

# Aborder l'éthique en supervision clinique

## Une approche en 3 temps

Sylvie Boulianne MD CCMF Suzanne Laurin MD FCMF Pierre Firket MD

**A** l'étape de la résidence, l'intégration des aspects éthiques doit passer par une application clinique quotidienne<sup>1,2</sup>; mais parler d'éthique avec le résident est souvent source d'inconfort et les cliniciens enseignants parviennent difficilement à aborder cette dimension en supervision. Pour soutenir la réflexion éthique des résidents, le clinicien enseignant doit d'abord pouvoir reconnaître les dimensions éthiques d'une situation, mais il doit aussi choisir de leur faire une place parmi les nombreuses compétences à aborder dans le temps limité de la supervision. Cet article propose une approche en 3 temps et des méthodes pédagogiques facilement applicables dans le contexte de la supervision clinique.

### Approche en 3 temps pour le superviseur

**1<sup>er</sup> temps: Identifier la dimension éthique présente dans la situation à superviser.** L'éthique est souvent associée à des conflits de valeurs ou aux dilemmes décisionnels face à de grandes questions de société à propos de la vie et de la mort. Pourtant, dans une certaine mesure, chacune des décisions médicales partagées avec le patient comporte une part de questionnement éthique dès lors que le médecin agit avec le souci de bien faire pour le patient en face de lui. Par exemple, face à un patient non observant, à un choix d'examen paraclinique dont la disponibilité est limitée, le clinicien applique une démarche clinique qui intègre notamment une réflexion éthique.

Dans ce sens, les questions éthiques sont omniprésentes en clinique, et il appartient au superviseur de les identifier en supervision directe ou quand le résident lui présente sa consultation avec le patient. S'il fait l'effort de les rechercher, le superviseur développera son acuité à reconnaître les dimensions éthiques à discuter dans le cadre de la supervision au quotidien. L'**Encadré 1** énumère des exemples d'occasions qui comportent des dimensions éthiques qu'il est pertinent d'aborder en supervision clinique.

**2<sup>e</sup> temps: Choisir volontairement d'aborder l'éthique dans cette supervision-ci.** La charge clinique et la pression du temps, les besoins pédagogiques spécifiques de certains résidents ou encore la tendance des cliniciens enseignants à demeurer dans leur zone de confort et à orienter la supervision vers leurs domaines personnels d'expertise<sup>3</sup> peuvent conduire à négliger la dimension éthique en supervision.

#### Encadré 1. Thèmes donnant lieu à une discussion sur l'éthique en supervision clinique

- L'affectation des ressources et le rôle du médecin de famille comme gardien de la porte d'entrée du système de soins
- Les relations avec les collègues spécialistes, les collègues médecins de famille et les collègues d'autres professions
- Le collègue incompetent
- Le collègue en détresse
- La continuité des soins et les responsabilités reliées à la garde
- La confidentialité et le respect de la vie privée
- Les écueils potentiels du dossier patient électronique
- Les cadeaux des patients; les patients comme amis; l'inconduite sexuelle
- La relation patient-médecin; les difficultés relationnelles avec un patient (transfert-contre-transfert) ainsi que les proches de ce dernier
- La non-observance du traitement
- La prise de décisions au nom d'autrui; l'inaptitude; le consentement éclairé
- Les relations avec l'industrie pharmaceutique et les conflits d'intérêt
- La recherche médicale (recrutement de patients, intégrité scientifique, usage de placebo)
- La reproduction, la fertilité, la contraception et l'avortement
- La génétique, les tests diagnostiques et le dépistage pré-symptomatique
- Les volontés de fin de vie; l'euthanasie; l'aide médicale au suicide
- L'erreur médicale et l'obligation de la déclarer
- Les problématiques interculturelles
- La déontologie médicale et les différentes normes médicales et professionnelles qui nous régissent
- L'attitude professionnelle, les valeurs et principes clés inhérents au rôle de médecin (empathie, honnêteté intellectuelle, respect, responsabilisation, prudence, etc.)
- Les incidents critiques et les différences de valeurs; les conflits survenant avec les patients et les autres intervenants

Pour que l'apprentissage du questionnement éthique soit intégré à la clinique, il incombe à chaque superviseur de choisir de lui accorder une place et de s'assurer de saisir les occasions qui se présentent pour l'aborder avec le résident.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the July 2013 issue on page e338.

