

Université de Montréal

**Guider la pratique et la formation éthique des
professionnels de la santé : établir les fondements du
modèle de la déontologie réflexive (MDR)**

par

Marie-Josée Potvin

Faculté de médecine

Programme de Sciences Biomédicales

Thèse présentée à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de PhD
en sciences biomédicales
option bioéthique

Mars 2014

© Marie-Josée Potvin, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Guider la pratique et la formation éthique des professionnels de la santé :
vers un modèle de la déontologie réflexive (MDR)

présentée par
Marie-Josée Potvin

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Béatrice Godard
Président rapporteur

Bryn Williams-Jones
Directeur de recherche

Mona Gupta
Membre du jury

Christiane Gohier
Examineur externe

Debbie Feldman
Représentant du doyen

Résumé

Si l'approche par compétences au Canada et aux États-Unis est particulièrement valorisée pour orienter la pratique des professionnels de la santé (PDS) – et en bioéthique clinique –, les travaux permettant de mieux comprendre les fondements psychologiques, ontologiques et philosophiques de ces compétences sont peu présents dans la littérature en bioéthique. Les principaux outils actuellement disponibles se divisent généralement en quatre principales catégories : 1) les documents officiels (codes de déontologie, règlements institutionnels, etc.); 2) les principales théories éthiques (éthique de la discussion, éthique de la vertu, principisme, etc.); 3) les ouvrages de référence scientifiques; 4) les outils de prise de décision éthique. Ces documents sont des incontournables pour les bioéthiciens et les PDS, mais leur disparité, voire leur contenu parfois contradictoire, jumelée à une compréhension limitée de l'éthique, est souvent source de confusion dans les processus décisionnels et peut être la cause de comportements ne répondant pas aux standards éthiques des pratiques professionnelles.

Notre recherche constitue une réflexion qui s'inscrit en amont de ces outils dont le caractère pragmatique a le désavantage de simplifier la réflexion théorique au profit de données plus concrètes. Nos travaux visent à développer les bases d'un modèle flexible et inclusif – le modèle de la déontologie réflexive (MDR) – permettant de : 1) poser les principaux repères philosophiques, sociaux et déontologiques des problématiques éthiques rencontrées en pratique; 2) saisir les principales tensions éthiques inhérentes à cette complexité; 3) mieux comprendre, dans une perspective psychologique et développementale, les exigences personnelles et professionnelles qu'impose le statut de *professionnel de la santé* dans le contexte actuel des soins de santé.

Entreprise théorique, ce projet consiste principalement à mettre en relation dynamique un ensemble de dimensions (légale, éthique, clinique, sociale, psychologique) à l'œuvre dans la rencontre du bioéthicien et du PDS avec la complexité des situations éthiques, en s'inspirant du concept de sensibilité éthique de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990), du modèle des quatre composantes de Rest (1994) et de la théorie du soi et des modes identitaires d'Augusto Blasi (1993). Ce processus implique trois étapes successives : 1) une mise en

perspective de la posture épistémologique particulière du bioéthicien et du PDS à la lumière de la « petite éthique » de Ricœur; 2) une revue de la littérature interdisciplinaire sur le concept de sensibilité éthique afin d'en proposer une définition et de le mettre en perspective avec d'autres compétences éthiques; 3) le développement d'un cadre de référence en matière d'identité éthique professionnelle (*professional ethics identity tendencies*, PEIT), inspiré de la théorie du soi et des modes identitaires de Blasi. Ces PEIT proposent un repère normatif aux exigences liées à la construction de l'identité en contexte de pratique des PDS et suggèrent des pistes de réflexion quant à la formation et à la recherche en éthique professionnelle. Cette recherche souhaite établir des fondements théoriques pour le développement ultérieur du modèle de la déontologie réflexive (MDR).

Mots-clés : éthique professionnelle, bioéthique, développement moral, cadres théoriques, éducation, formation, professionnels de la santé, bioéthiciens, modèle de la déontologie réflexive, MDR, déontologie professionnelle.

Abstract

If the *competency* approach seems to be particularly valorised in Canada and in the United States for orienting the practice of health care professionals (HCP) – and in clinical bioethics – material that could provide with a better understanding of the psychological, ontological and philosophical foundations of these competencies seems rather limited in the bioethical literature. The tools that are generally available can be divided into four main categories: 1) official documents (e.g., code of ethics, institutional policies); 2) the main ethical theories (e.g., virtue ethics, theories of justice, principlism); 3) scientific references (e.g., journals, books); 4) decision-making tools. These documents are important for bioethicists and HCPs, but their disparities and even contradictions, coupled with poor knowledge in professional ethics, may be a significant source of confusion in the decision making process and even lead to behaviour that does not meet the ethical standards of HCP.

This thesis is an upstream reflection regarding these tools, whose pragmatic character has the disadvantage of simplifying theoretical reflection at the benefit of more concrete evidence useful for practical decision making. This project aims at developing the foundations for a flexible and inclusive model – a model of deontological reflexivity (MDR) – that will: 1) present the main philosophical, psychological, sociological and deontological landmarks characterising ethical issues encountered in practice; 2) understand, from a psychological and developmental perspective, the personal and professional requirements inherent to the status of the *health care professional* in the current context of health care.

A theoretical enterprise, this project primarily consists in relating, in a dynamic manner, a variety of dimensions (legal, ethical, clinical, psychological) at work in complex ethical situations encountered by HCPs and bioethicists, inspired by the concept of ethical sensitivity, the “*petite éthique*” of Paul Ricœur (1990), the self theory along with Blasi's Identity modes (Blasi, 1993). The analysis process will consist in three successive phases: 1) a putting into perspective of the bioethicist's and HCPs' epistemological posture in light of the “*petite éthique*” of Paul Ricœur (1990); 2) an interdisciplinary literature review of “ethical sensitivity” in order to propose a definition of the concept and place it into perspective with other ethical competencies; 3) the development of a framework regarding professional ethics

and identity (*professional ethics identity tendencies*, PEIT), inspired both by the self theory and Blasi's Identity modes. These PEITs provide a normative benchmark related to the construction of identity in the health care context and suggest some innovative avenues for professional ethics research and education. This research wish to elaborate the theoretical foundations that will be utilised further in the future to develop the model of deontological reflexivity (MDR).

