

Ethique et formation médicale

Révision des concepts

Guy LLORCA*

Messages clés • L'éthique médicale doit être enseignée. • Les intentions pédagogiques sont centrées sur l'amélioration de la qualité des pratiques et de la relation de confiance. • Cet enseignement doit être adapté aux différentes cibles représentées par les médecins en formation initiale, les médecins en formation continue, les formateurs en éthique médicale et les chercheurs en éthique médicale. • En formation initiale, l'objectif principal est d'apprendre le raisonnement éthique. • En formation continue, l'analyse de cas réels est certainement primordiale. • La formation des formateurs doit apporter les connaissances fondamentales en éthique et en animation de groupe. • La formation des chercheurs doit comporter l'approche des méthodes qualitatives. • L'éthique de l'enseignement repose sur trois valeurs fondamentales : la liberté, la justice et la responsabilité. • L'éthique de l'enseignement aboutit à un contrat entre formateurs, formés et institution. • Son respect est d'une évaluation délicate et doit privilégier les démarches formatives fondées sur une acceptation générale et libre des acteurs.

Mots clés Éthique ; Bioéthique ; Éthique médicale ; Éthique Clinique ; Comité d'éthique ; Enseignement Médical ; Formation Initiale ; Formation Continue ; Modèles ; Méthodes ; Techniques ; Évaluation.

Key messages • *Medical ethics must be taught.* • *Teaching design is centred on improvement of medical practice and confidence relationship.* • *Medical ethics teaching must be adjusted to different targets : undergraduates, postgraduates, teachers and researchers.* • *For undergraduates, the main aim is to learn ethical reasoning.* • *For postgraduates, solving real ethical problem is certainly the leading purpose.* • *Teachers must be competent in fundamental ethics and group management.* • *Reaserchers must learn qualitative methods.* • *Ethics of medical education, is based on three principal values : liberty, justice and responsibility.* • *Ethics of medical education leads to a three-part-contract established between teachers, students and institution.* • *The evaluation of application of this contract must be necessarily founded in a free and consent acceptance of all the actors.*

Key words Ethics; Bioethics; Medical Ethics; Clinical Ethics; Ethics Committee; Medical Education; Undergraduate; Postgraduate; Models; Methods; Techcnics, Evaluation. *Pédagogie Médicale 2002; 3 : 169-179*

Introduction

La seconde moitié du xx^e siècle a été marquée par de profonds bouleversements qui n'ont pas manqué de toucher la médecine. Bouleversements techno-scientifiques, en premier lieu, qui sont à l'origine d'une médecine délibérément efficace et d'une approche scientifique de la décision médicale, soutenues par la démarche fondée sur des preuves contenue dans le concept d'evidence-based medicine^{1,2}. Bouleversements socioculturels et idéologiques, en second lieu, à l'origine de nouvelles représentations de la

vie et de la mort, de la santé et de la maladie, du soin et des traitements préventifs, curatifs ou palliatifs...

Alors que la médecine avait centré ses valeurs sur la religion et la loi, ces bouleversements sont à l'origine d'un immense phénomène social et intellectuel qui se concrétise avec la naissance du terme bioéthique créé en 1971 par l'oncologue Van Rensselaer Potter en publiant son livre intitulé « *Bioethics Bridge to the Future* » et celui d'éthique clinique, créé en 1976 par Joseph Fletcher^{3,4}. L'éthique médicale, qui se construit à partir de la philosophie morale et de la déontologie de la profession, tente de répondre aux

* Comité d'Éthique du CHU de Lyon, France.

Correspondance : Pr. G. Llorca, Laboratoire de Thérapeutique, 8, avenue Rockefeller 69373 Lyon cedex 08 France

Téléphone : (33) 478 777 063 – Télécopie : (33) 478 014 934

Mailto:guy.llorca@chu-lyon.fr

nouvelles questions et préoccupations. En effet, en même temps que l'espérance de vie progresse, la notion de qualité de vie reliée à la santé se développe et apparaît comme un objectif médical majeur. Ces bouleversements sont à l'origine de tensions relationnelles au sein de sociétés devenues multiculturelles qui mettent en cause l'asymétrie des pouvoirs traditionnels.

Les années 60 sont marquées par le rôle important de théologiens et de philosophes qui sont sollicités par la prolifération des biotechnologies, les abus de la recherche et l'apparition d'une nouvelle conscience des patients, de leurs droits et des responsabilités. Un fort mouvement est initié, dans les années 70, en Amérique du Nord avec, en particulier aux Etats-Unis, la création du Kennedy Institute of Ethics à l'université Georgetown de Washington en 1971, la National Commission on the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research en 1974, la President's Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research en 1979. Des Comités d'éthique et des consultations d'éthique sont mis en place et des médecins et philosophes créent un certain nombre de centres (dont le Hastings Center à New York, le Kennedy Institute à Washington, le Mac Lean Center à Chicago, l'Institute for the Medical Humanities à Galveston...). Ces centres s'attaquent au problème de l'enseignement, des livres et revues spécialisés sont édités, des sociétés d'éthique sont créées... Ce mouvement s'étend rapidement au Canada et à l'Europe, puis à l'Asie et l'Afrique, essentiellement sous la forme de Comités d'éthique et de la création de nombreux diplômes à forte consonance philosophique le plus souvent. De ce mouvement international et des courants qu'il génère naît une mosaïque de situations, en même temps que la notion de pluridisciplinarité devient évidente et enrichit la pensée médicale.

