

La formation en éthique

Identification des besoins par des médecins enseignants en médecine familiale

Hubert Marcoux, MD, MA, FCMF Claude Lamontagne, MD, FCMF Suzanne Cayer, MD, FCMF
Agnès Desrochers, MD Danielle Gauthier, MD

résumé

OBJECTIF Identifier les besoins de formation en éthique ressentis par des médecins de famille enseignants.

DEVIS Recherche qualitative à l'aide de la technique du groupe nominal modifiée.

MILIEU Unités de médecine familiale (UMF) affiliées au Département de médecine familiale de l'Université Laval au Québec.

PARTICIPANTS Les 53 médecins enseignants dans six UMF.

MÉTHODE Sept rencontres ont permis de recueillir l'information sur les situations cliniques vécues par les enseignants et posant un problème éthique. Les données ont été analysées selon la méthode de Strauss et Corbin.

PRINCIPALES CONSTATATIONS Les 277 situations cliniques ont été regroupées sous neuf thèmes: déontologie; confidentialité; consentement, refus de traitement et droit à l'information; niveau de soins et abstention et cessation de traitement; relation avec les compagnies pharmaceutiques et éthique de la recherche; éthique de l'enseignement; allocation des ressources; influence d'un tiers; euthanasie et suicide assisté. Des objectifs d'apprentissage ont été rédigés.

CONCLUSION Cette recherche action est l'assise d'un curriculum de formation en éthique pour le programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval. Elle offre aussi une stratégie pour intégrer la dimension éthique à l'enseignement quotidien puisque les objectifs d'apprentissage découlent directement des préoccupations du corps professoral.

abstract

OBJECTIVE To identify what training in medical ethics physician teachers need.

DESIGN Qualitative research study using a modified nominal group technique.

SETTING Family practice units affiliated with the Department of Family Medicine at Laval University in Quebec.

PARTICIPANTS Fifty-three physician teachers in six family practice units.

METHOD During seven meetings, the teachers shared information on clinical situations that had posed ethical problems. Data were analyzed using Strauss and Corbin's method.

MAIN OUTCOME FINDINGS The 277 clinical situations were classified under nine themes: ethics; confidentiality; consent, refusal of treatment, and the right to information; level of care and abstention from and cessation of treatment; relationships with pharmaceutical companies and the ethics of research; ethics of teaching; allocation of resources; influence of third parties; and euthanasia and assisted suicide. Learning objectives were developed.

CONCLUSION This research forms the basis of the ethics curriculum in the family medicine residency program at Laval University. It also offers a strategy for integrating ethics into daily teaching activities because the learning objectives derive directly from the concerns of the teaching faculty.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2001;47:1208-1215.

Depuis 20 ans, la formation en éthique se développe de manière importante dans les facultés de médecine nord-américaines¹⁻³ touchant ainsi la médecine familiale⁴⁻¹⁰. À l'instar de ce courant social et des recommandations du Collège des médecins de famille du Canada, les départements de médecine familiale des universités canadiennes ont emboîté le pas¹¹⁻¹⁷.

Dans ce contexte, depuis 1988, un comité du Département de médecine familiale de l'Université Laval s'est intéressé au développement de la formation en éthique. Le présent article présente les résultats d'une étude qui a débuté en 1994 et qui visait à identifier les besoins de formation en éthique ressentis par les médecins-enseignants de six unités de médecine familiale (UMF) affiliées au Département de médecine familiale de l'Université Laval. Ces résultats serviront de base à l'élaboration d'un programme de formation en éthique pour les résidents de ce programme.

L'identification des besoins de formation est une étape préalable à l'élaboration d'un programme de formation^{18,19}. Peu d'études nous informent sur les besoins spécifiques de formation en éthique pour les médecins de famille. Les études américaines font surtout référence à la pratique de première ligne qui, aux États-Unis, est assurée tant par des spécialistes (pédiatres, internistes) que par des médecins de famille²⁰⁻²³. L'étude de Cheryl Levitt et de ses collaborateurs, de par la population interrogée (médecins de famille montréalais, principalement anglophones), est sans conteste celle qui scrute le plus spécifiquement les besoins de formation en éthique des médecins de famille. Cependant, cette enquête utilise un questionnaire élaboré à partir de données américaines concernant davantage la médecine dite de première ligne que la médecine familiale²⁴. Toutefois des auteurs ont déjà souligné, en comparant l'approche des Européens avec celle des Nord-Américains, que la manière d'aborder certains problèmes peut varier²⁵⁻²⁸. Il est raisonnable de penser qu'une étude réalisée en