Keywords: professional ethics, bioethics, moral development, theoretical framework, education, training, health care professionals, bioethicists, professional deontology, model of deontological reflexivity, MDR.

Table des matières

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	iii
REMERCIEMENTS	xiii
AVANT-PROPOS	xvi
Formation et expérience professionnelle	xvii
Une perspective d’enseignement	xviii
Une histoire personnelle	xx
Résumé.....	xxi
INTRODUCTION	22
Un système de santé en tension : la terre promise de l’éthique	24
Les responsabilités des PDS	26
Éducation à l’éthique professionnelle.....	29
Les outils éthiques disponibles	32
Bioéthiciens et PDS : un duo pour l’éthique professionnelle	36
« Trois temps, un mouvement » : plan de la thèse.....	38
Chapitre 2. Ricœur’s “Petite Éthique”: An epistemological perspective for clinician- bioethicists	39
Chapitre 3. “Everybody wants to go to heaven, but nobody wants to die”: Ethical sensitivity as a gateway to reflexive professionalism in health care practice.....	42
Chapitre 4. An image may be worth a thousand words, but not in professional ethics. Blasi’s identity modes as an aid to building professional ethical identity tendencies (PEIT) for health care professionals	46
Processus théorique.....	48
Une formation en éthique professionnelle inadéquate.....	48

Un modèle pour améliorer la formation en éthique professionnelle (trop analytique et aux outils épars)	49
Conclusion : poser les fondements du modèle de la déontologie réflexive (MDR)	52
CHAPITRE 1. Justification, liens et fondements théoriques	55
Justification et liens théoriques	56
Les théories éthiques, les documents normatifs et les outils de prise de décision	57
La « petite éthique » de Paul Ricœur (1990)	61
L'intention éthique <i>Je-Tu-Il</i>	63
Le <i>Je</i>	63
Le <i>Je-Tu</i>	63
Le <i>Il</i>	64
Les trois niveaux du jugement médical	65
Le niveau prudentiel	66
Le niveau déontologique	67
Le niveau réflexif	68
Résumé	69
Brève clarification sur le concept de compétence utilisé dans le cadre de cette thèse	70
Le modèle des quatre composantes de James Rest (1994)	71
La sensibilité éthique (SE)	72
Le jugement	73
La motivation	74
Le caractère	74
Quelques considérations à retenir	75
Résumé	77
Les modes identitaires d'Augusto Blasi (1984)	79
L'identité selon Blasi : une brève perspective	79
Modes identitaires	81
Les <i>professional ethics identity tendencies</i> (PEIT) en bref	86
Résumé	87
Conclusion	87

CHAPITRE 2. Ricœur’s “Petite Éthique”: An epistemological perspective for clinician-bioethicists	89
Introduction.....	90
A Story for Reflection.....	91
Toward an Ethical Epistemological Perspective: Some Tools from Ricœur.....	94
The “petite éthique” in Brief.....	95
Spontaneous Solitude – the Initial Epistemological Perspective.....	99
A Necessary Transformation into a New Epistemological Perspective	100
Practical wisdom.....	101
Argumentation ethics	103
Imagination	106
Conclusion	106
References.....	108

CHAPITRE 3. “Everybody wants to go to heaven, but nobody wants to die”: Ethical sensitivity as a gateway to reflexive professionalism in health care practice.....	111
Introduction.....	112
Context: Health care as a Complex Workplace	115
Rest’s Four-Component Model and Ethical Sensitivity	119
1) Ethical Sensitivity.....	120
2) Judgment.....	124
3) Motivation	125
4) Character (Implementation).....	126
Summary	127
Teaching Ethical Sensitivity and the FCM	128
Make pedagogical choices (strategy, content) based on sound knowledge.....	129
Avoid sensationalism; adopt a progressive teaching strategy.....	130
Do not entertain, teach	130
Engage in inter/interdisciplinary collaboration and dialogue: show humility	132
Be responsible: walk the talk	132

Conclusion	133
References.....	134
CHAPITRE 4. “An image may be worth a thousand words, but not in professional ethics”: using Blasi’s identity modes to build professional ethics identity tendencies (PEIT).....	142
Introduction.....	143
Identity According to Blasi: A Brief Background	145
Professional ethics identity tendencies (PEIT)	150
Legal dualistic identity tendency	153
Deontological identity tendency	156
Reflexive deontology identity tendency	159
Discussion.....	162
Avoid the checklist approach.....	165
Collateral damage	166
Conclusion	168
References.....	169
CHAPITRE 5. Discussion : Limites et avantages du modèle de la déontologie réflexive.....	173
Perspective méthodologique.....	174
Limites et avantages associés à l’approche théorique.....	174
Limites et avantages associés à l’approche théorique conjuguant philosophie et empirisme.....	176
Perspective théorique	178
Limites et avantages associés au chercheur	178
Limites et avantages associés aux choix des perspectives théoriques	179
Perspective pratique	182
Les limites internes à la personne	182
Les limites externes à la personne	183
Conclusion	183
CONCLUSION.....	185

Aventure théorique.....	187
Préludes à l’aventure.....	188
Base jumping dans la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990, 2001) (chapitre 2).....	189
Les moments <i>spéléologiques</i> de la thèse : la psychologie du développement moral .	190
Premier pas vers la subjectivité – Le modèle des quatre composantes de Rest (1994) (chapitre 3)	190
Destination Identité – Les modes identitaires de Blasi (1984) (chapitre 4).....	191
Programme de recherche.....	193
Premier temps : formulation du MDR	193
Premier axe : la déontologie	193
Deuxième axe : les compétences éthiques (sensibilité, jugement, motivation, caractère).....	194
Troisième axe : l'identité professionnelle	195
En conclusion de la conclusion.....	196
 BIBLIOGRAPHIE.....	 198

Liste des tableaux

Tableau 1. Perspectives théoriques: avantages et désavantages	56
Tableau 2. Les modes identitaires de Blasi.....	83
Tableau 3. Blasi's identity modes & characteristics.....	148
Tableau 4. Blasi's modes and characteristics translated to PEIT	152
Tableau 5. Professional ethics identity tendencies (PEIT) and categories	152
Tableau 6. PEIT's implications for teaching and practice	162
Tableau 7. Limites et avantages du MDR.....	173