C'est dans ce climat de profonde mutation de la communication humaine, de révision des concepts clés dont celui de la santé et de l'utilité collective, d'évolution des croyances et de l'habitat que la médecine doit progresser, si elle veut demeurer crédible. Sa finalité même doit être redéfinie pour ne pas dévier vers une obligation de résultat que la médiatisation des progrès et des échecs médicaux incite à introduire. Cette finalité est confrontée, non plus à la seule souffrance humaine, mais aux nouvelles maîtrises psychiques et génétiques et à leurs détournements possibles. Elle est malmenée par les impératifs soit naturaliste, soit technicien qui s'affrontent et tentent de répondre à la question : « tout ce qui est techniquement possible est-il

éthique ? ». L'évolution des dernières années tend à remplacer le concept de santé par celui, plus raisonnable, de « potentiel-santé » et cherche à répondre aux positions extrêmes, technophobes et technophiles, par une démarche « prudentialiste », c'est-à-dire encadrée de critères fixant les limites collectivement les plus acceptables. Dans la formation médicale, l'éthique apparaît maintenant comme un atout majeur et incontournable^{5,6,7}.

Ce travail est consacré à deux aspects fondamentaux de l'éthique en formation médicale. Tout d'abord celui de son enseignement, en proposant un système modulaire susceptible de couvrir les divers besoins en la matière. Ensuite, celui de l'éthique de l'enseignement, qui est centrée sur des valeurs qui méritent d'être rappelées et soulèvent la question de leur mise en pratique.

L'enseignement de l'éthique

Ce premier chapitre tente de proposer un ensemble cohérent d'enseignement de l'éthique médicale aux médecins, non pas pour privilégier ce corps professionnel, mais parce qu'il est le premier concerné, et parce qu'à partir de cette réflexion il est relativement aisé de transposer ces propositions en les adaptant aux besoins et nécessités des autres professions de santé. Cette proposition, établie à partir des nombreuses expériences internationales, cherche à répondre aux difficultés qui ont été mises à jour par ces tentatives⁸⁻¹⁵. Ainsi, cet enseignement doit pouvoir correspondre aux attentes, tant en matière de formation initiale que continue.

Définitions et domaines de l'éthique médicale

L'éthique médicale, composante forte de l'éthique, ne la résume pas. Elle emprunte ses bases à ce qu'il est convenu d'appeler l'éthique fondamentale^{16,17} et son approche pratique différencie le domaine clinique¹⁸ de celui de la recherche biomédicale et des techniques¹⁹. Si l'on se rapporte à la définition qu'en donne Reich²⁰, la bioéthique est « ... l'étude systématique de la dimension morale (incluant la vision morale, les décisions, la conduite et les politiques) des sciences de la vie et de la santé, utilisant les variétés de méthodes éthiques dans une approche multidisciplinaire... ». En ce qui concerne strictement la formation médicale, l'éthique médicale et singulièrement l'éthique clinique, doit être centrée, à notre point de vue sur le jugement de valeur de la décision médicale pratique^{7,21}.

Obligatoirement pluridisciplinaire, elle n'appartient pas strictement aux médecins mais les concerne en premier lieu. Ainsi recentrée, l'éthique médicale peut, plus facilement, pénétrer la formation de tout médecin par le biais de son domaine clinique et peut concerner, au titre des techniques et de la recherche, ceux qui souhaitent approfondir leur formation ou devenir, eux-mêmes, formateurs ou chercheurs en éthique médicale.

Intentions pédagogiques

Pour demeurer dans le cadre d'une finalité du soin centrée sur la qualité du conseil et de l'aide prodigués par le soignant^{12,13,22}, l'intention pédagogique générale est représentée par l'aide apportée au médecin pour toujours privilégier le meilleur (ou le moins mauvais) chemin pour répondre à la demande des personnes qui le sollicitent. Il s'agit alors, d'améliorer la qualité de la pratique médicale, en optimisant les propositions d'action, donc de décision, et en favorisant la compétence des soignants et la sécurité des soignés. Cette intention de qualité décisionnelle s'associe à une intention de renforcement de la relation de confiance, par l'apprentissage du respect de tous les acteurs impliqués dans la décision médicale et celui des conditions d'une véritable communication.

L'enseignement de base en formation initiale : le minimum indispensable

La cible pédagogique

Elle est représentée par les étudiants en phase prédoctorale ou formation initiale. Elle ne doit pas faire perdre de vue que la cible véritable est représentée par le patient potentiel, et doit mettre en œuvre les méthodes les plus pertinentes pour assurer la cascade de redistribution des connaissances du formateur à l'étudiant, puis de l'étudiant devenu praticien au patient^{23,24}.

Les objectifs généraux

Les objectifs généraux de formation, pour répondre aux intentions pédagogiques déclarées, doivent s'articuler autour de notions concrètes d'éthique clinique qui représentent les aptitudes de base que l'on souhaite voir acquérir et pouvoir évaluer à partir d'une modification comportementale induite observable. Six objectifs principaux nous semblent indispensables à ce stade de formation initiale :

- 1) savoir évaluer le degré de vulnérabilité d'un patient ;
- 2) savoir explorer les dimensions décisionnelles ;
- 3) savoir identifier un conflit de valeur ;
- 4) savoir informer correctement un patient et son entourage ;
- 5) savoir créer les conditions d'un vrai dialogue ;
- 6) savoir proposer une solution acceptable ;

Ces objectifs relèvent de compétences complexes et variées. Ils ne se situent pas tous au même niveau de connaissances et relèvent de savoirs multiples qui peuvent être sollicités à des moments différents du cursus médical.