D^{rs} Marcoux et Lamontagne sont professeur adjoint et professeur titulaire respectivement au Département de médecine familiale de l'Université Laval. D^{re} Cayer est chargée d'enseignement clinique à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval. D^{re} Desrochers était, au moment de la rédaction de cet article, chargée d'enseignement clinique à l'Unité de médecine familiale du Centre de santé des Etchemins. D^{re} Gauthier est chargée d'enseignement clinique à l'Unité de médecine familiale du Centre hospitalier universitaire de Québec, CHUL.

milieu universitaire francophone dans une ville relativement homogène sur le plan culturel, permette d'identifier des besoins différents. D'ailleurs, selon Hafferty, la culture exerce une influence très importante sur le processus de formation²⁹.

Les études de Levitt et de Jacobson révèlent que les besoins de formation en éthique seraient mieux identifiés par la difficulté de résolution d'un problème éthique (telle que mesurée par une échelle de Likert) que par sa fréquence. À ce jour, seule l'étude d'Homenko a été faite avec un devis de recherche qu'on pourrait décrire de qualitatif³⁰. C'est pourquoi nous avons convenu d'un devis de recherche qualitatif permettant l'expression de situations qui posent, aux yeux des cliniciens, un problème éthique et qui manifestent davantage une difficulté de résolution. Nous désirions circonscrire aussi un type de besoin de formation que le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec appelle les besoins ressentis, soit ceux que le médecin définit lui-même à partir de ses limites et des lacunes qu'il perçoit³¹. Dans le contexte d'une pratique professionnelle, un besoin de formation est souvent exprimé comme une difficulté, un problème ou une interrogation et non comme un objectif. C'est pourquoi une collecte de situations cliniques posant un problème éthique a été faite.

MÉTHODE

Choix de la méthode

Les principales caractéristiques méthodologiques recherchées étaient de susciter l'intérêt des participants à se questionner sur la formation en éthique; de générer une quantité significative de données tout en évitant de suggérer les réponses et ce, dans un minimum de temps et en mobilisant un nombre restreint de personnes; de permettre à des médecins non-experts en éthique de se prononcer sur leurs besoins de formation et d'obtenir un portrait du questionnement éthique vécu par des médecins de famille enseignants. La technique du groupe nominal (TGN), qui est une méthode reconnue et valide, fut retenue avec les modifications proposées par Talbot et Bordage³², qui consiste principalement à omettre l'étape de la mise en priorité des énoncés.

Formulation de la question et déroulement de la TGN modifiée

La question nominale formulée devait prendre en considération le fait que les médecins n'ont pas tous la même sensibilité à l'éthique. Afin d'éviter que le questionnement éthique fasse surtout référence à

RECHERCHE

La formation en éthique

des situations exceptionnelles, les auteurs ont favorisé une description de situations quotidiennes variées, en associant différents lieux et contextes de pratique à la question. Ainsi, à chaque séance de travail, les participants devaient répondre successivement aux trois questions suivantes. « Décrivez, à partir de votre expérience de travail clinique au bureau (rendez-vous et sans rendez-vous), des situations cliniques qui vous posent un problème éthique. »

Décrivez, à partir de votre expérience de travail clinique, soit à domicile ou à la salle d'urgence, soit au niveau des patients hospitalisés ou en soins prolongés, des situations cliniques qui vous posent un problème éthique.

Décrivez, à partir de votre expérience de travail (enseignement, recherche, relations avec les compagnies pharmaceutiques, comités, relations avec les collègues médecins, relations avec les autres professionnels) des situations cliniques qui vous posent un problème éthique.

Pour répondre à ces questions, les participants rédigeaient individuellement des situations cliniques sur une fiche, à raison d'une situation par fiche, pendant une période de 5 minutes.