Liste des sigles et abréviations

AÉSP : Axe Éthique et Santé des Populations

ASBH : American Society for Bioethics and Humanities

CI : conflit d'intérêts

CRÉUM : Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

DEST : Dental Ethical Sensitivity Test

DIT : Defining Issues Test

DIT-2 : Dental Issue Test-2

ES : ethical sensitivity

FCM : four-component model (James Rest)

FESP : Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal

HCP : health care professional

IRSPUM : Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

ISQua : International Society for Quality in Health Care

MDR : modèle de la déontologie réflexive

MELS : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MJI : Moral Judgment Interview

MQC : modèle des quatre composantes (James Rest)

PDS : professionnel de la santé

PEIT : professional ethics identity tendencies

PERN : Professional Ethics Research Network (Réseau de recherche sur l'éthique professionnelle)

PTI : plan thérapeutique infirmier

REST : Racial Ethical Sensitivity Test

RRSPQ : Réseau de recherche en santé des populations du Québec

SCB : Société canadienne de bioéthique

SE : sensibilité éthique

*À Lise,
à moi de te soutenir dans ton prochain rêve.*

*À Philippe et Olivier,
en espérant que, dans cette course à relais
qu'est la vie, vous continuerez à porter le
flambeau de l'humanité avec courage.*

Remerciements

« By academic freedom I understand the right to search for truth and to publish and teach what one holds to be true. This right implies a duty; one must not conceal any part of what one has recognized to be true. »
Albert Einstein (1879-1955)

Le doctorat est une grande aventure intellectuelle et humaine. Comme toute entreprise digne de ce nom, il requiert un équipage à qui je souhaite exprimer toute ma reconnaissance pour n'avoir pas succombé à la mutinerie. Je dois me confesser : j'ai bien failli quitter le navire plus d'une fois. Chacun d'entre vous, à sa manière, m'a donné le courage nécessaire pour ne pas entrevoir cette avenue comme une réelle option. Ceux qui étaient du voyage le savent : de la proue, je peux voir au-delà des horizons, mais il m'arrive parfois d'oublier de donner le signal pour lever la voile. Une fois la voile levée, je ne fais pas dans la simplicité; les manœuvres peuvent être complexes, mais elles sont franches et précises. Si je me dois une fière chandelle, la reconnaissance que j'éprouve pour chacun de vous ne peut se traduire que sous la forme d'un « fier chandelier ».

J'aimerais tout d'abord exprimer ma gratitude au Dr Bryn Williams-Jones, mon directeur de recherche, intellectuel de haut niveau. J'ai eu un grand plaisir à donner le meilleur de moi-même (intellectuellement et humainement) dans notre « correspondance » et notre relation doctorale. Chacun de tes encouragements m'a permis de faire un pas de plus vers l'avant. Terminer un doctorat requiert, un jour, de le terminer. Ceux et celles qui sont aujourd'hui « docteurs » savent que cette formulation n'est pas redondante. Merci, Bryn, de ne pas avoir attendu pour me donner une dernière petite poussée vers le grand saut. Un doctorat qui met au premier plan la réflexivité n'est pas sans défis personnels. Merci pour ton ouverture, qui m'a inspiré confiance et permis de me confier, de même que pour ces moments d'humour partagés qui attendent souvent au carrefour du dramatique de la bioéthique. Tu fais partie de ceux et celles sachant saisir ces « folies passagères » qui nous font parfois espérer « qu'il n'y a pas de micro dans la pièce ». Modèle inspirant pour les suites de ma carrière en

bioéthique, je reconnais chez toi ton engagement indéfectible et ta passion contagieuse. Nous sommes arrivés à bon port : un « fier chandelier » à nous deux!

Si le succès d'un doctorant dépend en bonne partie de la compétence de son directeur, un conjoint(e) compréhensif(ve) en est un autre ingrédient essentiel. J'exprime toute ma gratitude à ma conjointe, Lise, qui, dans l'ombre éclairant de notre couple, a su me souffler à l'oreille que pour avoir le vent dans les voiles, il ne faut pas perdre le cap. Douze années d'amour et de complicité nous ont outillées pour affronter les aléas des plus grandes tempêtes. Rares sont nos naufrages, et le beau temps persiste. Merci, Lise, pour ta présence, ton écoute et ton précieux soutien tout au long de ce parcours. Ta patience, ton souci d'évoluer et ta ténacité ont toujours été pour moi une précieuse source d'inspiration. J'admire ton intégrité; c'est d'ailleurs, après tes yeux, ce qui me séduit le plus. Nous avons eu le courage et le plaisir de terminer ensemble, et plus liées qu'avant, une autre aventure qui avait le potentiel de nous séparer, comme cela est parfois le cas pour les grands défis. Je t'exprime toute ma reconnaissance pour l'accueil que tu me réserves toujours après mes succès... et, d'ailleurs, également après mes défaites. Sans toi, cette aventure n'aurait pas existé.

Si l'aventure doctorale nous entraîne vers le « large », elle implique l'obligation terre-à-terre du financement. À ce titre, je tiens à remercier chacun des organismes et institutions qui ont cru en mes capacités et misé sur elles en m'octroyant des bourses d'excellence et de rédaction : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport - programme des sciences infirmières (MELS); Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CRÉUM); Faculté de médecine, programme des sciences biomédicales, de l'Université de Montréal; Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM); Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal (FESP) et Université du Québec à Trois-Rivières.

Ma reconnaissance à Béatrice Godard pour son accueil et son soutien aux programmes de bioéthique, ainsi qu'à Marie-Ève Bouthillier pour l'opportunité exceptionnelle de stage en éthique clinique.

Et les moussaillons de tout acabit, toujours les premiers à mettre pied à terre afin de pourvoir à l'accueil des derniers débarqués et de profiter des festivités. Merci à Jocelyne pour

son amitié, son inspiration à l'écriture et à la préparation de conférences : je nous souhaite de nombreuses collaborations. Merci à Jean et à Élisabeth pour leur amitié et les plaisirs qui en découlent. Merci à Huguette et à Reine pour leurs prières. Kathy, Karine, Robert, Pascale, Julien, Truc, Carole et Sophie, merci pour vos précieux mots d'encouragement.

