

Identifier les besoins de formation en éthique : approche méthodologique centrée sur la clinique

Hubert Marcoux, MD, MA

Résumé

Contexte : Depuis 10 ans, sous l'impulsion des organismes accréditeurs, se développe la formation en éthique dans les programmes de résidence des facultés de médecine canadiennes. Cette étude visait à identifier les besoins de formation ressentis par des médecins en vue de l'élaboration d'objectifs d'enseignement en éthique pour le programme de médecine interne de l'Université Laval.

Méthode : Une recherche qualitative, à l'aide de la technique du groupe nominal modifiée, a été menée auprès d'un échantillon raisonné de 11 résidents et de 19 médecins enseignants, affiliés au Département de médecine interne de l'Université Laval, et sélectionnés respectivement par le directeur du programme et le directeur du Département.

Résultats : 220 situations cliniques ont été recueillies et classées sous 14 thèmes suite à une analyse qualitative : arrêt de traitement, abstention de traitement, acharnement thérapeutique, réanimation, niveau de soins, déontologie, consentement éclairé, refus de traitement, droit à la vérité, allocation des ressources, confidentialité, soins palliatifs, euthanasie et aspects éthiques de la recherche.

Interprétation : La technique du groupe nominal modifiée est efficace pour identifier des besoins de formation en éthique ayant une plus grande adéquation avec la réalité clinique. La démarche a un impact pédagogique positif (pertinence du contenu et planification d'enseignement). De plus, elle tient compte des références culturelles et sociologiques du milieu, lesquelles sont sensiblement différentes de celles provenant des modèles américains qui alimentent le plus souvent le développement de la formation en éthique au Canada.

Diverses démarches sont possibles¹ pour le développement de la formation en éthique dans les facultés de médecine au Canada.² Le présent article décrit l'essai d'une méthode visant l'identification des besoins de formation en éthique ressentis par des médecins en vue de l'élaboration des objectifs du programme de résidence en médecine interne de l'Université Laval.

Suivant un courant nord-américain,^{3,4} le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) formulait, en mars 1989, ses recommandations concernant la formation en éthique.^{5,6} Toutefois, les responsables de la formation dans les facultés de médecine trouvaient difficile d'y donner suite, pour plusieurs raisons. Mentionnons, entre autres, l'imprécision des directives en regard du contenu, le peu d'expérience des experts en bioéthique concernant la teneur et l'approche pédagogique de cet enseignement dans le cadre de la formation clinique et la représentation vague qu'ont les cliniciens de ce sujet.

Afin d'identifier quels besoins de formation en éthique pour la pratique en médecine interne avaient déjà été exprimés et sous quelle forme on l'avait fait, une revue informatisée (MEDLINE et Bioethicsline) a permis de retenir 9 articles publiés entre 1980 et 1992. Les besoins y étaient formulés en termes d'objectifs concernant l'apprentissage d'une démarche de résolution de problème ou l'acquisition de connaissances (sujets éthiques).

Certains de ces sujets touchaient les aspects éthiques de la prise de décision concernant les niveaux d'intervention (les directives de fin de vie,⁷ la directive de non-réanimation,^{7,8} l'arrêt d'investigation ou de traitement⁷⁻¹⁰ et le maintien de traitement de soutien^{8,10,11}). Divers aspects de la déontologie étaient couverts (les relations interprofessionnelles,^{9,12} l'incompétence ou l'erreur médicale,¹⁰ le maintien de la compétence médicale, le contrôle de la qualité des soins et les règles déontologiques régis-



Études

Evidence

Du Département de
médecine familiale,
Université Laval, Québec,
Qué.

*Cet article a fait l'objet d'un
examen par les pairs.*

CMAJ 1999;160:1715-8.

sant les consultations¹² et la confidentialité.¹¹⁻¹⁴ Plusieurs articles retenaient comme thématique le consentement éclairé,^{9,10-15} le droit à la vérité,^{9,11,13,14} le refus de traitement,^{7,13-15} le rôle du patient dans la prise de décision et le droit des enfants.^{12,15} D'autres relevaient l'allocation des ressources, l'accès aux soins⁹⁻¹⁵ et le don d'organes.¹⁰ Finalement on identifiait l'éthique du mourir (la définition de la mort cérébrale,⁷ la demande d'euthanasie¹⁰ et les soins palliatifs.^{10,12-14})

Toutefois, ces données relevaient entièrement de l'expérience américaine.^{4,7-16} On pouvait s'interroger sur la pertinence de transposer ces résultats à un contexte de pratique médicale qui diffère sensiblement. Des auteurs ont souligné, en comparant l'approche des Européens avec celle des Nord-américains, que la manière d'aborder certains problèmes varie.^{17,18} Les particularités de la société canadienne impliquent que les besoins perçus par les médecins d'ici sont probablement différents des besoins ressentis par les Américains.