Dans une seconde étape, chaque participant, par tours de table successifs, faisait lecture d'un seul de ses énoncés. L'animateur attribuait un numéro à l'énoncé lu. Si un autre participant reconnaissait là un énoncé similaire au sien, il écartait sa fiche pour éviter les répétitions. Aucune discussion ou commentaire n'avait lieu à cette étape.

Finalement, les participants discutaient des énoncés retenus pour clarification. Cette étape servait à assurer la clarté et la compréhension homogène des énoncés de même qu'à exclure ceux qui n'avaient pas de lien avec le questionnement éthique.

Participants

Les auteurs ont choisi un échantillon raisonné, constitué de sujets capables d'inventorier des situations cliniques et de décrire le questionnement éthique suscité. Les 67 médecins enseignants à cette période, des six UMF affiliées au Département de médecine familiale ont été invités à participer à l'étude.

Cueillette des données

Le Comité de l'enseignement de l'éthique du Département de médecine familiale de l'Université Laval est constitué d'un représentant des six UMF

ayant participé à l'étude. Les membres du comité ont procédé entre eux à une TGN modifiée afin de valider les trois questions et se familiariser avec la technique. Aucune modification n'a été apportée à la suite de cette séance de rodage. Les données alors recueillies ont donc été jointes à l'ensemble des résultats. Par la suite, en mai 1994, les membres du comité ont agi comme animateurs dans leurs UMF respectives et ont procédé à l'inventaire de situations cliniques à l'aide de la TGN modifiée.

Analyse des besoins

Élaboration d'un système de classification.

L'objectif était de classer sous différents thèmes les situations cliniques recensées de façon à décrire les problèmes éthiques et à identifier les besoins de formation ressentis. À partir de la méthode de Strauss et Corbin, les membres du comité ont lu ensemble les situations cliniques qu'ils avaient recueillies lors de la mise à l'essai, en les annotant de mots-clés, ce qui a conduit à un système de classification par thème³³. Ces mots-clés sont pour la plupart des appellations que l'on retrouve en tête de chapitre des traités d'éthique clinique et de bioéthique^{34,37}.

Classification. Dans un premier temps, les membres du comité ont lu en équipe de deux les situations cliniques recueillies dans les UMF en les classant par thème. Dans un deuxième temps, les membres du comité ont revu ensemble toutes les situations cliniques recueillies et leur classification. Après discussion, des changements ont été apportés dans la classification et certaines situations ont été rejetées pour différentes raisons. Enfin, pour chaque thème, les situations cliniques ont été revues afin d'en préciser les enjeux éthiques. Cet exercice a permis la formulation d'objectifs spécifiques d'apprentissage.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Sept séances de cueillette de données d'une durée d'une heure ont eu lieu. Les 53 médecins en provenance de six unités de médecine familiale affiliées à l'Université Laval ont participé à l'étude. Il s'agit des hôpitaux suivants: CHA hôpital Enfant-Jésus, Laval, CHUQ hôpitaux CHUL et St-François d'Assise et les CLSC Haute-Ville et du Centre de santé des Etchemins. Ceci représente un taux de participation de 79,1%. Seul le Centre de santé des Etchemins est un centre de formation en région rurale. Aucun des répondants n'avait une formation spécifique en éthique. Seuls les six membres du comité d'éthique avaient une réflexion plus avancée.

Sur un total de 382 situations rédigées par les participants, 277 situations cliniques ont été regroupées sous neuf thèmes (**tableau 1**) et 105 situations ont été rejetées pour les raisons suivantes: 22 situations correspondaient davantage à un problème juridique et 21 à un problème relationnel; 24 situations contenaient plus d'un problème éthique et il devenait arbitraire de les classer sous un thème plutôt qu'un autre; 29 situations étaient formulées de façon trop imprécise pour illustrer le problème éthique sous-jacent, ce qui amenait un trop grand niveau d'interprétation et, enfin, neuf situations étaient tout simplement inclassables et à notre avis auraient dû être rejetées lors de la dernière étape de la TGN modifiée. Le **tableau 2** présente la synthèse des différents apprentissages spécifiques pour chacun des thèmes, rédigés sous forme d'objectifs à atteindre et puis des exemples de vignettes illustrent le type de situations cliniques recueillies.