Avant-propos

Bien que notre thèse se veuille un exercice théorique rigoureux et en devenir, elle porte déjà les marques d'une histoire professionnelle et personnelle qu'elle ne peut ignorer. Avant de plonger dans l'univers théorique de la thèse, nous tenons donc, inspirée de la tradition phénoménologique, à *mettre entre parenthèses (bracketing)* les *a priori* de ce projet de recherche – réflexion phénoménologique –, qui s'intéresse à l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé. L'influence du chercheur est inévitable au sein de toutes les traditions de recherche, et l'approche théorique n'y échappe pas (Bachelor et Joshi, 1986). Dans cette optique, la « réflexion phénoménologique » peut être une étape préalable à la recherche permettant au chercheur d'exposer brièvement sa propre conception du sujet (préjugés), comme l'expérience et les savoirs sur lesquels cette conception repose, et de permettre au lecteur d'évaluer plus justement les biais inhérents à cette analyse théorique. Les biais de la recherche, dont nous traitons dans une section subséquente à notre analyse, sont inévitables. La transparence, à laquelle contribue la réflexion phénoménologique, n'*efface* pas les biais d'analyse. Elle offre néanmoins l'avantage d'en minimiser les effets (traduction inappropriée à d'autres contextes, par exemple) en situant le lecteur le plus objectivement possible tout au long du processus d'analyse. Notre conception générale de l'objectivité rejoint la tradition phénoménologique et se résume à la « conscience de notre incontournable subjectivité ».

Les prochaines sections seront donc consacrées à mettre en relief ces influences personnelles et professionnelles qui risquent de teinter, malgré toute rigueur d'analyse, la proposition théorique de notre thèse. Nous dresserons d'abord un bref portrait de notre formation et de nos expériences professionnelles, nous présenterons ensuite notre perspective à l'égard de l'enseignement de l'éthique professionnelle et nous mettrons enfin en lumière certains aspects de notre vie personnelle que nous considérons comme significatifs aux fins de cette entreprise doctorale.

FORMATION ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Infirmière de formation (niveau maîtrise), nous avons pratiqué pendant près de vingt ans auprès de patients et de communautés vulnérables. Notre approche de l'éthique professionnelle est largement teintée par la perspective interdisciplinaire (psychologie, anthropologie médicale, sociologie de la santé, politique) à laquelle nous avons été exposée lors de notre formation professionnelle au baccalauréat et à la maîtrise en sciences infirmières. Notre intérêt pour l'éthique professionnelle dans un contexte de soins – et pour la bioéthique en général – a pris naissance au cœur de cette formation professionnelle, mais également lors de notre pratique professionnelle auprès de diverses clientèles affligées de conditions chroniques (douleur, cancer, démence, etc.). Cet intérêt s'est précisé dans notre mémoire de maîtrise, intitulé *L'expérience de la souffrance chez des personnes affligées de douleur chronique*, ainsi que dans notre pratique professionnelle auprès de ces clientèles, pour culminer finalement dans le cadre de nos activités d'enseignement universitaire (cours, formation continue) auprès d'infirmières issues de divers milieux de pratique (clinique, communautaire).

Instigatrice des stages en santé communautaire au baccalauréat en sciences infirmières et codirectrice d'un projet en promotion de la santé (www.promosante.org) au sein duquel nous avons activement participé au développement d'un outil de calcul de faisabilité politique de projet en santé, nous avons enrichi notre vision et nos compétences à l'égard du *care* d'une perspective sociopolitique. Trois années de formation au Japon et à New York relativement à des stratégies novatrices de soulagement de la douleur et de la souffrance (méditation, Shiatsu) ont également permis de raffiner nos compétences en matière de soins et d'accompagnement de clientèles plus vulnérables. À ce titre, nous avons développé et offert un cours universitaire de trois crédits visant le développement de compétences professionnelles centrales à la profession d'infirmière (empathie, sensibilité éthique, toucher, réflexivité, etc.) et peu investies par les programmes de formation professionnelle en santé.

En raison de ces expériences et activités professionnelles et suivant la perspective interdisciplinaire de notre directeur de recherche, M. Bryn Williams-Jones, notre analyse des

enjeux éthiques dans le contexte des professions de la santé dépasse largement la seule relation « patient-famille/clinicien/collègues » et cherche à explorer de nouveaux territoires. À ce titre, notre vision de l'éthique professionnelle tient compte à la fois de la perspective psychologique et populationnelle dans laquelle s'inscrit cette relation pivot (et vice versa) et ne craint pas les risques inhérents à l'innovation. Cette approche pluridisciplinaire de l'éthique professionnelle se manifeste également dans nos activités professionnelles actuelles : nous nous intéressons notamment aux politiques et à la formation en matière de conflits d'intérêts (CI) chez les professionnels de la santé (PDS); aux défis vécus par les infirmières en contexte de pandémie et au leadership des infirmières en éthique; à la justice sociale et au consentement éclairé en contexte de diversité culturelle et de genre; à l'innovation en transfert des connaissances et au développement d'une culture éthique au sein des organisations de santé. Ces intérêts de recherche s'actualisent à travers notre implication au sein de deux groupes de recherche et de deux réseaux de l'Université de Montréal, qui partagent cette vision plus large de l'éthique professionnelle et de la bioéthique de manière générale : 1) l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (www.IRSPUM.umontreal.ca); 2) le groupe de recherche sur les conflits d'intérêts (www.conflict-of-interest.net); 3) le Réseau de recherche en éthique professionnelle (Université de Montréal et McGill, www.PERN.ca); 4) l'Axe Éthique et Santé des Populations (AÉSP, www.ethiquesantepop.ca) du RRSPQ, que je codirige. L'ouverture et le soutien de notre directeur de recherche, jumelés à son expertise pluridisciplinaire, sont donc des atouts qui contribuent à la direction de notre thèse.

