

La compétence professionnelle du médecin et l'enseignement de l'éthique

Stéphane P. Ahern, BA

In brief

STÉPHANE AHERN, NOW A SECOND-YEAR MEDICAL STUDENT at the University of Sherbrooke in Quebec, captured third prize in CMAJ's 1997 Logie Medical Ethics Essay Contest with this fine essay on professional competence and the teaching of ethics. The contest is open to undergraduate students at all Canadian medical schools, and the deadline for 1998 is June 1. Entries should be sent to the News and Features Editor, CMAJ, 1867 Alta Vista Dr., Ottawa, ON K1G 3Y6. Three prizes are awarded: \$1500, \$1000 and \$750. Essays should be no longer than 2500 words in length, including references.

Depuis le tournant des années 1970, l'éthique a pris une place de plus en plus importante tant dans l'enseignement que dans la pratique de la médecine¹. Quelques programmes prédoctoraux incluaient déjà l'éthique pendant la décennie 1970. Aujourd'hui, une majorité des facultés de médecine ont un programme de formation en éthique. Ce phénomène est répandu tant au Canada² qu'aux États-Unis. Mais qu'enseigne-t-on en éthique? Une recension rapide des écrits révèle l'hétérogénéité et la diversité des modèles d'enseignement de l'éthique dans les facultés de médecine. Certains parlent d'éthique en termes de «sensibilité éthique», d'autres en termes de «caractère moral»³ d'autres encore en termes de déontologie, de rationalité pratique, de rationalité inductive⁴, ou d'analyse principielle.

À l'encontre de l'enseignement clinique, où la notion de compétence «technique» est déterminée selon des «lignes directrices de pratique», l'enseignement de l'éthique ne repose pas sur un consensus portant sur une notion de compétence éthique. Bien que la dimension éthique de la pratique médicale soit reconnue, elle n'est pas à ce jour partie intégrante de la compétence professionnelle du médecin, d'où l'importance de la présenter aux étudiants en médecine comme une compétence à acquérir.

L'objectif de mon propos est de discuter des éléments qui pourraient faire partie de la notion de compétence éthique, sans toutefois proposer de modèle ou discuter des répercussions éducationnelles des éléments proposés.

Mon argumentation se construira sur l'expérience clinique des médecins dans un contexte québécois. Pour bâtir la notion de compétence éthique, je pars de la relation patient-médecin. Je décris les principales perspectives à partir desquelles elle est discutée. Je dégage ensuite un schéma général de pratique. Puis, je mets en évidence le caractère propre de la compétence éthique : décider au chevet du malade. Enfin, j'identifie certains éléments clés de la compétence éthique.

La relation patient-médecin

La compétence éthique se bâtit à partir de la réalité clinique de la médecine, c'est-à-dire à partir de l'expérience. Cette expérience médicale, qui est propre à la plupart des médecins, est celle de la relation patient-médecin. Celle-ci est au cœur de la réalité quotidienne de la médecine clinique. C'est d'ailleurs en ces termes que D.J. Roy parle de la relation patient-médecin : «[I] est important de rappeler que la *relation médecin-malade* constitue l'assise à partir de laquelle on détermine quelles



Éducation

Education

Étudiant en deuxième année au doctorat en médecine à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, Stéphane Ahern termine une maîtrise en philosophie. Il a entrepris un doctorat en sciences cliniques. M. Ahern a obtenu en 1996 le Prix d'excellence Desjardins pour étudiants-chercheurs décerné par l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.

CMAJ 1998;158:903-5



Stéphane Ahern



décisions et actions sont exigées, peuvent être permises, tolérées, ou devraient être prohibées [...]»⁵.

La relation patient-médecin est complexe et plurielle. Pour bien saisir la complexité de l'horizon dans lequel se formulent les questions relatives à la relation patient-médecin, attardons-nous à analyser d'abord les perspectives sociale, juridique et psychologique à partir desquelles elle peut être définie ou analysée.

Dans la perspective sociale, la relation patient-médecin est influencée par les valeurs de la société en général ou par celles de l'établissement de santé où elle se vit. Dans cette perspective sont alors considérés les facteurs systémiques qui influencent le cadre général de la pratique. Au Québec, plusieurs facteurs sociaux influencent actuellement la relation patient-médecin : la réforme du système de santé, les modifications structurelles de la dynamique de soins qu'elle entraîne et l'émergence d'une culture des droits individuels. D'un point de vue historique, depuis les années 1960, l'avènement d'une culture des droits individuels demeure sans doute le passage d'un mode paternaliste à un modèle où l'autonomie du patient est reconnue. Une telle modification a eu des répercussions importantes sur la façon d'enseigner les modalités de la relation patient-médecin⁶. Aujourd'hui, cependant, les compressions budgétaires engendrent des défis nouveaux pour la relation patient-médecin : allocation des ressources, gestion des soins de santé, revenu par capitation.