DISCUSSION

La recherche a permis d'identifier de façon efficace des situations cliniques exprimant les problèmes éthiques vécus par des enseignants en médecine familiale. En plus de susciter une bonne production d'idées, l'activité a permis de prendre conscience de l'importance du questionnement éthique vécu dans leur quotidien. L'utilisation de trois questions nominales associées à des contextes de pratique différents a favorisé l'expression d'une grande variété de situations cliniques. Le travail de classification a été long et laborieux. La validité de la classification des situations cliniques a été augmentée grâce au processus de décision par consensus lors de l'analyse.

Un nombre important de situations ont été rejetées. Ceci s'explique par trois facteurs, soit la méconnaissance de l'éthique, la difficulté de formuler une problématique éthique et la difficulté des participants à rejeter des situations présentées par leurs collègues.

En ce qui a trait à la méconnaissance de l'éthique, 22 situations faisaient référence à des problématiques qui pouvaient se résoudre facilement par l'application d'une loi, par exemple, celle de la protection de la jeunesse; 21 situations exprimaient des interrogations sur le comment faire dans une situation donnée et relevaient ainsi d'une problématique relationnelle. La proximité entre l'éthique, le droit et les habiletés relationnelles s'expliquent facilement, le droit étant l'éthique minimale du vivre en société et les relations personnelles l'espace dans lequel s'inscrit le questionnement éthique.

Tableau 1. Thèmes et nombre de situations décrites par thème avec des exemples

THÈMES	NOMBRE
Déontologie « Donner le certificat d'inaptitude au travail justifiable socialement, mais non biomédicalement. »	94
Confidentialité « Un patient a contracté une MTS à la suite d'une relation sexuelle extra-conjugale. Il me demande de ne pas en parler à son épouse que je dois voir le lendemain. »	47
Consentement, refus de traitement et droit à l'information « Un patient de 53 ans, très marginal, sure le bien-être social, me consulte pour dyspnée. Il est en insuffisance cardiaque importante sure le plan clinique. Je désire qu'il se rende à l'urgence, mais il refuse. Il semble capable de prendre une décision, mais sa marginalité fait qu'il raisonne de façon non conventionnelle. Qu'est-ce que je fais? » « Un patient hospitalisé pour une insuffisance cardiaque terminale est nouvellement diagnostiqué porteur d'un néo gastrique. Est-il éthique de ne pas lui en parler? »	32
Niveau de soins, abstention et cessation de traitement « Un dément (stade 5 sur 7) a des antécédents de mélanomes. Il présente maintenant une lésion pigmentée suspecte à la pointe du nez. Puis-je ne rien faire? »	26
Relation avec les compagnies pharmaceutiques et éthique de la recherche « Toutes les semaines, je mange dans la main d'une compagnie pharmaceutique par le biais de son représentant. Comment puis-je être sûr de mon impartialité subséquente, compte tenu que l'on possède bien son homme quand on le tient par l'estomac? »	26
Éthique de l'enseignement « Patient qui ne veut pas être suivi par un résident sans raison. Jusqu'où doit-on insister dans notre rôle d'enseignant? »	22
Allocation des ressources « Patient de 75 ans en centre d'accueil. Coût de sa médication pour néo de la prostate prend 50% du budget des médicaments du centre d'accueil. Doit-on le modifier? »	12
Influence d'un tiers « Doit-on continuer à répondre à la volonté d'un patient qui veut mourir chez-lui alors que son cas demande de plus en plus de soins et entraîne un épuisement de sa famille? »	11
Euthanasie et suicide assisté « Jeune patiente en phase terminale suivie à domicile. En quelques semaines, trois demandes d'euthanasie: de la patiente elle-même, de son père. Le père dit: je vais probablement le faire moi-même parce que c'est devenu intolérable pour tout le monde. »	7
Situations rejetées	105
TOTAL	382

Tableau 2. Formulation en objectifs d'apprentissage des besoins de formation identifiés à partir des vignettes cliniques décrites

Déontologie

Le médecin de famille sera capable:

- de justifier la remise en question des règles déontologiques pour certaines situations cliniques alors que normalement elles devraient le guider.
- d'élaborer les fondements de la bonne conduite à suivre dans sa relation avec les patients et les pairs.