UNE PERSPECTIVE D'ENSEIGNEMENT

Notre perspective d'enseignement s'inscrit dans un continuum clinique-populationnel, ce qui permet de décloisonner l'éthique clinique (infirmière ou médicale, par exemple), généralement associée à la relation professionnel/patient en contexte hospitalier, en l'inscrivant dans une visée institutionnelle et sociale où le PDS est un acteur actif de transformation des systèmes, des politiques et des pratiques. Inversement, cette approche réflexive permet à l'éthique en santé publique, habituellement envisagée exclusivement sur le plan des politiques

et des systèmes, d'inclure une perspective relationnelle et de soins (*care*) qui valorise une participation active des PDS en santé publique dans l'humanisation de l'entreprise de santé. L'*empowerment* des étudiants est caractéristique de notre enseignement : le but premier est de construire une *relation* de confiance en ajustant le rapport à l'autorité (la discipline) et les contenus en fonction des clientèles cibles (1^{er}, 2^e ou 3^e cycle), des types de formation (formation de base ou formation continue) et des objectifs poursuivis (acquérir des compétences de base ou parfaire son expertise).

Les contenus de nos cours s'appuient sur les résultats probants de la recherche de pointe en bioéthique, et les méthodes pédagogiques que nous utilisons visent principalement à stimuler la discussion, à soutenir le développement d'une analyse critique chez les étudiants et à renforcer les compétences en contexte d'intervention interdisciplinaire et en recherche. Nous donnons de nombreux exemples issus de notre expérience professionnelle comme infirmière et bioéthicienne, et nous proposons la consultation de matériel pédagogique varié (podcast, vidéos, films, webinars, etc.) qui met en lumière des perspectives (théorique, pratique) complémentaires et divergentes autour desquelles nous animons des discussions en petits et en grands groupes. L'élaboration, la planification et la présentation d'un projet en éducation pour la santé sont un exemple de travail de fin de session exigé dans le cadre des cours liés à l'éducation pour la santé. Certains projets ont été adoptés au sein d'organisations de santé. L'expérience nous démontre que cette approche pragmatique aide l'étudiant à construire une meilleure confiance en soi.

Notre expertise et notre enseignement en lien avec les pratiques complémentaires de soins nous permettent d'explorer et de mettre à l'épreuve des stratégies pédagogiques novatrices (journal de bord, massothérapie, méditation) pour soutenir le développement de compétences professionnelles plus abstraites (empathie, sensibilité éthique, courage, etc.) ainsi que sensibiliser les étudiants aux différentes dimensions de la relation à soi et à autrui (réflexivité, toucher) propres aux PDS. Somme toute, si la recherche occupe une place centrale dans nos activités, l'enseignement est un chemin *naturel* vers l'excellence des pratiques professionnelles en santé répondant aux responsabilités conférées par le privilège social du statut professionnel. Une éthique de la responsabilité teinte l'ensemble de nos activités professionnelles et personnelles.

UNE HISTOIRE PERSONNELLE

Consacrer plus de cinq années à un projet de doctorat et, par surcroît, en bioéthique n'est pas un choix banal, étranger à notre histoire personnelle. Par pudeur, il n'est pas simple de trouver le bon dosage pour rendre compte de la teinte inévitablement personnelle d'un tel projet. Nous demeurerons toutefois fidèle à notre intention réflexive en offrant certaines grandes lignes de notre histoire que nous considérons comme en résonnance avec notre entreprise de recherche. Influencée par la tradition réflexive de la phénoménologie (largement utilisée en sciences infirmières) ainsi que par une démarche personnelle de plusieurs années en psychologie dynamique et en méditation, nous croyons que toute entreprise personnelle et professionnelle est mue par un souci d'évolution. Cette évolution contribue à la fois à construire une meilleure confiance (envers soi-même et les autres), à cultiver le souci pour autrui et à développer le courage nécessaire à la poursuite d'idéaux humains. Bien que nous soyons issue d'un milieu favorisé économiquement et intellectuellement, notre parcours de vie a été difficile et des choix se sont rapidement imposés. Le sens de la responsabilité, dans l'idée de faire des choix conscients, est né très tôt. Après toutes ces années de vie, d'études, de pratique professionnelle et de travail sur soi, nous comprenons mieux comment l'enfance peut contribuer à définir l'adulte citoyen. Que l'enfance ait été plus ou moins difficile, nous constatons que le « devenir responsable » appelle des efforts de réflexivité. « Devenir soi-même » est un défi exigeant et qui comporte ses risques. Dans le contexte de la pratique professionnelle, ces efforts deviennent obligés. Par exemple, ne pas prendre soin adéquatement de patients souffrant d'un cancer en phase terminale en raison d'une angoisse (consciente ou inconsciente) associée à sa propre mort ou démontrer de l'agressivité à l'égard d'un patient schizophrène en raison de préjugés contre la maladie mentale sont des comportements pourtant bien présents chez plusieurs PDS. Notre histoire n'est pas toujours celle que l'on aurait souhaité avoir. Notre responsabilité ne s'enracine pas principalement dans ce que nous faisons, mais dans ce que nous sommes, et là est tout le défi pour améliorer le monde. L'équilibre entre le respect de soi et le respect d'autrui ne va pas de soi. Notre thèse s'inscrit dans cette dynamique de l'effort et de la réflexivité, non pas par masochisme, mais

par paisible conviction qu'aucun d'entre nous, professionnels inclus, n'est réellement épargné des épreuves de la vie.

RÉSUMÉ

Ce projet de thèse de doctorat est donc une suite logique et humaine à notre parcours personnel et professionnel. Cette réflexion phénoménologique a permis de mettre en lumière certains de nos préjugés à l'égard de l'éthique professionnelle pouvant contribuer à introduire des biais à notre réflexion dans le cadre de cette thèse – valoriser, par exemple, une approche réflexive éclairant la responsabilité du PDS, une perspective dont le pivot est la sensibilité envers l'autre ou l'identité comme vecteur de l'action. Les directions idéologiques que nous valorisons ne sont pas le fruit du hasard. Le lecteur ne sera donc pas surpris de constater l'influence d'auteurs tels que Paul Ricœur, humaniste contemporain, James Rest, dont le modèle pluraliste a marqué le domaine de la psychologie du développement moral, ou Augusto Blasi, pionnier largement controversé pour sa perspective expérientielle identitaire en psychologie du développement moral.

