

# ABORDER L'ÉTHIQUE EN SUPERVISION CLINIQUE :

Approche en  
3 temps



Université   
de Montréal

# Table des matières

---

## 1<sup>er</sup> temps

Identifier la dimension éthique présente dans la situation à superviser.

---

## 2<sup>e</sup> temps

Choisir volontairement d'aborder l'éthique dans cette supervision-ci.

---

## 3<sup>e</sup> temps

Se donner un moyen de faire émerger la dimension éthique d'une situation, d'en stimuler le questionnement.

- Les 3 questions

- Le triangle

---



# Aborder l'éthique en supervision clinique

## Une approche en 3 temps

**Sylvie Boulianne** MD CCMF, **Suzanne Laurin** MD FCMF,  
**Pierre Firket** MD

À 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.

## **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'intérêts
- 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

## 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. 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.

## 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.

## 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? 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>.

**(Figure 1)**



Figure 1

Le **JE** c'est nous, c'est le médecin qui a ses connaissances, ses expériences, ses valeurs.

**JE**

?

**éthique**

**TU**

**ILS**

Le **TU** c'est le patient qui a ses propres conceptions de sa maladie basées sur ses connaissances, ses expériences, ses valeurs.

Le **ILS** c'est les autres, nos collègues, les institutions dans lesquelles nous pratiquons, la science avec ses recommandations et ses guides de pratiques, etc.

**Une décision médicale adaptée résulte d'une recherche d'équilibre de ces trois polarités.**



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.

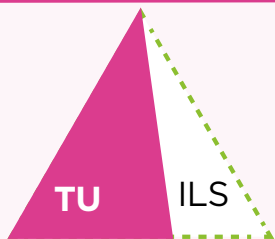
Le triangle des polarités de la décision clinique ne dicte pas ce qu'il y a à faire<sup>8</sup>; il permet de réfléchir à une situation clinique donnée pour mieux la comprendre en prenant conscience des rôles de chacun, en abordant les causes, les risques et les conséquences d'un déséquilibre et, surtout, 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 2** illustre différentes combinaisons de surreprésentation des polarités.



Figure 2

Lorsque prédomine le

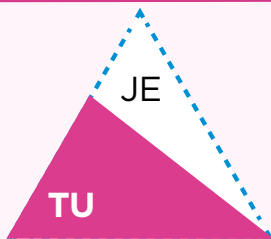
TU



**au détriment du ILS**

la décision prise reflète la volonté de satisfaire le patient sans tenir compte des standards imposés par la science.

**Risque:**  
biais de complaisance.



**au détriment du JE**

le médecin, afin de répondre aux besoins du patient, en oublie ses limites, se surinvestit.

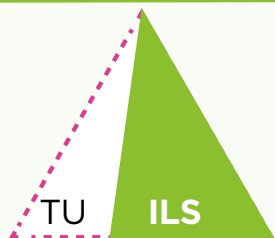
**Risque:**  
épuisement professionnel.





Lorsque prédomine le

ILS

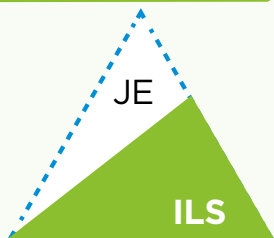


### au détriment du TU

le patient n'est pas pris en compte. Il pourrait être un autre individu et cela n'aurait pas d'impact sur le choix thérapeutique.

#### Risque:

non investissement du patient dans sa thérapie, défaut d'observance.



### au détriment du JE

la décision, prise pour satisfaire les exigences d'une institution, de la science, etc., perd son sens pour le médecin.

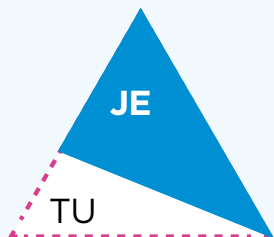
#### Risque:

source de colère, de cynisme, de désinvestissement pour le médecin.



## Lorsque prédomine le

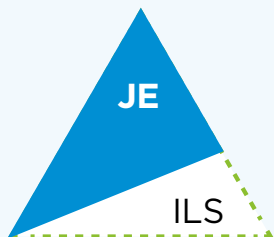
# JE



**au détriment du TU**

le médecin, accordant peu d'importance à l'opinion du patient, impose sa vision.

**Risque:**  
formulation d'une plainte par le patient qui fait ainsi entendre sa voix.



**au détriment du ILS**

la décision prise s'écarte de la science et ne repose que sur les ressources personnelles du médecin.

**Risque:**  
erreur médicale.

**Est-ce que cette décision que je prends, cette action que je pose me permet d'agir dans le souci de bien faire par un équilibre de ces 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.

Tiré de l'article *Aborder l'éthique en supervision clinique : une approche en trois temps*, publié dans la revue *Le Médecin de Famille Canadien-Canadian Family Physician*, vol 59; juillet 2013, 795-7.

**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 médicolégale en matière d'éthique pour les programmes de résidence en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010.
3. Au détat 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) : 2239.
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/formationscontinues/apprentissage-du-raisonnement-ethique](http://www.hers.be/index.php/formationscontinues/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. 5266.



6. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidencebased medicine and patient choice. *ACP J Club* 2002;136(2) : A114.
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) : 1968.
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.