Confidentialité

Tout en respectant le devoir de confidentialité, le médecin de famille sera capable:

- de maintenir une relation avec les proches d'un patient qui désirent avoir des informations précises avec ou sans l'autorisation de ce dernier, et intervenir auprès des parents d'un patient adolescent dans des situations concernant la vie sexuelle ou la santé physique ou la santé psychologique de ce dernier.
- d'intervenir auprès de personnes concernées par un problème de santé publique, p. ex., maladies transmises sexuellement.
- de discuter avec des collègues médecins ou autres professionnels de la situation d'un patient avec ou sans son autorisation, de choisir l'information à inscrire au dossier, de répondre aux demandes faites par d'autres professionnels.

Consentement, refus de traitement et droit à l'information

Le médecin de famille sera capable:

- de respecter le choix du patient de consentir à une intervention ou de la refuser, en particulier lorsque la décision de ce dernier est jugée déraisonnable par le médecin.
- d'évaluer l'aptitude à consentir, même dans un contexte d'urgence.
- de préciser le meilleur intérêt du patient lorsque l'action ou la décision d'un tiers est contraire à celle exprimée par le patient, ou à ses directives antérieures, ou lorsque le titulaire de l'autorité parentale est en désaccord avec les opinions professionnelles.
- de respecter le refus de traitement donné par un substitut en raison des valeurs religieuses du patient.
- de discerner l'information à donner au patient, en considérant ses propres biais dans la transmission d'informations en vue d'obtenir un consentement éclairé, en tenant compte de différents contextes (urgence, opposition d'un proche à ce que soit donnée l'information aux patients).
- de justifier de taire certaines informations dans certaines circonstances.

Niveau de soins, abstention et cessation de traitement

Le médecin de famille sera capable de décider, en collaboration avec les personnes concernées:

- de réanimer ou non un patient en arrêt cardiorespiratoire et d'inscrire cette décision au dossier.
- de cesser, de s'abstenir ou de poursuivre une investigation ou un traitement.
- de favoriser, le cas échéant, la résolution de conflits entourant ce type de décision, en portant une attention particulière aux clientèles suivantes: patient en âge avancé ou atteint de démence, ou avec un état physique précaire ou en phase avancée d'une maladie fatale.

Relation avec les compagnies pharmaceutiques et éthique de la recherche

Le médecin de famille sera capable d'utiliser des critères éthiques:

- pour guider sa participation à des activités d'éducation médicale continue (EMC) subventionnées par l'industrie pharmaceutique à titre de conférencier ou participant, ou à des protocoles de recherche impliquant, entre autres, le recrutement de ses patients, ainsi que gérer l'utilisation des échantillons fournis par les compagnies pharmaceutiques.

Allocation des ressources

Le médecin de famille sera capable:

- de prendre conscience du rôle qu'il joue dans l'utilisation des ressources allouées à la santé.
- de justifier sa position lorsqu'il y a un conflit entre l'intérêt d'un individu et l'intérêt de la collectivité dans le partage des ressources allouées à la santé.

Influence d'un tiers

Le médecin de famille sera capable:

- D'intervenir lorsque la demande d'une famille ou des proches est en conflit avec la volonté d'un patient, lucide ou non, qui refuse soit un traitement, soit de quitter son domicile pour être hospitalisé, particulièrement dans des cas de soins palliatifs ou chez des patients en perte d'autonomie importante.

Euthanasie

Le médecin de famille sera capable:

- de recevoir une demande d'euthanasie venant d'un patient ou de ses proches et prendre position face à une demande de suicide assisté.

Le questionnement éthique

Le deuxième élément est la difficulté de formuler le questionnement éthique. En tout, 29 situations (10,2%) ont donc été rejetées à partir desquelles on percevait l'embryon d'un questionnement éthique sans pouvoir préciser la thématique éthique sous-jacente. 24 situations nous semblaient contenir plus d'un thème et nous avons préféré les rejeter au lieu de les intégrer à notre classification. Seule la catégorie « influence » d'un tiers aurait, au classement par ordre de fréquence, gagné à ce qu'on comptabilise ces vignettes qui recoupaient plus d'un thème.