**3<sup>e</sup> temps: Se donner un moyen de faire émerger la dimension éthique d'une situation, d'en stimuler le questionnement.** Il existe plusieurs outils permettant de susciter un questionnement éthique<sup>4,5</sup>, mais ils sont généralement difficiles à adapter au contexte de supervision clinique. Nous proposons 2 façons d'aborder la dimension éthique et de structurer la réflexion en supervision: l'une au moyen de questions types à poser au résident et l'autre, visuelle, sous la forme d'un triangle formé des 3 déterminants de la décision que sont le médecin, le patient et le contexte. Ces deux approches peuvent être utilisées indépendamment ou en complémentarité selon la situation clinique ou les affinités et préférences du superviseur ou du résident (**Figure 1**)\*.

### Les 3 questions

Le superviseur peut amener le résident à réfléchir à la situation clinique et proposer une discussion à partir de l'une ou l'autre de ces 3 questions faciles à retenir.

**Quel est le sens de mon action?** Dans cette situation clinique, l'acte médical que je m'appête à poser et la décision médicale que je vais partager avec ce patient ont-ils du sens pour lui, pour moi, pour les autres et la société à laquelle j'appartiens? Par exemple, est-ce que l'antihypertenseur que je m'appête à prescrire à ce patient de 80 ans a du sens pour lui à ce moment de sa vie? Quels sont mes objectifs thérapeutiques? Quels sont ceux du patient? Sur quels principes ces objectifs sont-ils fondés: la littérature scientifique, mes croyances personnelles, les désirs du patient? Et pour la société, qui en assumera le coût? Cette question permet de comprendre les enjeux de la décision clinique, les attentes du médecin et du patient, les facteurs qui influencent la décision, etc.

**Qu'est-ce qui ne va pas?** Pourquoi n'arrivons-nous pas à nous entendre le patient et moi? D'où vient le malaise que je ressens devant ce patient? Pourquoi suis-je si réticent à acquiescer à la demande de ce patient alors que cela me semble plus facile dans d'autres circonstances? En réfléchissant à ce qui se passe lors de cette consultation, quelles valeurs et quels pouvoirs entrent en opposition? Cette question permet d'identifier, de nommer le malaise dans une situation clinique donnée, d'en trouver l'origine, et donc de formuler le problème pour tenter de venir à bout de la difficulté.

**Quelles sont mes limites?** Jusqu'où dois-je aller dans cette situation clinique, avec ce patient? Quel investissement est souhaitable, est raisonnable? Comment se soucier du patient tout en se respectant soi-même?

\*La **Figure 1** se trouve à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca). Allez au texte intégral de l'article en ligne, puis cliquez sur **CFPlus** dans le coin supérieur droit de la page.

Comment tenir compte de ses valeurs et de ses contraintes de temps et de disponibilité? Poser cette question, c'est se questionner sur ce qu'il est possible de faire. C'est aussi confronter le résident à son idéal professionnel. Cette réflexion sur ses limites peut rassurer un résident qui n'oserait pas s'engager dans la prise en charge d'un problème qui lui paraît trop lourd ou encore aider un résident qui aurait tendance à en faire trop.

### Le triangle

Une autre approche de la dimension éthique en supervision, qui s'inspire des travaux de R.B. Haynes, a pour point de départ un triangle élaboré par Cécile Bolly<sup>6-8</sup> qui schématise les 3 pôles de la décision clinique que sont le médecin, le patient et le contexte, représentés par *je*, *tu* et *ils*. L'utilisation que nous proposons de ce triangle peut aider le superviseur et le résident à se représenter ce qui se passe dans une situation clinique donnée en illustrant le poids de chacun des pôles du triangle.

Dans ce triangle, le *je* représente le médecin avec ses connaissances et les expériences qui lui sont propres, mais aussi ses valeurs. Le *tu* est le patient qui a aussi ses propres conceptions de la maladie basées sur ses connaissances, ses croyances et son histoire personnelle. Le *ils* représente les autres: nos collègues, l'institution dans laquelle nous pratiquons, la science médicale, les guides de pratique, la société et son système de santé, etc. Le questionnement éthique est au centre de ce triangle, parce qu'en situation difficile, le fait d'être attentif à relier ces trois éléments peut permettre de se sortir d'une impasse<sup>8</sup>.

En supervision, il est possible de dessiner le triangle en le déformant pour tenir compte des différents pouvoirs en jeu dans une situation clinique donnée et de réfléchir avec le résident à ce qui s'est passé lors de sa consultation avec le patient et aux écueils d'une prépondérance de l'un ou l'autre des pôles. Soulignons que l'objectif de la discussion n'est pas nécessairement de proposer un rééquilibrage des trois pôles, mais bien de comprendre les enjeux pour choisir la meilleure orientation possible dans le contexte.