Les contenus

Les contenus concernent les compétences entendues au sens des savoirs, qu'ils soient factuels, conceptuels, procéduraux ou décisionnels²⁵. Ces contenus sont obligatoirement pluridisciplinaires et ne sauraient être exhaustifs. Ils doivent être centrés sur la finalité de l'action médicale et doivent représenter ce que tout médecin devrait connaître pour agir avec compétence. Ils ne doivent pas correspondre à des listes de réponses toutes prêtes à appliquer ou à une vérité révélée, mais aux instruments susceptibles d'aider à trouver la meilleure solution face aux difficultés rencontrées²⁶⁻²⁸. En fait, il apparaît à l'analyse que, pour atteindre les objectifs généraux définis au paragraphe précédent, certains savoirs représentent des préalables, alors que d'autres apparaissent plus spécifiques de l'enseignement de l'éthique :

- les savoirs préalables : il s'agit, tout d'abord, des savoirs médicaux cliniques représentés par les connaissances sémiologiques, nosologiques, pronostiques et thérapeutiques sans lesquelles aucune décision médicale ne saurait être engagée. Il s'agit, ensuite, des savoirs juridiques, psychologiques cognitifs, sociologiques et économiques qui seront habituellement sollicités par la réflexion éthique dans son cadre décisionnel habituel.

- Les savoirs spécifiques concernent les éléments indispensables à l'application des savoirs non spécifiques aux trois acteurs impliqués dans la décision médicale que sont le **soignant**, le **soigné** et la **collectivité**. Ces savoirs spécifiques recouvrent trois domaines majeurs :

- 1) **le domaine de la philosophie morale** appliqué à l'éthique médicale (connaissances des règles, recommandations et principes de base qui doivent guider l'action et sont susceptibles d'entrer en conflit¹⁹) ;
- 2) **le domaine de la communication éthique** (particulièrement les critères de qualité de l'information honnête et les règles élémentaires du vrai dialogue^{29,30}),

3) le domaine du raisonnement éthique (utilisant les textes de référence^{31,32} et les méthodes de résolution de conflit en la matière, avec les différents courants et modèles modernes recouvrant les principales sensibilités³³⁻³⁶).

Bien entendu, d'autres contenus peuvent compléter cet inventaire de base, notamment en matière d'épistémologie, d'anthropologie, d'ethnologie, de théologie, d'histoire, de linguistique, de sciences politiques etc. Ces compléments ne sont exigibles, dans la formation pratique d'un médecin, que s'ils doivent être souvent sollicités du fait de conditions particulières d'exercice et peuvent représenter alors des modules complémentaires³⁷...

Une liste de thèmes exemplaires, sources de difficultés et sujets d'études potentielles, peut être élaborée à partir des nombreuses expériences rapportées^{13,38-46}. Ces sujets peuvent être abordés à partir du point de vue de chaque acteur décisionnel ou, plus schématiquement, classés à partir de leurs sources, représentées par les personnes, les normes et la décision (*cf.* Tableau I).

Les méthodes

Les méthodes utiles à l'enseignement de l'éthique ne peuvent être que multiples, dépendant du niveau des stagiaires, des contenus sollicités et des objectifs poursuivis. Deux types de méthodes semblent cependant indispensables à utiliser selon que l'on se situe dans un contenu théorique discursif ou pratique procédural^{12,46,47}.

- Les contenus théoriques peuvent être enseignés par des méthodes discursives traditionnelles^{11,15,24,48-50}, ou bien laissés à l'initiative des stagiaires, aidés de documents adéquats ou orientés vers des structures d'enseignement extra médicales dédiées à ces contenus, lorsqu'elles existent^{7,37}. Une bibliographie de base doit être fournie aux étudiants pour leur éviter d'errer dans l'immense littérature que l'éthique médicale a suscitée. Des ouvrages d'une grande utilité existent maintenant, tant en langue anglaise⁵¹⁻⁵⁴ qu'en langue française^{17,55,56}, 18 publications périodiques dédiées ont été recensées par Hottois³ et les bases de données spécifiques informatisées peuvent représenter un outil complémentaire précieux^{57,58}.

- Les contenus pratiques méritent de faire appel à des méthodes plus actives et susceptibles de mettre les stagiaires en situation^{14,28,44,59-62}. Trois types de méthodes peuvent répondre à ces besoins : 1- la simulation en ateliers d'apprentissage au raisonnement éthique (ARE), calqués sur les ateliers d'ARC⁶³, privilégie la démarche de résolution de problème à partir de l'analyse de cas, de préférence réels et

ayant trouvé une solution consensuelle ; 2- cette analyse peut aussi s'intégrer dans le cadre de structures existantes dédiées, comme, par exemple, les Comités d'éthique locaux⁷ ; 3- elle doit, enfin, faire appel à un entraînement continu à l'occasion des stages cliniques hospitaliers ou au cabinet du praticien, en utilisant alors toutes les ressources du compagnonnage, de la réflexion de groupe et des techniques informatiques^{64,65} et vidéo⁶⁶.

Il est évident que le choix de ces méthodes doit être guidé par les ressources locales et le niveau des stagiaires. Le volume horaire d'une telle formation de base est également fonction des conditions et possibilités locales, mais il semble qu'un minimum de 20 à 30 heures soit nécessaire pour présenter l'essentiel de la partie théorique et consacrer suffisamment de temps au travail interactif en groupes restreints. Le meilleur moment de cet enseignement n'est pas définitivement établi. Si la partie théorique peut être envisagée très tôt, l'entraînement au choix décisionnel doit certainement être plus tardif, faisant intervenir de nombreuses connaissances non spécifiques préalables.

L'évaluation

L'évaluation d'un tel enseignement est complexe car elle concerne des modifications comportementales et peut s'intéresser aussi bien à l'approche décisionnelle médicale qu'à ses conséquences, et ce, dans un but de certification ou formatif^{8,13,28,42,67,68,69,70}.

