les deux camps s'entendent aussi à l'effet que l'éthique professionnelle n'est pas le fruit d'un processus inné⁹. Finalement, on reconnaît également que l'éthique est une des compétences transversales impliquées dans le plein exercice du jugement professionnel fait de preuves et d'incertitudes, de science et d'art. La tension induite par les divergences des deux clans est bénéfique dans la mesure où elle met chaque groupe au défi d'aller au bout de sa logique. Ces points de consensus, énumérés plus haut, devraient suffire à supporter sans ambiguïté les initiatives éducatives qui s'y rattachent.

Le but des efforts de formation en éthique médicale tend aujourd'hui vers le développement d'une

compétence décisionnelle et dialogique qui dépasse, tout en l'englobant, la relation patient-médecin. Ces efforts ne visent pas à contrôler le comportement du médecin, comme on le croit encore trop souvent. Ils entendent plutôt contribuer au développement de son jugement professionnel en tentant, si possible, de contrebalancer les effets pervers des rationalités technique et commerciale qui menacent de plus en plus la profession.

Dans cet esprit, le but des projets à venir, tant en enseignement qu'en recherche dans le domaine, n'est pas de fixer des standards de comportements ni de conduire à d'autres règles de pratique. Cette

volonté de contrôle normatif externe, d'essence juridique, est étrangère à l'éthique. Son but est plutôt d'élaborer des repères structurels fiables et consistants pour le développement de cette compétence professionnelle chez le médecin en formation ou en exercice. Ces repères, compris comme guide de l'action clinique, se veulent au service d'une plus grande autonomie professionnelle¹⁰ du médecin, voire même d'une application plus confiante du savoir médical¹¹, avec et pour les patients qui revendiquent le droit complexe de prendre part aux décisions les concernant¹².

*Johane PATENAUDE
jpatenau@courrier.usherb.ca*

Références

1. Marcoux H, Patenaude J. L'éthique dans la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? Pédagogie Médicale 2000 ; 1 : 23-30.
2. Callahan D, Thornton BC. Bioethics Education. Expanding the Circle of Participants. A report of the Hastings Center Project on Bioethics education 1993.
3. Pellegrino ED, Hart RJ, Henderson SR, Loeb SE, Edwards G. Relevance and Utility of Courses in Medical Ethics – A Survey of Physicians Perceptions. JAMA 1985 ; 253 (1) : 49-53.
4. McDonald M, Parizeau MH. Vers une stratégie canadienne de recherche en éthique appliquée. Rapport de la Fédération canadienne des études humaines. Ottawa 1993.
5. Pellegrino ED et al. Op. cit. note 3.
6. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Compétences pour le nouveau millénaire : Rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux, ProMeds 2000. Projet Canadien d'éducation des médecins spécialistes. Ottawa 1996.
7. 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.
8. Frader J, Arnold R, Coulehan J, Pinkus D, Meisel A, Schaffner K. Evolution of Clinical Ethics Teaching at the University of Pittsburg. Acad Med 1989 ; 64 ; 12 : 747-751.
9. Simard R. Le souci de l'éthique. Bulletin du CMQ 1994 ; 28 : 1.
10. American College of physicians. Ethics Manual (fourth edition). An Inter Med 1998 ; 128 : 576-594
11. Hope T, Fulford KWM. The Oxford Practice Skills Project : teaching ethics, law, and communication skills to clinical medical students. J Med Ethics 1994 ; 20 (4) : 229-234.
12. Roy D, Williams JR, Baudoin JL. La bioéthique, ses fondements et ses controverses. Montréal : Editions du renouveau pédagogique 1995 (trad. de Bioethics in Canada. D. Roy, J.R. Williams, B.M. Dickens Prentice Hall Canada Inc. 1994).