L'avènement d'une culture des droits a aussi des répercussions importantes sur notre façon de réguler la pratique médicale. La promotion grandissante du principe d'autonomie a favorisé la mise en place d'une conception axée sur le respect du patient. Les principes de bienfaisance et de bienveillance sont passés au second plan. Les juristes définissent depuis lors la relation patient-médecin comme étant une forme particulière d'entente contractuelle. La notion qui est alors mise de l'avant est celle du consentement éclairé. Le médecin est un «expert» qui possède un savoir spécialisé. Le «citoyen» n'est plus perçu comme un patient, mais comme un payeur, un décideur et un usager. Une telle position, bien que proposée dans le cadre législatif québécois (Loi sur la santé et les services sociaux), n'est pas reconnue d'emblée par la profession médicale. Plusieurs médecins supposent que cette position nie plusieurs éléments propres à la relation professionnelle, dont le caractère vulnérable du patient en crise, en questionnement existentiel⁷. La question posée par le discours juridique vise à mettre en évidence le cadre procédural qui doit être assuré pour obtenir le consentement libre, éclairé et informé du patient avant d'entreprendre une démarche thérapeutique.

Cette conception particulière de la relation patient-médecin trouve aussi un écho dans le discours déontologique. Au Québec, le Code de déontologie, édicté par le Collège des médecins, est officiellement re-

connu comme un ensemble de règles quasi juridiques en vertu du Code des professions. Le fondement du code de déontologie se bâtit selon cinq axes particuliers de la relation professionnelle : le caractère autonome de la pratique, la différence dans l'état du savoir entre le médecin et le patient, la relation de confiance qui existe, le caractère confidentiel des informations fournies et le préjudice possible que peut subir le patient. C'est ainsi qu'au-delà du cadre contractuel propre au droit, les normes déontologiques attribuent des obligations particulières aux médecins eu égard à la nature de la relation patient-médecin.

La perspective psychologique est un autre point de vue à partir duquel nous pouvons définir la relation patient-médecin. Ce modèle occupe aujourd'hui une place prépondérante dans les programmes de formation de premier cycle et de résidence, particulièrement aux États-Unis⁸. Dans le cadre de la théorie psychanalytique, ce sont les thèmes du transfert et du contre-transfert qui sont traditionnellement abordés. Bien que ce modèle existe encore, des modèles contemporains basés sur des théories psychologiques interactionnelles suscitent maintenant un plus grand intérêt. Les habiletés communicationnelles du médecin, sa capacité d'empathie et la qualité de la relation d'aide qu'il offrira au patient seront le point d'ancrage de la relation patient-médecin dans une perspective psychologique moderne⁹.

La relation patient-médecin est donc plurielle et peut être définie à partir de nombreux points de vue. Nous avons identifié jusqu'à maintenant quatre instances normatives : la société, le droit, la déontologie et la psychologie. Ces instances sont normatives dans le sens qu'elles imposent un plan d'action particulier. Elles supposent toutes que le médecin devra faire un choix, prendre une décision. Ces multiples décisions auront un impact sur le médecin lui-même, sur le patient et son entourage, sur les autres patients de l'établissement et même, dans certains cas, sur la société en général. C'est dans ce cadre particulier de l'expérience clinique que la compétence éthique apparaît, dans la capacité à prendre des décisions qui tiennent compte de soi, d'autrui, des valeurs des personnes concernées, des principes en cause, des intérêts en jeu, des représentations impliquées.

La compétence éthique

Au cœur même de la réalité médicale clinique, c'est le problème de la décision qui émerge comme étant le point central du processus éthique. La décision que le médecin prend, puisqu'elle implique autrui, est particulièrement d'ordre éthique. Elle suppose la mise en perspective, la hiérarchisation de différentes normes (juridiques, cliniques, institutionnelles), vers le but à atteindre. D'un



point de vue clinique, tant le but que les moyens restent à définir. Que veut dire alors compétence éthique?

La compétence professionnelle, ce n'est pas seulement savoir poser un diagnostic, faire des pronostics ou établir un plan de traitement. C'est aussi savoir prendre une décision avec un patient vulnérable, considérer l'autonomie professionnelle du médecin et les caractéristiques propres à la relation qui unit le médecin à son patient.

Plusieurs dimensions entrent en jeu. Il faut d'abord être en mesure de communiquer, de s'ouvrir à l'autre, de dialoguer, pour échanger non seulement de l'information, mais aussi des points de vue, afin d'en arriver à une alliance. Dialoguer demeure le pivot central de la compétence professionnelle du médecin. Dans la littérature, plusieurs auteurs laissent entendre qu'il s'agit ici simplement de compétences de communication (*communication skills*). Or, il s'agit de bien davantage et en partie, d'une modalité d'être à l'autre.