- Dans un but de certification, le plus délicat en la matière est de définir les normes de référence qui ne doivent pas représenter la vérité révélée obligatoire. Un consensus local peut être réalisé sur les contenus théoriques qui sont, alors, facilement explorés par des méthodes interrogatives classiques, rédactionnelles ou en réponses multiples automatisées. Cette évaluation peut valablement rendre compte des savoirs factuels, conceptuels, voire procéduraux, lorsqu'ils existent, mais se prête mal aux savoirs décisionnels. Les savoirs décisionnels ne semblent pouvoir être valablement explorés que par le biais d'approches critériées à partir des objectifs généraux décrits au paragraphe Objectifs généraux, et, par exemple, par l'élaboration de cas éthiques simulés (CES) ou d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS)^{71,72}. Les échelles de type Likert et l'approche de concordance de script peut valablement se substituer, ici, à la notation traditionnelle pour rendre mieux compte de l'élaboration de consensus^{66,73}.

- Dans un but formatif, l'évaluation mérite d'être centrée sur les conséquences des comportements et peut utiliser

Tableau I : Liste indicative des thématiques sollicitées en Éthique Médicale et Clinique.

Personnes et acteurs	Normes et règles	Décision et action
Conflit d'intérêt	Autonomie (principe)	Abstention thérapeutique
Comportement	Bénéfice individuel	Abus d'autorité, de pouvoir
Consentement	Bienfaisance (principe)	Acharnement thérapeutique
Contrôle	Délibération, Dialogue	Aléa thérapeutique
Dignité humaine	Déontologie	Allocation des ressources
Directives anticipées	Double effet	Annonce d'une mauvaise nouvelle
DALE (Disability adjusted life expectancy)	Double insu	Avortement
Empreinte génétique	Droit d'information	Clonage
Fin de vie	Droit de ne pas savoir	Contraception
Incapable, Incompétent	Droits de l'homme, des enfants	Contrainte
Influence (de tiers)	Droits des malades	Dopage
Intégrité et sévices	Équité	Erreur médicale
Maladie orpheline	Immortalité	Eugénisme
Mort (critères, représentation)	Impératifs	Euthanasie et suicide assisté
Parentés nouvelles	Information	Expérimentation humaine
Personne(définition, croyances)	Informatique médicale	Faute médicale
Personnalité	Justice (principe)	Gestation pour autrui
Protection (vie privée, personne.)	Maximes	Greffes d'organe, tissus, cellules
Relation soignant-soigné	Méthodologie bioéthique	Grossesse post-ménopausale
Répondant éthique	Non-malfaisance (principe)	IVG (interruption volontaire de grossesse)
QALY	Paternalisme	Maternité de substitution
Refus de soin, de traitement	Perte de chance	Médecine de convenance, désir
Respect de l'autre	Précaution, prudence (principe)	Médicament orphelin
Stade terminal	Principlisme, principlisme	Transplantations
Suicide	Qualité de vie (critères)	PMA (procréation médicalement assistée)
Testament de vie	Réciprocité (principe)	Prévention
Tiers compétent	Responsabilité (principe)	Risque (évaluation, inutile)
Toxicomanie	Sacralité de la vie (principe)	Soins curatifs, palliatifs, prolongés
Vérité (au malade)	Santé (définition, droit)	Sport et médecine
Vie	Secret médical, confidentialité	Stérilisation
Vulnérabilité	Textes (nationaux, internationaux)	Tests (biologiques, génétiques)
	Vertus, Valeurs	Traitement inutile, futile

l'analyse de satisfaction des patients et la comparaison casuistique analogique (comparaison avec les modalités comportementales qui avaient été retenues comme satisfaisantes de manière consensuelle pour un cas similaire). Dans ce domaine, l'essentiel nous semble devoir se situer dans l'aptitude du stagiaire à documenter rationnellement son attitude, en démontrant qu'elle a toute probabilité d'aboutir à un accord général librement consenti⁵¹. De manière plus pratique, l'évaluation de l'enseignement devrait porter sur des enquêtes de satisfaction des patients, sur des sondages d'opinion concernant l'évolution de l'image du corps médical, ou sur les résultats objectifs qui peuvent être mesurés à partir de l'évolution des taux de changement de comportements observables et à l'occasion d'audit de pratique.

L'enseignement complémentaire et la formation continue

L'enseignement continu post-doctoral est actuellement complexe du fait de la diversité des enseignements de base, lorsqu'ils existent, des intentions pédagogiques et des cibles visées^{8,43,70,74,75,76} :

En formation médicale continue

Dans ce cadre, il s'agit d'accroître les compétences et performances de professionnels dotés d'une expérience. Si l'enseignement de base a été réalisé dans le cursus des études médicales, la formation continue en éthique clinique ne se conçoit bien qu'en ateliers ou dans des structures d'échange entre professionnels avec, si besoin, participation d'experts des autres domaines concernés. Si l'enseignement de base n'a pas été dispensé au préalable, la formation continue doit opérer un rattrapage de manière à combler ce manque, en s'appuyant sur les objectifs déterminés au paragraphe précédent. Les contenus peuvent soit répondre à des situations réellement rencontrées par les participants, soit être élaborés à partir des thématiques spécifiques (*cf.* Tableau I) qui servent alors de base à une confrontation des expériences. Là aussi, l'approche de concordance de script⁷³ peut représenter non seulement une méthode d'évaluation mais aussi un moyen de parvenir à un accord général. L'évaluation de telles formations est, bien entendu, essentiellement formative mais les retentissements sur les comportements devraient être davantage explorés...

La formation des formateurs

Il s'agit là des animateurs de l'enseignement de base et

de formation continue. On conçoit qu'ils doivent avoir déjà effectué l'enseignement de base ou un équivalent. Ils doivent, en plus, être rompus aux méthodes d'animation de groupe centrées sur l'analyse de cas^{77,78}. Ils doivent, enfin, avoir une excellente connaissance du terrain, étant eux-mêmes cliniciens de préférence⁷⁹.