Le devis de recherche de l'étude a permis d'identifier d'abord des situations cliniques qui traduisaient la difficulté de résolution d'un problème éthique indépendamment de sa fréquence. Par exemple, même si peu de situations concernant l'euthanasie ont été décrites, l'importance de cette problématique demeure. Toutefois, l'intérêt de prendre en compte la fréquence élevée de certaines situations est de favoriser une formation axée vers l'éthique au quotidien.

Les médecins interrogés pratiquant dans des UMF avec un contexte socioculturel relativement homogène, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des médecins de famille québécois et canadiens. Il serait nécessaire de compléter cette étude auprès de médecins travaillant dans des contextes de pratique plus variés.

L'identification des besoins de formation en éthique, tout en tenant compte des besoins ressentis par les médecins enseignants, doit être complétée à partir d'autres sources. Les médecins ne sont pas les seuls concernés par l'identification des besoins de formation éthique. Le personnel paramédical, les patients, leurs familles, les institutions médicales et les résidents en médecine familiale ainsi que les experts en éthique peuvent avoir aussi leurs idées sur le sujet. C'est pour cette raison que cette étude est un point de départ mais pas le terme de l'élaboration d'un curriculum.

Thèmes

La plupart des thèmes identifiés ont été nommés dans les études antérieures. On peut observer une similitude entre ceux identifiés par Levitt et ceux de notre étude. Seul le thème intitulé « *conflict of self-interest and altruism* » qui soulignait des situations où le médecin avait à choisir entre ses intérêts personnels et ceux de ses patients, n'a pas été relevé. Les 13 autres problématiques éthiques dans l'étude de Levitt peuvent être représentées sous les neuf thématiques que nous avons retenues, à l'exception de l'éthique de l'enseignement.

Parallèlement, on peut constater que le thème de l'allocation des ressources n'apparaît pas dans l'étude de Levitt, même si on peut identifier ce thème dans l'étude de Jacobson qui a inspiré Levitt pour élaborer son questionnaire. Le thème de l'éthique de l'enseignement est particulier à notre étude, ce qui s'explique par la population interrogée. On note aussi que des problématiques éthiques concernant la reproduction (contraception, avortement, stérilisation), soulignées dans l'étude de Dayringer au début des années 1980, sont absentes dans notre étude et dans celle de Levitt. Cette observation nous amène à émettre l'hypothèse d'une évolution du questionnement éthique en fonction des mœurs.

Le nombre important de situations classées sous le thème déontologie met en lumière les enjeux éthiques découlant du rôle de défenseur (*advocacy*) que joue le médecin de famille, autant dans des situations de conflit entre les demandes du patient et les devoirs professionnels du médecin, que lorsque le médecin de famille remet en cause la conduite ou la décision d'un collègue.

Dans l'étude de Jacobson, le rôle de la famille dans le processus de décision avait été considéré peu important dans la pratique des médecins de première ligne aux États-Unis ce qui inclut les généralistes, les spécialistes en médecine interne et les médecins de famille. Dans notre étude, cette préoccupation apparaît plus importante lorsqu'on tient compte du nombre de situations touchant le problème de la confidentialité en lien avec les demandes de la famille, de même que celles concernant l'influence d'un tiers. Dans l'étude de Levitt la catégorie « *best interest of the family* » était la deuxième en terme de fréquence. Ainsi le triangle « patient-médecin-famille » semble une source importante de problèmes éthiques en médecine familiale.

Le thème « éthique de l'enseignement » est un aspect original de l'étude. Les problématiques associées à ce thème peuvent être regroupées autour des pôles suivants. Le premier a trait à l'utilisation des patients à des fins d'enseignement. (Le risque d'un suivi fait par un médecin en formation; le transfert, année après année, du patient à un nouveau résident; la contrainte exercée pour que le patient voit un résident). Un second pôle concerne l'encadrement des résidents. (La gestion des conflits de valeurs entre la pratique médicale du résident et celle du médecin enseignant; les manquements des résidents aux règles de la déontologie; la rédaction d'une lettre de recommandation pour un résident évalué plutôt médiocre). Le troisième pôle touche la

RECHERCHE

La formation en éthique

nature de la relation entre le superviseur et le résident. (Doit-on soigner ses propres résidents? Jusqu'où aller pour expliquer leurs difficultés professionnelles?)