En second lieu, la compétence éthique suppose la capacité de délibérer, c'est-à-dire de comprendre le sens des différentes normes juridiques, cliniques et institutionnelles en cause et d'en évaluer la portée. Cette évaluation, qui s'effectue en constant dialogue avec le patient, requiert de savoir hiérarchiser les différentes normes. Parler de compétence à cet égard suppose, en arrière-plan, que le médecin puisse présenter une justification raisonnable de la décision prise, tant au patient qu'à un tiers, le cas échéant.

Enfin, la compétence éthique du médecin suppose la capacité d'analyser de façon critique ses décisions à la lumière d'un certain nombre d'éléments externes tant culturels que sociaux. Par exemple, le rôle nouveau que le médecin assume à titre de «gardien» du système l'oblige à prendre en compte les intérêts de tiers — gouvernement, compagnies d'assurance, employeurs, etc. — et aussi à mettre en perspective les principes de bienfaisance et de justice, autant d'éléments qui jadis ne faisaient pas partie de son cadre de référence. La démarche de réflexion critique qu'il entreprend suppose que le médecin a la capacité de comprendre les théories sous-jacentes à ses actions, les enjeux qu'elles soulèvent et les répercussions qu'elles ont dans la pratique.

Parler de compétence éthique, c'est donc, en résumé, parler d'une capacité de dialoguer, de délibérer et de faire l'analyse critique des pratiques sociales et de sa propre pratique. En ce sens, la compétence éthique n'est pas la simple application d'un savoir ou un ensemble d'habiletés qui pourraient se réduire à un apprentissage technique. Elle exige une traversée en dedans de soi-même, elle se fonde sur l'apprentissage expérientiel et elle requiert la réflexion critique¹⁰.

Conclusion

À l'aube du XXI^e siècle et suite à l'avènement des nom-

breux changements qui ont marqué tant la culture que la pratique médicale, une réflexion systématique sur la notion de compétence professionnelle des médecins s'impose. La question qui demeure est celle de la nature de cette compétence. Est-elle purement technique ou participe-t-elle à un horizon plus vaste? Une étude phénoménologique de la relation patient-médecin nous permet de proposer certains éléments de réponse. La compétence professionnelle suppose, en plus des compétences technique, communicationnelle et diagnostique, une compétence éthique. Cette dernière est intrinsèquement liée au processus décisionnel entourant l'alliance thérapeutique. Le médecin qui sera dit «compétent» sera celui qui saura intégrer à sa pratique, de façon dynamique, l'ensemble des normes régissant la relation avec son patient, de telle sorte que la santé de ce dernier soit maximisée.

La compétence éthique peut se définir selon trois axes : la capacité de dialoguer, la capacité de délibérer et la capacité d'entreprendre une analyse critique. Avant d'inscrire de tels éléments dans le cadre officiel des programmes de formation des futurs médecins, il faut se poser plusieurs questions. L'opérationnalisation de la compétence éthique est-elle réalisable dans un court délai? Comment évaluer cette compétence? Les médecins de demain arriveront-ils à l'intégrer dans leur vécu professionnel?

Philippe Meirieu, professeur de philosophie à l'Université de Lyon, rappelle les difficultés propres à l'évaluation des compétences en philosophie et que l'on peut transposer à l'évaluation en éthique : «Certes toute évaluation se doit être la plus juste possible, mais on doit la considérer comme une approximation. Ce qui est véritablement recherché, ce qui restera dans la tête de l'élève, cela demeure invisible. [...]»¹¹.

Références

1. Doucet H. *Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux États-Unis*. Genève (Suisse) : Labor et Fides; 1996.
2. Westminster Institute for Ethics and Human Values. *Medical ethics for undergraduate medical students*. London (ON) : The Institute; 1990.
3. Pellegrino E. Can ethics be taught? An essay. *Mt Sinai J Med* 1989;56(6):490-5.
4. Tomlinson T. Casuistry in medical ethics: Rehabilitated, or repeat offender? *Theor Med* 1994;15:5-20.
5. Roy DJ. Éthique professionnelle et MTS. Dans : Morisset R, Pechere JC, sous la dir. de. *Reconnaître, comprendre, traiter les MTS*. Paris : Edisem et Maloine; 1990. p. 509-12.
6. Angell M. The doctor as double agent. Dans : Thomasma DC, Marshall PA, sous la dir. de. *Clinical medical ethics cases and readings*. Lanham (NJ) : University Press of America; 1995. p. 613-8.
7. Girard G, Grand'maison P. L'approche négociée : modèle de relation patient-médecin. *Méd Québec* 1993;mai:31-9.
8. Medical Ethics Subcommittee, American Board of Pediatrics. Teaching and evaluation of interpersonal skills and ethical decision making in pediatrics. *Pediatrics* 1987;79:829-33.
9. Tate P. *The doctor's communication handbook*. Oxford (RU) : Radcliffe Medical Press, 1994.
10. Schön DA. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (trad. de l'américain *The reflective practitioner. How professionals think in action*; 1983). Montréal : Les Éditions Logiques; 1994.
11. Meirieu P. L'impossible évaluation. *Bull Soc Philos Québec* 1997;23(1):14-9.