La formation de chercheurs en éthique médicale

La recherche en éthique médicale est récente, en tant que tel. Elle emprunte ses méthodes à de nombreuses disciplines⁸⁰. On conçoit que le chercheur dans ce domaine ne soit pas obligatoirement focalisé sur l'éthique clinique et qu'il puisse provenir de l'une des nombreuses disciplines concernées. Il doit posséder une bonne connaissance des méthodes utilisées et du terrain médical clinique et technique, objet de ses travaux. Il doit pouvoir ainsi dialoguer de manière utile avec le corps de santé concerné à propos des grandes thématiques de l'éthique médicale (procréation, patrimoine génétique, interventions sur le corps humain, interventions sur la personnalité, fin de vie et mort, conséquences des actions médicales sur l'environnement etc.).

Difficultés et limites

Si l'enseignement de l'éthique médicale a toujours une certaine difficulté à se situer, c'est en grande partie du fait de ses limites et difficultés. Trois d'entre elles nous paraissent majeures.

En premier lieu, l'ancrage de l'éthique

Celui-ci est délicat puisqu'elle concerne toutes les disciplines médicales et de nombreuses disciplines non médicales qui peuvent légitimement revendiquer son appartenance. Si l'éthique concerne tous les savoirs, l'éthique médicale, et, particulièrement l'éthique clinique pratique, concerne directement et en premier lieu le médecin puisqu'il est prescripteur. Pour éviter les conflits de valeur liés aux horizons idéologiques non homogènes, il nous semble naturel de voir confier la coordination d'un tel enseignement à des formateurs médecins. Mais il doit bien s'agir d'une coordination, faisant place aux autres disciplines concernées, et ouvrant ainsi largement le débat médical. Au sein de la formation médicale, l'enseignement peut demeurer disséminé dans toutes les disciplines concernées, laissant la coordination à une personnalité dont la compétence en la matière s'est affirmée au fil du temps. C'est le schéma le plus habituel. Il serait

cependant plus logique de rattacher l'enseignement de l'éthique médicale à celui de la thérapeutique dont elle fait directement partie. Mais cette position n'est facilement acceptable que dans les pays, peu nombreux, qui possèdent une discipline thérapeutique individualisée. Du fait de l'importance de l'éthique en formation médicale, l'idéal serait de voir s'individualiser une discipline à part entière qui aurait pour mission, non seulement la promotion de son enseignement, mais aussi le développement de la recherche en la matière⁸¹.

En second lieu, la compétence des formateurs

et leur nombre représentent une autre difficulté non négligeable. Pour transférer le savoir factuel et conceptuel, ces formateurs peuvent appartenir à toutes les disciplines concernées. En matière de savoir procédural et décisionnel, ces formateurs, pour des raisons de crédibilité, doivent, de préférence, appartenir au monde des praticiens cliniciens expérimentés. Ils doivent aussi posséder une bonne expérience des méthodes pédagogiques actives. On voit là se dessiner une spécialisation qui justifie largement l'autonomisation d'une discipline « éthique clinique et aide à la décision » en médecine⁸².

En dernier lieu, les moyens alloués

à un tel enseignement sont tout aussi déterminants. Ils sont indispensables à l'élaboration de base de données pratiques, à l'ouverture nécessaire aux disciplines non médicales, à la formation des formateurs médicaux, à la structuration d'évaluations valides. Ils sont, enfin, indispensables au soutien d'une recherche active qui, seule, peut permettre une évaluation adaptative pour l'avenir. Ici, ces moyens ne peuvent, pour l'essentiel, provenir que d'une prise de conscience institutionnelle et d'une volonté politique affichée.

L'éthique de l'enseignement

L'éthique de l'enseignement médical représente un autre thème de réflexion signalé³⁵ mais ne soulève pas les mêmes difficultés que celles rencontrées à propos de l'enseignement de l'éthique. En effet, les conflits de valeur peuvent facilement trouver une solution, ici, dans une démarche de type « principliste »⁵² appliquée au domaine de l'enseignement. Elle est alors dominée par le respect de valeurs dont, essentiellement, l'indépendance et la justice ainsi que par la définition du champ des responsabilités. C'est plus la régulation de ces normes de qualité qui

pose problème, puisque, là encore, l'éthique de l'enseignement représente la démarche qui doit nous indiquer le meilleur chemin à prendre dans une optique d'optimisation de l'action pédagogique.

Les valeurs de base

La liberté de l'enseignement

Elle représente, certainement, la valeur fondamentale dont les autres découlent. La liberté de l'enseignement ne consiste pas à enseigner n'importe quoi, mais à privilégier les certitudes scientifiques et les notions utiles dans le cadre d'objectifs institutionnels clairement définis et affichés. Ici, il s'agit de former des médecins et personnels de santé compétents, c'est-à-dire, susceptibles d'aider la prise des décisions les meilleures dans le soin des malades, respectant les faits scientifiques, les sensibilités des soignés et les nécessités collectives. Dans cette approche, l'enseignement doit être libre de toute contrainte personnelle, administrative ou politique. L'application de cette valeur, érigée en principe d'indépendance, fait référence aux conflits d'intérêts possibles qui doivent être repérés et résolus et qui peuvent être nombreux (liens avec l'industrie pharmaceutique, recrutement personnel de patients, liens avec un certain pouvoir syndical ou politique en formation continue...). L'application de ce principe nécessite honnêteté, c'est-à-dire, sincérité et objectivité dans le choix et la présentation de l'information pédagogique. En cas de conflit d'intérêt, la meilleure solution serait de refuser la mission ou, au moins, d'afficher nettement le conflit pour en informer les personnes concernées.