La méthode utilisée devait permettre que les besoins éventuellement identifiés traduisent les préoccupations des médecins québécois. Conséquemment, les personnes qui seront directement concernées par la formation en éthique offerte ont été interrogées en vue d'identifier les besoins ressentis que le médecin définit lui-même à partir des lacunes qu'il perçoit.¹⁹ Les cliniciens abordent souvent les questions éthiques de manière trop vague pour énoncer leurs besoins sous la forme d'objectifs. Par contre, le médecin qui s'interroge sur la conduite éthique à suivre exprime vraisemblablement ses besoins de formation dans ce domaine. Une telle approche favorise l'identification de besoins de formation rencontrés au quotidien, ce qui est l'une des recommandations faites par Fox et ses collègues en 1995.²⁰

Deux études canadiennes utiles à l'identification des besoins de formation ont été publiées depuis.^{21,22} Leurs devis de recherche est quantitatif. L'étude de Levitt et ses collègues utilise un questionnaire construit à partir de données américaines. La méthode qualitative présentée ici permet d'orienter davantage le développement de la formation dans le sens des réflexions formulées par Hafferty et Franks : « Finally, the authors maintain that any attempt to develop a comprehensive ethics curriculum must acknowledge the broader cultural milieu within which that curriculum functions. »²³

Enfin, depuis 1992, le CRMCC a précisé (en 1996), notamment pour la médecine interne, les thèmes éthiques qu'il souhaite voir traiter par les programmes de formation. Il sera donc possible de comparer ces recommandations avec les besoins circonscrits à l'aide de la méthode décrite ici.²⁴

Méthodologie

Choix de la méthode

La liste des principales caractéristiques recherchées a été dressée : intéresser des participants au questionnement sur la formation en éthique, obtenir une image représentative des problèmes éthiques vécus, permettre à des médecins de se prononcer sur leurs besoins de formation, générer une quantité significative de données de façon efficace et circonscrire de façon opérationnelle les besoins ressentis. La

technique du groupe nominal, qui est une méthode reconnue et valide, fut retenue avec les modifications proposées par Bordage.²⁵

Choix des participants

Le directeur du Département et celui du programme de médecine interne ont sélectionné respectivement les cliniciens-enseignants et les résidents ayant participé à l'étude. Procédant par échantillonnage raisonné, ils ont tenu compte des variables suivantes: le sexe des sujets, l'expérience clinique ou l'année de résidence et, plus spécifiquement, pour les cliniciens-enseignants, le champ de pratique et l'hôpital d'affiliation.

Cueillette des données

La première étape était la formulation de la question qui a été élaborée en considérant différents lieux et contextes afin de projeter mentalement le répondant dans la réalité quotidienne de sa pratique clinique et d'éviter la recension de situations exceptionnelles. À chaque séance de travail, les consignes suivantes étaient énoncées : Décrivez, à partir de votre expérience de travail aux soins intensifs et comme médecin de garde à l'hôpital, des situations cliniques qui vous posent un problème éthique. Décrivez, à partir de votre expérience de travail dans les unités de soins et comme médecin consultant, des situations cliniques qui vous posent un problème éthique. Décrivez, à partir de votre expérience de travail à la clinique externe, des situations cliniques qui vous posent un problème éthique.

La deuxième étape était la rédaction des réponses, la troisième la présentation des énoncés et finalement la quatrième, la clarification et le rejet des énoncés. Les étapes 2, 3 et 4 ont été reprises pour les trois sous-questions évoquées.

Une mise à l'essai a précédé les séances « officielles ». N'ayant rien modifié à la suite de ce rodage, ces premiers résultats ont été inclus aux données subséquentes.

Analyse des données

Il s'agissait de classer par thèmes les situations cliniques recensées, de façon à décrire les problèmes éthiques et à identifier, par conséquent, les besoins de formation ressentis. L'ensemble des situations recueillies a été annoté de mots-clés qui ont conduit à une première classification. Ces mots-clés sont des termes que l'on retrouve en tête de chapitre de plusieurs textbooks traitant de l'éthique clinique.²⁶⁻²⁸

Une deuxième lecture a été faite pour vérifier la constance dans l'utilisation des mots-clés et si ces derniers étaient des descripteurs valables. Un expert en bioéthique a lu à son tour les situations cliniques et revu la classification. Une troisième analyse a été faite pour arrêter le choix définitif des thèmes qui ont été finalement regroupés en catégories représentant les grands axes de formation.