Cette étude permet d'apprécier la compréhension que les médecins ont de l'éthique. Le nombre important de situations rejetées peut s'expliquer par le fait que la notion d'éthique ne semble pas aussi claire qu'on le souhaiterait chez les médecins de famille. Dans un contexte de formation, le premier défi est de mieux faire comprendre ce qu'est l'objet de l'éthique. Par ailleurs, le nombre important de situations cliniques classées sous le thème « déontologie » témoigne d'une compréhension de l'éthique plutôt normative, plus proche du discours juridique à visée sanctionnelle que du discours éthique à visée évaluative et réflexive.

Conclusion

Cette étude a permis l'identification de besoins de formation en éthique auprès de médecins enseignants en médecine familiale de l'Université Laval. Le devis qualitatif favorise une plus grande spécificité de contenu en précisant à partir de vignettes cliniques des objectifs d'apprentissage en éthique. Cette recherche action, en plus d'être l'assise d'un curriculum de formation en éthique pour le programme de résidence en médecine familiale, offre une stratégie pour intégrer la dimension éthique à l'enseignement puisque les objectifs d'apprentissage découlent directement des préoccupations du corps professoral. Il serait souhaitable de compléter cette étude auprès de médecins travaillant dans des contextes de pratique plus variés. ❀

Remerciements

Nos sincères remerciements aux docteurs Christiane Martel, Hélène Blondeau, et Danielle Saucier qui ont participé à une étape ou l'autre de cette recherche à titre de membre du Comité de l'enseignement de l'éthique du Département de médecine familiale de l'Université Laval. Nous remercions aussi tous les médecins enseignants qui ont participé à cette recherche et qui proviennent des UMF des milieux suivants: CHA hôpital Enfant-Jésus, Institut de cardiologie et de pneumologie de l'hôpital Laval, CHUQ hôpital le CHUL, CHUQ hôpital St-François d'Assise, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, Centre de santé des Etchemins.

Contribution des auteurs

D^r Marcoux a élaboré le devis de recherche et la direction de cette recherche. D^{rs} Marcoux, Lamontagne, Cayer,

Points de repère du rédacteur

- Cette étude qualitative auprès de 53 médecins enseignants en médecin familiale a permis d'identifier les besoins de formation en éthique.
- Les 277 situations cliniques présentant des problèmes éthiques ont été regroupées sous neuf thèmes. La déontologie, la confidentialité, le consentement, le refus de traitement et le droit à l'information ont été les plus souvent mentionnés.
- Des objectifs d'apprentissage pour les résidents en médecine familiale ont été rédigés à partir des thèmes identifiés.

Editor's key points

- This qualitative study elicited opinions from 53 physician teachers on what training in ethics they needed.
- These teachers described 277 clinical situations that presented ethical problems. Ethical issues were grouped under nine themes. The most frequently mentioned themes were medical ethics, confidentiality and consent, refusal of treatment, and the right to information.
- Learning objectives for family medicine residents were derived from the nine themes identified.

Desrochers, et Gauthier ont participé activement à la cueillette des données et à leur analyse et interprétation, et à la rédaction de l'article à toutes les étapes de la révision et à l'approbation finale de la version destinée à la publication.

Intérêts concurrents

Rien déclaré

Correspondance à: D^r Hubert Marcoux, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, bureau 1323, pavillon Vandry, Université Laval, Sainte-Foy, QC G1K 7P4; téléphone (418) 656-3678; télécopieur (418) 656-5252; courriel hubert.marcoux@mfa.ulaval.ca

Références

1. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med* 1989;64:705-14.
2. Baylis F, Downie J. Ethics education for Canadian medical students. *Acad Med* 1991;66:413-4.
3. Sun T, Self DJ. Medical ethics programs in family practice residencies. *Fam Med* 1985;17(3):99-102.
4. Keller AHJ. Ethics/human values education in the family practice residency. *Med Educ* 1977;52:107-16.
5. Dickman RL. Family medicine and medical ethics. A natural and necessary union. *J Fam Pract* 1980;10(4):633-7.
6. Arnold RM, Forrow L, Wartman SA, Teno J. Teaching clinical medical ethics: a model program for primary care residency. *J Med Ethics* 1988;14:91-6.
7. Self DJ, Lyon-Loftus GT. A model for teaching ethics in a family practice residency. *J Fam Pract* 1983;16(2):355-9.