La justice de l'enseignement

Il s'agit, ici, du principe de « justice scolaire » qui singularise l'égalité des chances en matière de savoir. Ce principe, différent de la justice distributive⁸³, est axé sur l'équité qui cherche à respecter toutes les chances de toute personne en formation, sans discrimination à partir d'autres critères que ceux déterminés, au préalable, pour permettre la meilleure progression possible de chacune d'elles. Différent de la rigueur, il impose également le respect des normes et règlements institutionnels dans le cadre de l'impartialité (application de normes valides identiques à tous les formés). L'application de ce principe, loin de conduire au laxisme, est plus à l'origine d'une définition de la discipline comme étant représentée par l'application stricte de règles consensuelles, établies et acceptées de tous au préalable à toute action pédagogique.

Références

La responsabilité des enseignants, des formés et des structures d'enseignement

Cette troisième valeur définit les limites des devoirs et obligations de chacun^{24,84}. La responsabilité des enseignants leur commande de mettre en œuvre leur conscience pour travailler dans le cadre de la qualité optimale due aux formés et, par extension, aux malades dont ceux-ci auront la charge. La responsabilité des enseignants ne peut s'entendre que dans le cadre des applications à obtenir une appropriation correcte des savoirs pour permettre l'autonomie d'action des formés. Au-delà de cette appropriation, la responsabilité est celle des formés qui doivent également tout mettre en œuvre pour acquérir correctement et appliquer avec compétence les savoirs appropriés. La responsabilité de la collectivité, à travers l'institution, s'exprime par une obligation de moyens : obligation de mettre en œuvre les moyens appropriés à la réalisation satisfaisante des objectifs institutionnels affichés. On le voit, le principe de responsabilité appliqué à l'enseignement doit conduire à l'établissement d'un contrat tripartite institution-formateur-formé, contrat qui doit définir les devoirs et obligations respectifs.

Les systèmes d'application et de régulation

L'application et la régulation de ces normes est délicate car elle a tendance souvent à dévier vers une tendance à l'inquisition ou à la manipulation démagogique. Elle est assurée par trois démarches possibles.

La première fait référence à la notoriété

Elle représente une régulation naturelle et historique. Souvent mais non nécessairement liée à la qualité, la notoriété peut être à l'origine de débordements où s'expriment largement les conflits d'intérêt. Elle ne peut donc apparaître comme suffisante.

L'évaluation formative

Elle représente la démarche la plus rationnelle. Bien utilisée, elle est susceptible d'apporter d'excellents arguments pour conduire un changement adapté, s'il apparaît nécessaire. Elle est cependant soumise au bon vouloir des responsables d'enseignement et devrait demeurer confidentielle (communiquée aux seules personnes concernées) pour éviter l'apparition d'une concurrence malsaine. Elle gagnerait toutefois à se développer et ses méthodes doivent figurer au programme de toute formation de formateurs cohérente.

L'évaluation sommative et les instances de contrôle

À côté de l'évaluation formative existe, de manière plus ou moins officialisée, une évaluation sommative. Elle ne peut, en fait, opérer valablement que sur des critères de jugements normatifs prédéfinis qui incitent parfois à la délation et la fait regarder comme une instance disciplinaire. En effet, les instances de contrôle, essentiellement administratives, ont tendance à privilégier l'opinion des formés et à entraîner, de fait, des dérives vers une certaine forme de vengeance ou de démagogie en cas de sanction. Ce type d'évaluation est plus recevable lorsqu'elle est réalisée par des pairs et préalablement acceptée par tous comme la règle du jeu...

Conclusions

S'inscrivant dans une démarche de qualité, l'enseignement de l'éthique doit tenir compte des exigences des publics concernés. Un minimum indispensable peut, maintenant, être défini et adapté aux besoins locaux. Sa mise en œuvre est encore gênée par des questions de coordination et d'évaluation qui peuvent trouver des solutions si les intentions et objectifs de cet enseignement sont clairement définis et affichés. À ce minimum doit être associée une démarche modulaire susceptible de répondre aux besoins spécifiques de la formation continue, de celle des formateurs et des chercheurs. L'éthique de l'enseignement, centrée sur trois valeurs fondamentales, doit trouver son épanouissement dans sa libre acceptation par les acteurs concernés que sont les enseignants, les formés et l'institution. À ce prix, l'éthique apparaît comme un élément indispensable et incontournable de la formation médicale qui devrait, par son intermédiaire, non seulement s'enrichir d'une approche pluridisciplinaire, mais aussi évoluer dans le cadre de la recherche de la qualité optimale.