Résultats

Au printemps de 1992, en cinq séances d'une durée de moins de 2 heures, les 19 cliniciens-enseignants et les 11 résidents ayant participé à l'une ou l'autre des séances ont décrit 220 situations cliniques; 25 ont été rejetées parce qu'elles traduisaient un problème juridique ou relationnel et non un problème éthique. Ainsi, 195 situations ont été classées sous 14 thèmes renvoyant à 7 catégories (Tableau 1). Le Tableau 2 propose des exemples de situations cliniques rédigées par les participants.



Interprétation

La méthode utilisée a permis d'identifier des besoins de formation en éthique. Le recours aux trois sous-questions a favorisé une production plus étayée et fidèle à la pratique quotidienne. Toutefois, comme les répondants semblaient éprouver de la difficulté à formuler des énoncés se rapportant à la

Tableau 1 : Identification des besoins ressentis — thèmes dégagés à partir des situations cliniques énoncées

Catégories ou axes de la formation <i>n</i> = 7	Thèmes ou besoins ressentis <i>n</i> = 14	Situations cliniques <i>n</i> = 195
Aspects éthiques des décisions liées aux interventions	Arrêt de traitement	9
	Abstention de traitement	11
	Acharnement thérapeutique	3
	Réanimation	15
	Niveau de soins	34
Déontologie	Déontologie (relation des médecins avec l'industrie pharmaceutique)	59
Consentement éclairé	Consentement éclairé	14
	Refus de traitement	12
	Droit à la vérité	7
Allocation des ressources	Allocation des ressources	12
Confidentialité	Confidentialité	8
Aspects éthiques du mourir	Soins palliatifs	4
	Euthanasie	2
Éthique de la recherche	Recherche	5

médecine ambulatoire, il a été suggéré d'élargir le troisième volet de la question nominale en faisant référence, notamment, à la relation du médecin avec l'industrie pharmaceutique et aux problèmes éthiques reliés à la recherche clinique. Les participants ont davantage pris conscience de la fréquence des problèmes éthiques et de l'à-propos d'une formation adéquate.

À l'étape 3, on a observé que les participants étaient réticents à éliminer les énoncés similaires et à l'étape 4, peu de situations cliniques ont été rejetées. Cette attitude montre bien que l'expression d'un dilemme éthique est une tâche délicate où il faut considérer la nature de la relation entre les sujets qui ne veulent pas juger leurs pairs ou être jugés par eux. L'analyse des résultats fut l'étape la plus exigeante. La subjectivité inévitablement présente à cette étape a nécessité un regard extérieur venant confirmer la validité de la classification. Comme quelques situations cliniques comportaient plus d'un problème éthique, il devenait arbitraire de les classer sous un thème plutôt qu'un autre. L'identification de 7 catégories plus générales a atténué ce flottement sémantique.

La variété des énoncés recueillis reflète avec précision les préoccupations courantes de la clientèle cible. Bien que l'étude quantitative des données soit moins pertinente dans ce type de recherche, il est intéressant de noter la fréquence des situations par thème. Ainsi, les deux premières catégories présentées au Tableau 1 regroupent 67 % des situations. On ne saurait comparer ces résultats avec ceux qu'on retrouve dans la littérature nord-américaine, pour des raisons méthodologiques. Mais on peut voir, en se référant aux données de la littérature, si on en juge par le nombre de publications qui en traitent, que le consentement éclairé et

Tableau 2 : Exemples de situations cliniques rédigées par les participants et décrivant un problème éthique