Introduction

Enron, Madoff, Norbourg, Barclays, Bre-X : ces nouveaux mantras du XXI^e siècle résonnent à l'unisson et font des petits dans l'arène mondiale de l'immoralité. Des sociétés entières, touchées par le souffle de valeurs individualistes mettant au premier plan les impératifs économiques et la productivité, relèguent l'humanisme et l'éthique au second rang des belles paroles (Banerjee, 2008; Devinney, 2009). Une épidémie de tricheries au sein des institutions d'enseignement (Harper, 2006; Owens and White, 2013), une intégrité malmenée en recherche (Martin, 2013; Oransky and Marcus, 2010), un cynisme politique sans précédent (Dancey, 2012), un bris de confiance à l'égard des institutions publiques et de leurs acteurs (Larson and Heymann, 2010; Master and Resnik, 2013) sont quelques éléments qui composent la toile de fond du climat social en Amérique du Nord et en Europe. Les systèmes de santé et leurs acteurs (professionnels de la santé, gestionnaires, patients, etc.) n'échappent pas aux conséquences désastreuses de la crise des valeurs d'humanité qui bouleverse les sociétés modernes (la déshumanisation des soins, par exemple).

En effet, l'émergence sans cesse croissante des défis éthiques rencontrés au sein des systèmes de santé, et principalement attribuables à une variété de facteurs socioéconomiques (tels que la limitation des ressources, la multiplicité des acteurs et de leurs intérêts ou le vieillissement de la population), a forcé les enseignants et les programmes de formation des professionnels de la santé (PDS) à considérer très sérieusement la formation à l'éthique de ces professionnels. En cette ère où les défis moraux se posent en filigrane dans la société, l'éducation à l'éthique professionnelle devient nécessaire pour le façonnement de PDS éthiquement responsables. Devenir un PDS n'est pas une tâche facile. C'est sur une base quotidienne que ces professionnels (infirmières, médecins, physiothérapeutes, etc.), dans un contexte de multidisciplinarité imposant ses propres défis, rencontrent des patients vulnérables confrontés, ainsi que leurs proches, à des situations de vie et de mort émotionnellement difficiles : des parents faisant face à des choix déchirants concernant leur enfant dont la vie dépend d'un respirateur; des patients d'un pays en développement qui ne peuvent avoir accès à une assistance médicale minimale en raison de problèmes politiques; des politiques institutionnelles qui contribuent à détériorer la qualité de vie au travail des PDS; un patient

handicapé, retrouvé dans sa maison, souffrant d'incontinence et refusant d'être hospitalisé; un patient âgé avec qui il est difficile de communiquer et que, en un sens, nous devons abandonner. Dans le contexte des pratiques professionnelles en santé, ces situations appellent inévitablement l'analyse éthique, la prise de décisions et l'action.

Il appert néanmoins que cela est « plus facile à dire qu'à faire ». Le passage de l'analyse et de la discussion éthique animée et intéressante dans la salle de classe au choc de la réalité des situations, où le PDS est investi totalement (cognitivement, émotivement) en tant qu'acteur principal, est monnaie courante. « Quand va-t-on *faire* de l'éthique? » nous demandent, de manière insistante, les membres d'un comité d'éthique clinique au sein duquel existent de nombreux conflits internes, miroir vibrant de la culture organisationnelle dans laquelle ils évoluent. Trouver le courage pour s'exprimer sur les tensions qui existent entre les membres du comité et qui les touchent directement de même que travailler de concert pour rétablir le dialogue et nourrir le lien de confiance pour permettre au groupe de mûrir ne semblent pas faire partie du projet éthique des organisations de santé et de leurs acteurs. On veut analyser et agir sur les problèmes des autres, et après tout, comme nous l'a déjà mentionné un médecin d'expérience, « l'éthique, ce n'est pas si difficile que ça ». L'éthique est devenue hors « de nous-mêmes », notamment parce que nous apprenons principalement à réfléchir sur l'éthique et non à la vivre. Nous analysons, avec une grande vitalité et curiosité intellectuelle, les situations éthiques complexes qui nous sont soumises comme si l'intelligence n'était que l'unique préalable à l'éthique.

Si ces processus éthiques de nature cognitive apparaissent plus tangibles, utiles, voire plus « réels » pour l'observateur, nous devons nous demander si cette perspective rationnelle, en elle-même, est suffisante pour le façonnement de PDS éthiquement compétents, c'est-à-dire qui ne *sauront* pas seulement ce qu'il faut faire dans une situation, mais qui *agiront* en fonction de ce jugement, quelles que soient les conséquences (positives ou négatives) de leurs actions sur eux/elles (par exemple le rejet des pairs).

Les problèmes éthiques rencontrés par les PDS sont de plus en plus complexes, et la formation professionnelle ne semble pas s'adapter à cette réalité. Les programmes de formation à l'éthique dans les professions de la santé, lorsqu'ils existent, se limitent généralement à un ou à deux cours traitant principalement des aspects juridiques de la

profession (telle la déontologie), ainsi qu'à l'enseignement magistral de théoriques éthiques (le principisme, par exemple) (Hudon *et al.*, 2013). Les besoins de formation à l'éthique chez les professionnels de la santé sont criants (Hudon *et al.*, 2013; Jain *et al.*, 2011; Longman, 2013; Silverman *et al.*, 2013). Et encore plus préoccupant, il appert que les stratégies d'enseignement (cours magistraux et études de cas) tiennent surtout compte de la dimension cognitive de l'éthique au détriment de ses dimensions affectives et expérientielles pourtant reconnues essentielles à l'expérience morale (Molewijk, Kleinlugtenbelt and Widdershoven, 2011; Rest and Narvaez, 1994; Turiel, 2006; Blasi, 2004, 2004a).