Références

1. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature IX. A method for grading health care recommendations. *JAMA* 1996 ; 274 : 1800-04.
2. Wyatt J. Use and source of medical Knowledge. *Lancet* 1991 ; 338 : 1368-73.
3. Hottois G. Bioéthique. In Hottois G, Missa JN (eds) : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : DeBoeck Université éditions, 2001 : 124-31.
4. Lebeer G. Éthique clinique. In Hottois G., Missa J.N. (eds) : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : DeBoeck Université éditions, 2001 : 393-97.
5. Hervé C. Enseignement. In Hottois G, Missa JN (eds) : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : DeBoeck Université éditions, 2001 : 383-86.
6. Loewy EH, Loewy RS. Bioethics at the crossroad. *Health Care Anal.* 2001 ; 9(4) : 463-77.
7. Llorca G. Rôle des Comités d'éthique dans le formation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2001 ; 2 : 157-62.
8. Angelos P, DaRosa DA, Derossis AM, Kim B. Medical ethics curriculum for surgical residents : results of a pilot project. *Surgery* 1999 ; 126(4) : 701-5.
9. Beauchamp G. General surgeons and clinical ethics : a survey. *Can J Surg.* 1998 ; 41(6) : 451-4.
10. Coughlin SS, Katz WH, Mattison DR. Ethics instruction at schools of public health in the United States. Association of Schools of Public Health Education Committee. *Am J Public Health* 1999 ; 89(5) : 768-70.
11. Dickenson DL, Parker MJ. The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project : an experiential approach to philosophy and ethics in health care education. *Med Health Care Philos* 1999 ; 2(3) : 231-7.
12. Downing MT, Way DP, Caniano DA. Results of a national survey on ethics education in general surgery residency programs. *Am J Surg* 1997 ; 174(3) : 364-8.
13. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas. *Med Educ* 2001 ; 35(3) : 295-302.
14. Miyasaka M, Akabayashi A, Kai I, Ohi G. An international survey of medical ethics curricula in Asia. *J Med Ethics* 1999 ; 25(6) : 514-21.
15. Musick DW. Teaching medical ethics : a review of the literature from North American medical schools with emphasis on education. *Med Health Care Philos* 1999 ; 2(3) : 239-54.
16. Parizeau MH. *Les Fondements de la bioéthique*. Bruxelles, Montréal : Édition DeBoeck/ERPI, 1992.
17. Rameix S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris : Édition Ellipses, 1996.
18. Jonsen A. and Toulmin S. *The abuse of Casuistry : a history of Moral Reasoning*. Berkeley : University of California Press, 1988.
19. Parizeau MH. : *Bioéthique. Éthique appliquée*. In : Canto-Sperber M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France, 2^e édition 1997 : 155-160 et 534-40.
20. Reich W (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York : 2nd edition, 5 vols, Simon & Schuster/Mcmillan, 1995.
21. Russ S W. Tackling ethical dilemmas in personality assessment. *J Pers Assess* 2001 ; 77(2) : 255-8.
22. Gross M L. Medical ethics education : to what ends? *J Eval Clin Pract* 2001 ; 7(4) : 387-97.
23. Ashcroft R E. Teaching for patient-centred ethics. *Med Health Care Philos* 2000 ; 3(3) : 287-95.
24. Llorca G. *La formation médicale. Aspects conceptuels*. Lyon : Méditations, 1999.
25. Tardif J. *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les Éditions Logiques, 1997.
26. Dauber F W. *Critical Thinking : An Introduction to Reasoning*. New York : Barnes and Noble, 1996 : 37-45.
27. Marckmann G. Recommendations for the ethical development and use of medical decision-support systems. *Med Gen Med* 2001 ; 3(3) : 5.
28. Self D J, Olivarez M, Baldwin D C. The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. *Acad Med* 1998 ; 73(5) : 521-3.
29. Habermas J. *Morale et communication. Traduction Française*, Paris : Les Éditions du Cerf, 1986.
30. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H. *L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique*. *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 71-9.

Références

31. Jonsen A R, Veatch R, Walters L. *Source Book in Bioethics : A Documentary History*. Washington, D.C : Georgetown University Press. Eds. 1998.
32. Lenoir N, Mathieu B. *Les normes internationales de la bioéthique*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France, 1998.
33. Ger B, Culver C M, Clouser K D. *Bioethics : A Return to Fundamentals*. New York : Oxford University Press, 1997.
34. DeGrazia D. «Moving Forward in Bioethical Theory : Theories, Cases, and Specified Principlism». *J Medic Philosophy* 1992 ; 17 : 511-39.
35. Marcoux H, Patenaude J. *L'éthique et la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons-nous*. *Pédagogie Médicale* 2000 ; 1 : 23-30.
36. Strong C. "Justification in Ethics". In *Moral Theory And Moral Judgments in Medical Ethics*, B. Brody. Dordrecht (ed), The Netherlands : Kluwer Academic Publishers, 1988 : 193-211.
37. Yarborough M, Jones T, Cyr T A, Phillips S, Stelzner D. *Interprofessional education in ethics at an academic health sciences center*. *Acad Med* 2000 ; 75(8) : 793-800.
38. Diekema D S, Shugerman R P. *An ethics curriculum for the pediatric residency program. Confronting barriers to implementation*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 ; 151(6) : 609-14.
39. Braunack-Mayer A J, Gillam L H, Vance E F, Gillett G R, Kerridge I H, McPhee J, Saul P, Smith D E, Wellsmore H M, Koczwara B, Rogers W A, McNeill P M, Newell C J, Parker M H, Walton M, Whitehall J S. *An ethics core curriculum for Australasian medical Schools*. *Med J Aust*. 2001 ; 175(4) : 205-10.
40. Marcoux H, Lamontagne C, Cayer S, Desrochers A, Gauthier D. *La formation en éthique. Identification des besoins par des médecins enseignants en médecine familiale*. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 : 1208-15.
41. Llano A. *Medical ethics education in Colombia*. *Med Law* 2000 ; 19(3) : 415-23.
42. Gross M L. *Ethics education and physician morality*. *Soc Sci Med* 1999 ; 49(3) : 329-42.
43. Carter B S, Roberts A, Martin R, Fincher R M. *A longitudinal ethics curriculum for medical students and generalist residents at the Medical College of Georgia*. *Acad Med* 1999 ; 74(1 Suppl) : S102-3.
44. Robin M L, Caniano D A. *Analysis of clinical bioethics teaching in pediatric surgery residency*. *J Pediatr Surg* 1998 ; 33(2) : 373-7.
45. Fulford K W, Yates A, Hope T. *Ethics and the GMC core curriculum : a survey of resources in UK medical schools*. *J Med Ethics* 1997 ; 23(2) : 82-7.
46. Silverman H J. *Description of an ethics curriculum for a medicine residency program*. *West J Med* 1999 ; 170(4) : 228-31.
47. Layman E. *Ethics education : curricular considerations for the allied health disciplines*. *J Allied Health* 1996 ; 25(2) : 149-60.
48. Lazarus C J, Chauvin S W, Rodenhauer P, Whitlock R. *The program for professional values and ethics in medical education*. *Teach Learn Med* 2000 ; 12(4) : 208-11.
49. Feuillet-Le-Mintier B. *Ethics education in medical schools : the role of jurists*. *Med Law* 2000 ; 19(3) : 403-7.
50. Coles R. *The moral education of medical students*. *Acad Med* 1998 ; 73(1) : 55-7.
51. Engelhardt T. : *The Foundations of Bioethics*. New-York : Oxford University Press Edition, 1986.
52. Beauchamp T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press Edition, 4th edition, 1994.
53. Veatch R M. *Medical ethics*. 2nd edition, New York : Bartlett and Jones edition, 1994.
54. Jonsen A R, Siegler M, Winslade W J. *Clinical ethics*. New York : McGraw-Hill edition, 4th edition, 1998.
55. Canto-Sperber M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France. 2° édition 1997.
56. Hottois G, Missa J N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : DeBoeck Université Éditions, 2001.
57. Walters L, Kahn T J (eds.). *Bibliography of Bioethics*. Washington, DC : Georgetown University. Published annually. On-line as Bioethicsline, National Library of Medicine Medlars.
58. Réseau RODIN. *Information et diffusion des connaissances en éthique médicale*. "http://www.inserm.fr/ethique, 1999.
59. Carson A M. *That's another story : narrative methods and ethical practice*. *J Med Ethics* 2001 ; 27(3) : 198-202.
60. Neitzke G. *Teaching medical ethics to medical students : moral, legal, psychological and philosophical aspects*. *Med Law* 1999 ; 18(1) : 99-105.
61. Nicholas B, Gillett G. *Doctors' stories, patients' stories : a narrative approach to teaching medical ethics*. *J Med Ethics* 1997 ; 23(5) : 295-9.