Thèmes	Situations cliniques
Acharnement thérapeutique	Que faire lorsque vous êtes de garde et que vous jugez qu'un patient est victime d'acharnement thérapeutique? Doit-on mettre fin au traitement ou continuer en respectant l'attitude du médecin traitant?
Consentement éclairé	Patiente âgée de 79 ans qui a de la fièvre. Elle n'est pas en delirium, mais elle est désorientée dans le temps. Elle refuse de se faire examiner et traiter. Son fils nous demande de la traiter.
Droit à la vérité	Prendre connaissance, lors d'une consultation, en discutant avec le patient, qu'il ne sait pas qu'il a le cancer parce que le médecin traitant ne le lui a pas dit.
Confidentialité	Garçon de 16 ans, consulte pour température et a un VIH positif. Il vous défend strictement d'en parler à ses proches. Que direz-vous à la mère qui vous appelle pour connaître l'état de son fils?
Allocation des ressources	Une patiente demande d'être vue en consultation par un médecin qu'elle désigne, mais les normes de l'hôpital exigent de ce médecin de ne pas prendre de nouveaux patients.
Réanimation	Décider de continuer ou non une réanimation cardiorespiratoire chez un patient suivi par un confrère, alors que je suis de garde. D'autant plus difficile qu'il n'y a pas de directive claire au dossier et que les directives verbales du collègue sont aussi floues.
Niveau de soins	Jeune patiente de 20 ans avec fibrose kystique décompensée pour la Xième fois, avec cirrhose biliaire secondaire, qui présente une hémorragie aiguë sur varices oesophagiennes. Doit-on faire de la sclérothérapie?
Déontologie	Que faire lorsqu'on perçoit qu'une faute médicale importante a été commise par un médecin et que le patient demande des explications. (Néo pulmonaire suggéré fortement à la radiographie, à deux ans d'intervalle, et qui revient un an plus tard avec un cancer métastatique. Le patient a 65 ans.) Symposiums organisés par une compagnie pharmaceutique où les médecins sont invités (souvent avec leur conjoint), toutes dépenses payées. Doit-on y aller?
Recherche	Recherche clinique subventionnée par des compagnies pharmaceutiques et impliquant des avantages financiers directs ou indirects pour le clinicien. Doit-on inclure ses propres patients dans un contexte où, inconsciemment, on peut mettre une pression induite?

l'allocation des ressources semblent des thèmes davantage couverts aux États-Unis, ce qui n'est pas étranger au contexte professionnel dans lequel évoluent nos voisins. Pareil constat renforce l'idée que l'expression des besoins en éthique dépend du milieu de pratique. Par ailleurs, comme le milieu socioculturel influence l'émergence de problèmes éthiques, il faut avoir à l'esprit que cette étude à Québec ne peut pas rendre compte de toute la réalité d'un milieu multiculturel et multi-ethnique.

Les thèmes privilégiés semblent également varier selon la source. Par exemple, en effet, dans les recommandations récentes du CRMCC, on remarque que le droit à la vérité, le consentement éclairé, l'évaluation de la capacité à consentir et le consentement substitut correspondent à 4 des 10 thématiques proposées, alors que les directives en fin de vie occupent un seul thème et que la déontologie n'est traitée que sous l'angle de la confidentialité. Cette répartition ne cadre pas avec les résultats obtenus dans l'étude. Cet aspect aléatoire lié à l'émergence et au développement de certains thèmes accentue l'importance de tenir compte des attentes exprimées par les cliniciens plutôt que du seul avis des experts.

La méthodologie retenue pour cette étude ne permet pas de vérifier la justesse du questionnement éthique des répondants, puisqu'elle sonde en priorité leurs préoccupations. Notons aussi que les sujets confondent parfois des problèmes juridiques ou relationnels avec des problèmes éthiques. On peut présumer que l'identification de ces besoins a un caractère relativement éphémère. Si cette démarche était reprise aujourd'hui des situations cliniques se rapportant à l'allocation des ressources seraient probablement plus souvent évoquées. Finalement, rappelons que les médecins ne sont pas les seuls juges en la matière. D'autres acteurs dont il est utile de tenir compte sont en mesure de discerner les dilemmes éthiques les plus actuels. On songe par exemple aux patients eux-mêmes, aux autres professionnels de la santé, les administrateurs d'hôpitaux, etc.

L'expression des besoins sous forme de situations cliniques a l'avantage d'offrir, de manière immédiate, des sujets à enseigner; elle aide également à cerner certaines difficultés dans le processus décisionnel ou relationnel.

La méthodologie présentée est efficace pour identifier des besoins de formation en éthique correspondant mieux à la réalité clinique. La démarche a un impact pédagogique positif (pertinence du contenu et planification d'enseignement). De plus, elle tient compte des références culturelles et sociologiques du milieu, lesquelles sont sensiblement différentes de celles provenant des modèles américains qui alimentent le plus souvent le développement de la formation en éthique au Canada. Des études similaires menées dans d'autres spécialités médicales devraient indiquer s'il existe des problématiques particulières à certains champs de pratique.