Ainsi, si un résident applique une recommandation d'un guide de pratique de façon rigide, sans tenir compte des particularités ou des objections d'un patient, le triangle des polarités sera déformé en faveur du *je* et du *ils*, au détriment du *tu*. Il est possible que le médecin (*je*) considère qu'une recommandation standardisée est justifiée parce qu'elle est fidèle à la science (*ils*), mais le patient (*tu*) n'a plus d'espace et se trouve évacué de la décision. Dans cette circonstance, le superviseur pourrait ensuite amener le résident à réfléchir aux écueils d'une telle situation: risques d'insatisfaction du patient, de problèmes d'observance, etc.

Dans une autre situation où le résident se centre principalement sur les demandes du patient en acceptant, par

exemple, de prescrire une investigation ou un traitement alors qu'il juge que ce n'est pas nécessaire, le triangle serait modifié pour donner de l'importance au *tu* au détriment du *je* et du *ils*. Le superviseur pourrait aborder les risques d'une décision qui accorde trop de poids aux désirs ou croyances du patient, sans tenir compte de la rigueur scientifique, et qui peuvent mener à des actions thérapeutiques complaisantes ou inadéquates.

Le triangle des polarités de la décision clinique ne dicte pas ce qu'il y a à faire<sup>8</sup>; il permet de réfléchir à une situation clinique donnée pour mieux la comprendre en prenant conscience des rôles de chacun, en abordant les causes, les risques et les conséquences d'un déséquilibre et, surtout, en considérant d'autres options possibles. Il peut aussi être utilisé pour pousser le questionnement éthique en imaginant ce qui se passerait si l'on donnait plus d'importance à l'un ou l'autre des pôles. La **Figure 1\*** illustre différentes combinaisons de surreprésentation des polarités.

## Conclusion

Aborder l'éthique en supervision clinique: une approche en 3 temps, est un outil, un aide-mémoire à avoir sous la main pour susciter le questionnement éthique des résidents. Il propose des moyens facilement applicables pour aider le superviseur à intégrer les aspects éthiques lors des supervisions quotidiennes en posant des questions ou encore en schématisant le jeu des 3 pôles de la décision médicale. Soulignons que cet outil ne sera utile que si le superviseur fait le premier pas et s'applique à identifier les aspects éthiques d'une situation clinique et qu'il choisit de les aborder en supervision.

**D<sup>re</sup> Boulianne** est médecin de famille, professeure adjointe de clinique et responsable de l'enseignement de l'éthique à la résidence, au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal au Québec. **D<sup>re</sup> Laurin** est médecin de famille et professeure agrégée de clinique au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. **D<sup>r</sup> Firket** est médecin de famille, professeur au Département de médecine générale et membre du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de la Faculté de médecine de l'Université de Liège en Belgique.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Références

1. Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus de la bioéthique en médecine familiale. Cas cliniques et références*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2005. Accessible à: [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/bioethics\\_fr.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/bioethics_fr.pdf). Accédé le 10 juin 2013.
2. Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada. *Objectifs proposés du cursus pour l'enseignement de l'éthique, ainsi que du professionnalisme et de la réglementation médicolegale en matière d'éthique pour les programmes de résidence en médecine familiale*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010.
3. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pedagog Med* 2011;12(4):223-9.
4. Groupe de travail interdisciplinaire de la Haute École Robert Schuman de Libramont. *Apprentissage du raisonnement éthique*. Libramont, Belgique: Haute École Robert Schuman de Libramont; 2007. Accessible à: [www.hers.be/index.php/formations-continues/apprentissage-du-raisonnement-ethique](http://www.hers.be/index.php/formations-continues/apprentissage-du-raisonnement-ethique). Accédé le 10 juin 2013.
5. Legault GA. *Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec; 2003. p. 52-66.
6. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club* 2002;136(2):A11-4.
7. Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *Evid Based Med* 1996;1(7):196-8.
8. Bolly C. *Et l'éthique dans tout ça?* Neufchâteau, Belgique: Weyrich Édition; 2007.

### CONSEILS AUX ENSEIGNANTS

- Parler d'éthique avec le résident est souvent source d'inconfort et les cliniciens enseignants parviennent difficilement à aborder cette dimension en supervision.
- Cette approche en 3 temps et ces méthodes pédagogiques sont facilement applicables dans le contexte de la supervision clinique.
- Cette approche et ces méthodes ne seront utiles que si le superviseur fait le premier pas, s'applique à identifier les aspects éthiques d'une situation clinique et choisit de les aborder.

Occasion d'enseignement est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et coordonnée par la Section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada. La série porte sur des sujets pratiques et s'adresse à tous les enseignants en médecine familiale, en insistant sur les données probantes et les pratiques exemplaires. Veuillez faire parvenir vos idées, vos demandes ou vos présentations à D<sup>re</sup> Miriam Lacasse, coordonnatrice d'Occasion d'enseignement, à [Miriam.Lacasse@fmed.ulaval.ca](mailto:Miriam.Lacasse@fmed.ulaval.ca).

— \* \* \* —