62. Tysinger J W, Klonis L K, Sadler J Z, Wagner J M. *Teaching Ethics using Small-Group, Problem-based Learning. J Med Ethics*, 1997 ; 23(5) : 315-318.
63. Des Marchais J. *Apprendre à devenir médecin. Bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Canada : Université de Sherbrooke édition, 1996.*
64. Lipman A J, Sade R M, Glotzbach A L. *Application of a web-based instruction for a clinical course. Acad Med* 1999 ; 74(5) : 571-2.
65. Lurie N. *Preparing physicians for practice in managed care environments. Acad Med* 1996 ; 71(10) : 1044-49.
66. Collins J, Amsel S, Alderson P O. *2001 Joseph E. and Nancy O. Whitley Award. Teaching noninterpretive skills to radiology residents : a collaborative effort between the American College of Radiology and the Association of Program Directors in Radiology. Acad Radiol* 2001 ; 8(9) : 903-7.
67. Savulescu J, Crisp R, Fulford K W, Hope T. *Evaluating ethics competence in medical education. J Med Ethics* 1999 ; 25(5) : 367-74.
68. Brajenovic-Milic B, Ristic S, Kern J, Vuletic S, Ostojic S, Kapovic M. *The effect of a compulsory curriculum on ethical attitudes of medical students. Coll Antropol* 2000 ; 24(1) : 47-52.
69. Hayes R P, Stoudemire A, Kinlaw K, Dell M L, Loomis A. *Qualitative outcome assessment of a medical ethics program for clinical clerkships : a pilot study. Gen Hosp Psychiatry*. 1999 ; 21(4) : 284-95.
70. Sulmasy D P, Marx E S. *Ethics education for medical house officers : long-term improvements in knowledge and confidence. J Med Ethics* 1997 ; 23(2) : 88-92.
71. Roberts J, Norman G. *Reliability and learning from the Objective Structured Clinical Examination. Medical Education* 1990, 24 : 219-23.
72. Singer P A, Robb A, Cohen R, Norman G, Turnbull J. *Performance-based assessment of clinical ethics using an objective structured clinical examination. Acad Med* 1996 ; 71(5) : 495-98.
73. Charlin B, Gagnon R, Sibert L, Van der Vleuten C. *Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale, soumis pour publication.*
74. Nilstun T, Cuttini M, Saracci R. *Teaching medical ethics to experienced staff : participants, teachers and method. J Med Ethics* 2001 ; 27(6) : 409-12.
75. Braxton J M, Baird L L. *Preparation for professional self-regulation. Sci Eng Ethics* 2001 ; 7(4) : 593-610.
76. Kenny N, Sargeant J, Allen M. *Lifelong learning in ethical practice : a challenge for continuing medical education. J Contin Educ Health Prof* 2001 ; 21(1) : 24-32.
77. Schuklenk U. *Ethical issues in continuing professional development. S Afr Med J* 2001 ; 91(11) : 955-57.
78. Mucchielli R. *Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. Paris : Les Éditions ESF, 1998.*
79. Fraser H C, Kutner J S, Pfeifer M P. *Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. Palliat Med* 2001 ; 4(3) : 337-43.
80. Sugarman J, Sulmasy D P. *Methods in medical ethics. Washington D.C : Georgetown University press edition, 2001.*
81. Jonsen A R. "Bioethics as a discipline". *In The Birth of Bioethics. Oxford : Oxford University Press edition, 1998 : 325-51.*
82. Parizeau M H. *Ethicien. In Hottois G, Missa J N. Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles : DeBoeck Université éditions, 2001 : 391-93.*
83. Rawls J. *A Theory of Justice. Cambridge, MA : Harvard University Press edition, 1971 et traduction française : Théorie de la justice. Paris : Le Seuil Éditions, 1987.*
84. Jonas H. *Le principe responsabilité. Paris : Cerf Éditions, 3^e édition, 1993.*