Je remercie le Département de médecine interne de l'Université Laval qui a soutenu, au plan financier, la réalisation de cette recherche. Je remercie également la Dr^e Hélène Leclère, de la Faculté de médecine de l'Université Laval, qui a supervisé ces travaux dans le cadre de mon essai de maîtrise en pédagogie des sciences de la santé. Finalement, j'adresse ma gratitude à M^{me}

Marie-France Tremblay, linguiste, ainsi qu'aux Dr^s Nicole Audet, Josée Baril, Danielle Saucier et Johanne Théorêt pour leurs précieuses recommandations lors de la rédaction de cet article.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Références

1. Nadeau MA. *L'évaluation de programme : théorie et pratique*. 2^{ème} éd. Québec : les Presses de l'Université Laval; 1988.
2. Baylis F, Downie J. Ethics education for canadian medical Students. *Acad Med* 1991;66:413-4.
3. Muller S. Physicians for the twenty-first century. Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. *J Med Educ* 1984;59:184.
4. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med* 1989;64:705-14.
5. Crelinsten GL, Kinsella TD, Williams JR. Postgraduate medical ethics: a profession's response. *Proceedings of Symposium '90: Medical Ethics for Postgraduate Medical Students*. London: Westminster Institute for Ethics and Human Values; 1990.
6. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Mise à jour des questions d'agrément : rapport du groupe de travail du comité de l'agrément sur l'éthique biomédicale*. 1991.
7. Strong C, Conelly JE, Lachlan F. Teachers' perceptions of difficulties in teaching ethics in residencies. *Acad Med* 1992;67:398-402.
8. Lapuma J, Stocking CB, Siverstein MD, Di Martini A, Siegler M. An ethics consultation service in a teaching hospital: utilization and evaluation. *JAMA* 1988;260:808-11.
9. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Arch Intern Med* 1980;141:1062-4.
10. Jacobson JA, Tolle SW, Stocking C, Siegler M. Internal medicine resident's preferences regarding medical ethics education. *Acad Med* 1989;64:760-4.
11. Wartman SA, Brock DW. The development of a medical ethics curriculum in a general internal medicine residency program. *Acad Med* 1989;64:751-4.
12. Pellegrino ED, Hart PJ, Henderson SR, Lock SE, Edwards G. Relevance and utility of courses in medical ethics: a survey of physicians' perceptions. *JAMA* 1985;253:49-53.
13. Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A, et al. Basis curricular goals in medical ethics. *N Engl J Med* 1985;312:253-6.
14. Perkins HS. Teaching medical ethics during residency. *Acad Med* 1989;64:262-6.
15. Conelly JE, Dallemura S. Ethical problem in the medical office. *JAMA* 1988;260:812-5.
16. Pellegrino ED, Siegler M, Singer PA. Teaching clinical ethics. *J Clin Ethics* 1990;1:175-80.
17. Baudouin JL, Parizeau MH. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecine/Science* 1987;3:8-12.
18. Primeau F. Les enjeux éthiques des états végétatifs selon une perspective comparée nord-américaine et européenne : partie 2. *Ann R Coll Physician Surg Can* 1992;25:39-41.
19. Conseil de l'éducation médicale continue du Québec. *Vade-mecum en éducation médicale continue*. Montréal: le Conseil; 1998.
20. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med* 1995;70:761-9.
21. Levitt C, Freedman B, Kaczorowski J, Alder P, Wilson R. Developing an ethics curriculum for a family practice residency. *Acad Med* 1994;69:907-14.
22. Tallett SE, Belik J, Hilliard RI, Kenny NP, Rowell M, Lynch A. Ethics teaching an learning in pediatric training: development of a curriculum. *Acad Med* 1997;30:103-7.
23. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71.
24. Singer PA. RCPSC bioethics education project; medicine curriculum. Version électronique : http://rcpsc.medical.org/public/bioethics/bioeth_f.htm (date de la dernière consultation par l'auteur : mars 1999).
25. Talbot RW, Bordage G. Une appréciation préliminaire d'une nouvelle méthode d'évaluation des cours par animation de groupe. *Rev Int Gestion Établissements Enseignement Supérieur* 1986;10:203-14.
26. Parizeau MH, Hottos G. Les mots de la bioéthique : un vocabulaire encyclopédique. Bruxelles : De Boeck Université; 1993.
27. Roy DJ, William JR, Dickens BM, Beaudouin JL. La bioéthique : ses fondements et ses controverses. Saint-Laurent (QC) : ERPI éd; 1995.
28. Baylis F, Downie J, Freedman B, Hoffmaster B, Sherwin S. *Health care ethics in canada*. Harcourt Brace Canada; 1995.

Pour correspondance s'adresser à : Dr Hubert Marcoux, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, bureau 1323, pavillon Vandry, Université Laval, Sainte-Foy QC G1K 7P4; télécopieur : 418 656-5252; hubert.marcoux@mfa.ulaval.ca