Un système de santé en tension : la terre promise de l'éthique

Malgré elle, et malheureusement, l'éthique jouit d'une image peut-être un peu trop positive; *faire* de l'éthique est souvent interprété comme une perspective de nivèlement des tensions. Un éthicien sénior disait même qu'il se sentait appelé par l'éthique car, mentionnait-il, « je n'aime pas les conflits ». Nous suggérons que, dans cette logique de l'action, on aborde l'éthique, au mieux, comme une recherche de solution sans équivoque (noire ou blanche) et, au pire, comme un refuge « pour ne pas être légalement poursuivi ». Par exemple, un médecin se demande s'il risque d'être poursuivi légalement s'il néglige de présenter toutes les options de traitement à son patient. Une infirmière, pour sa part, cherche *la faille de la loi* qui lui permettrait de briser le secret professionnel concernant un patient qui suscite chez elle un sentiment de dégoût (notamment un pédophile). Justifié par les efforts de recherche de *la* solution qui permettrait d'apaiser une fois pour toutes l'incertitude et l'inconfort vécus au sein de situations émotivement délicates par le PDS, on se proclame *éthique*. L'éthique, dans une perspective profane, semble davantage guidée par la recherche d'un certain bien-être personnel au détriment de solutions qui servent les intérêts des patients et de la communauté, et qui pourraient susciter des émotions perçues négativement (par exemple l'incertitude ou la culpabilité de devoir choisir).

La présence de tensions, dans le contexte des soins de santé, est une réalité inévitable. Le système de santé regroupe une multitude d'acteurs (intervenants, gestionnaires, syndicats, conseils professionnels, etc.) aux intérêts (le bien du patient ou le bien de l'organisation) et

aux valeurs diversifiés (le respect de la personne humaine ou la performance), qui non seulement entrent fréquemment en conflit, mais sont souvent irréconciliables (Parand *et al.*, 2010). Les PDS composent quotidiennement avec de nombreux défis émotionnels découlant, par exemple, de la tension entre leur désir de prendre soin adéquatement des personnes malades (selon les standards professionnels et en conformité avec les normes et les devoirs inscrits dans leurs codes de déontologie) et le manque de temps pour le faire étant donné la rareté des ressources (humaines, économiques, etc.). Ce type de tensions (ex.: entre gestionnaires et PDS), notamment parce qu'elles menacent directement l'intégrité de la pratique professionnelle – donc l'identité professionnelle – peut éventuellement avoir un effet néfaste sur la qualité des soins aux patients et à la communauté (Atun, 2003; Degeling *et al.*, 2003).

En plus de la quête de l'*immunité légale* (comment ne pas être poursuivi) et de la résistance à l'injonction paradoxale (tension entre intérêts économiques et de soins) (Lambert and Blondeau, 1999) la perspective populationnelle qui vient chapeauter l'entreprise clinique (approche individuelle) n'est pas sans ajouter aux tensions que doivent vivre au quotidien les PDS. « Devons-nous privilégier le bien-être du patient ou celui de l'organisation? » est une des multiples questions posées par les PDS confrontés, par exemple, à un patient (vivant à domicile) qui refuse catégoriquement l'hospitalisation bien que sa condition le commande médicalement (Janssen, Regenmortel and Abma, 2012; Laliberté *et al.*, 2013).

Les perspectives d'analyse des défis éthiques rencontrés par les PDS ne se limitent plus au seul espace de la relation intervenant/patient, pas plus qu'elles ne trouvent de solution sans équivoque au sein des codes de déontologie professionnelle ou de tout autre document normatif. Les politiques de santé, le développement technologique, la recherche, le contexte sociopolitique, le climat organisationnel et la santé des populations sont autant d'exemples de dimensions qui influent sur la relation intervenant/patient et qui doivent être prises en compte dans l'équation éthique des PDS. Ainsi, l'expérience éthique, dans le contexte des professions de la santé, est complexe non seulement parce qu'elle implique de multiples processus internes aux PDS (cognitifs et émotionnels) permettant l'acquisition et l'expression des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être particuliers à l'éthique professionnelle, mais également en raison

de la complexité du contexte dans lequel elle s'inscrit (diversité des valeurs et des intérêts, contexte social et politique, contrat social).

L'éthique, comme le souligne avec brio Paul Ricœur (Ricœur, 2001, 1995, 1990), est d'abord et avant tout un projet démocratique du « bien vivre ensemble ». La croyance en la *terre promise* d'une éthique qui viendrait niveler les tensions est, ainsi que le suggère cette thèse, non seulement illusoire, mais également risquée. Cette approche, que Ricœur qualifierait de naïve, ne peut que susciter cynisme et déception chez les PDS. Ainsi, comment est-il possible, dans une perspective éthique, d'aspirer à l'amélioration des pratiques professionnelles dans un contexte de soins où les tensions sont inévitables, voire immuables?

Les responsabilités professionnelles des PDS ne se limitent plus uniquement à la relation avec le patient, ce qui décloisonne également l'éthique professionnelle, tel que nous l'avons mentionné, en la transposant au sein d'espaces sociopolitiques. Un bref survol des différents niveaux de responsabilités professionnelles inhérents aux professions de la santé nous apparaît utile pour mieux saisir la nécessité d'une éthique professionnelle robuste.

Les responsabilités des PDS

Les professions de la santé, par la responsabilité sociale qui leur incombe, ne peuvent laisser au seul sens commun de leurs membres le poids des délicates questions éthiques rencontrées dans la pratique quotidienne. Les défis contemporains de l'éthique professionnelle s'inscrivent dans une réalité socioéconomique qui fait pression sur l'ensemble des professions de la santé (Molina-Mula et De Pedro-Gómez, 2013) et impose des choix en pratique souvent difficiles pour les PDS (distribution des ressources, accès compromis aux soins et à des traitements médicaux nécessaires, diminution de la qualité des soins, etc.).

Par ailleurs, si les professionnels de la santé exercent dans des contextes similaires, ils ne sont pas tous assujettis aux mêmes responsabilités et ne possèdent pas les mêmes droits et pouvoirs politiques au sein du système de santé. Si cette thèse souhaite faire un premier pas vers l'identification et l'organisation des principaux lieux communs (tels que la tension entre impératifs économiques et humains, les compétences éthiques requises, les principaux repères du développement identitaire) de l'éthique professionnelle des PDS, elle ne prétend pas

prendre en compte la complexité propre à chacune de ces professions. Or, étant donné notre formation et notre expérience à titre d’infirmière, nous croyons toutefois possible, en mettant brièvement en lumière l’étendue des responsabilités de ces professionnelles ainsi que les principaux outils dont elles disposent, de présenter une image assez précise de l’ampleur des responsabilités et des lacunes en éthique inhérentes aux professions de la santé. L’idée générale étant de saisir la complexité de la pratique professionnelle en santé et l’importance de mieux outiller les PDS en matière d’éthique. Nous tenons à préciser que le but de notre thèse n’est pas de développer un cadre éthique spécifiquement pour les infirmières – même si nous y puiserons de nombreux exemples –, mais plutôt de proposer un cadre général qui sera pertinent pour tous les PDS – de même que pour les bioéthiciens, groupe qui n’échappe pas complètement aux défis rencontrés par les PDS.