8. Brody H. Empirical studies of ethics in family medicine. *J Fam Pract* 1983;16(6):1061-3.
9. Smith A. The teaching of medical ethics. *J Med Ethics* 1985;11(1):35-6.
10. Seedhouse D. The teaching of medical ethics [editorial]. *J R Coll Gen Pract* 1987;37(302):388-9.
11. Hobbs J. The things we must teach. *Fam Med* 1998;30(2):84-5.
12. Cassidy RC, Swee DE, Stuart MR. Teaching bio-psycho-ethical medicine in a family practice clerkship. *Med Educ* 1983;58(10):778-83.
13. Palmer K. Legal and ethical considerations. *Practitioner* 1991;235:226-8.
14. Voorhies SF. Ethics and family physicians: a proposed curriculum. In: Little M, Midtling JE, editors. *Becoming a family physician*. New York, NY: Springer-Verlag; 1989. p. 167-84.
15. Pellegrino ED. Balancing head, heart, and hand in the physician's education: a special task for family practice. *J Am Board Fam Pract* 1998;1(1):4-14.
16. Christie RJ, Hoffmaster CB. *Ethical issues in family medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 1986.
17. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Agrément des programmes de résidences et certification*. Mississauga, Ont: Collège des médecins de famille du Canada; 1997.
18. Nadeau MA. *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. 2^e édition. Québec, Qué: les Presses de l'Université Laval; 1998.
19. Pellegrino ED, Siegler M, Singer PA. Teaching clinical ethics. *J Clin Ethics* 1990;1(3):175-80.
20. Robillard HM, High MD, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Panit LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. *J Community Health* 1989;14:9-17.
21. Dayringer R, Paiva REA, Davidson GW. Ethical decision making by family physicians. *J Fam Pract* 1983;17(2):267-72.
22. Jacobson JA, Tolle SW, Stocking C, Siegler M. Internal medicine resident's preferences regarding medical ethics education. *Acad Med* 1989;64:760-4.
23. Pellegrino ED, Richard JH, Sharon RH, Stephen EL, Gary E. Relevance and utility of courses in medical ethics: a survey of physicians' perceptions. *JAMA* 1985;253(1):49-53.
24. Levitt C, Freedman B, Kaczorowski J, Adler P, Wilson R. Developing an ethics curriculum for a family practice residency. *Acad Med* 1994;69:907-14.
25. Baudouin JL, Parizeau MH. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecine/Science* 1987;3:8-12.
26. Primeau F. Les enjeux éthiques des états végétatifs selon une perspective comparée nord-américaine et européenne. Partie 2. *Ann R Coll Phys Surg Can* 1992;25:39-41.
27. Doucet H. *Au pays de la bioéthique: l'éthique biomédicale aux États-Unis*. Genève, Suisse: Labor et Fides; 1996.
28. Marcoux H. Identifier les besoins de formation en éthique: approche méthodologique centrée sur la clinique. *Can Med Assoc J* 1999;160(12):1715-8.
29. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71.
30. Homenko DF, Kohn M, Rickel T, Wilkinson ML. Student identification of ethical issues in a primary care setting. *Med Educ* 1997;31:41-4.
31. Conseil de l'éducation médicale continue du Québec. *Vade-mecum en éducation médicale continue*. Montréal, Qué: Conseil de l'éducation médicale continue du Québec; 1998.
32. 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.
33. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
34. Parizeau MH, Hottis G. *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique*. Bruxelles, Belgique: Université De Boeck; 1993.
35. Roy DJ, William JR, Dickens BM, Beaudoin JL. *La bioéthique: ses fondements et ses controverses*. St-Laurent, Qué: ERPI éditions; 1995.
36. Baylis F, Downie J, Freedman B, Hoffmaster B, Sherwin S. *Health care ethics in Canada*. Toronto, Ont: Harcourt Canada; 1995.
37. Singers P. *Bioethics at the bedside: a clinician's guide*. Ottawa, Ont: Association médicale canadienne; 1999.