Les privilèges qu’offre l’exercice d’une profession s’accompagnent inévitablement de responsabilités auxquelles doivent se conformer les membres (ÉditeurOfficiel, 2009). Par exemple, celles dédiées à promouvoir et à remédier aux problèmes de santé de la population, ainsi qu’à répondre aux exigences éthiques qui en découlent, sont au cœur des préoccupations de la profession d’infirmière (OIIQ, 2007). Si le champ de pratique de l’infirmière s’étend de la clinique à la communauté, en passant par la recherche et l’enseignement, l’éventail de ses lieux d’influence est tout aussi varié. Ses nombreux avis et mémoires (Durand, 2013; Lapointe, 2010; OIIQ, 2012a), prises de position et commentaires (OIIQ, 2012, 2012b) en lien à des projets de loi, des politiques et des réformes, comme sur des dossiers d’actualité tels que l’euthanasie (Lapointe, 2010), rendent compte de l’implication sociale et politique des infirmières.

La conciliation, d’une part, des intérêts propres à chacun de ces niveaux d’activité de la profession et, d’autre part, le désir de protéger le public ne vont pas de soi et ne sont pas sans implications éthiques (Burkhardt *et al.*, 2010). Le respect de la personne, confronté à la nécessité de faire évoluer les connaissances, en est un exemple probant. Les nombreuses décisions éthiques que sont amenées à prendre les infirmières ne se limitent donc pas exclusivement au secteur de la pratique clinique et à la relation infirmière/patient. Elles s’étendent à leur participation active dans l’élaboration des politiques de santé, ainsi qu’à leur

implication au sein de comités, de conseils et de groupes de travail régionaux, nationaux et internationaux (Burkhardt *et al.*, 2010).

Le métier d'infirmière appelle de nombreuses responsabilités qui se concrétisent dans des tâches tout aussi diverses et reliées à la pratique clinique au sein d'un large éventail de milieux dont les particularités sont déterminées majoritairement en fonction des types de clientèle, des pathologies ou de l'approche (gériatrie, pédiatrie; oncologie, pneumologie, psychiatrie; santé communautaire, pratique privée, pratique clinique) (OIIQ and FMOQ, 2005). Ses tâches professionnelles sont multiples : elles comprennent tant les soins de base et de confort que la relation d'aide, l'ordonnance collective, l'administration, l'organisation communautaire, la tenue du plan thérapeutique infirmier (PTI) ou la manipulation de technologies de pointe (OIIQ, 2012b). À ces responsabilités professionnelles s'ajoutent, par ailleurs, les exigences en matière d'éthique d'Agrément Canada¹ pour les organisations de santé et leur personnel. À ce titre, les organisations de santé sont tenues de mettre en place des infrastructures éthiques (comités d'éthique clinique et de la recherche, formation, embauche de bioéthiciens, etc.) destinées à soutenir la réflexion de nature éthique des acteurs de la santé (tels les PDS et les gestionnaires). Les PDS, bien qu'ils soient les principaux acteurs en éthique professionnelle, se font néanmoins discrets à l'égard de ces ressources, en termes de participation et de consultation (Whitehead *et al.*, 2009).

Cette brève incursion dans l'univers des responsabilités professionnelles des infirmières nous permet de constater l'importance et la complexité des défis éthiques auxquels les PDS sont potentiellement exposés. En dépit de cette situation, il appert que les infirmières et d'autres PDS expriment un besoin criant de formation et de soutien à l'éthique professionnelle (Lillemoen and Pedersen, 2013; Dauwerse *et al.*, 2011; Silverman *et al.*, 2013).

¹ « Agrément Canada est un organisme privé sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux nationaux et internationaux un examen, qui est mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de leurs services selon des normes d'excellence. » (Agrément Canada, ressource électronique consultée le 16 septembre 2013. [<http://www.accreditation.ca/a-propos/>])

Éducation à l'éthique professionnelle

L'éthique se décline en savoirs, en savoir-faire et en savoir-être (Bebeau and Monson, 2012; Blasi, 1995, 2004; Lapsley and Power, 1998; Blasi, 2004a). Il existe une variété de processus psychologiques (cognitifs et émotionnels) à l'œuvre lorsqu'une personne agit de manière éthique – la sensibilité éthique, le jugement, le caractère et la motivation en sont les principaux (Bebeau, 2002). Si la sensibilité et le jugement éthique sont deux *compétences* empiriquement différentes, les stratégies pédagogiques utilisées dans l'enseignement de l'éthique négligent clairement la première (émotionnelle) au profit de la deuxième (cognitive). Dans un tel contexte, l'identité professionnelle se définit presque exclusivement à partir de critères externes aux PDS (les connaissances spécialisées, l'appartenance à un groupe particulier, etc.), et un bon jugement éthique est considéré, à tort, comme source principale de motivation à l'action éthique. Suivant cette perspective, être *professionnel* dans le contexte des professions de la santé (c'est-à-dire agir éthiquement et offrir les soins et les traitements appropriés) se réduit au fait que la personne a complété avec succès le programme de formation (axé sur la rationalité, les compétences analytiques et les comportements) et a été évaluée de manière objective (au moyen notamment de tests écrits et d'observations cliniques). En d'autres termes, le principal critère sur lequel se fonde la question du professionnalisme dans les professions de la santé est la capacité d'une personne à maîtriser un corpus spécialisé de connaissances et des habiletés professionnelles (surtout techniques) propres à sa profession. À partir de ce critère, la personne est tenue pour être un *professionnel* de la santé, donc éthiquement compétente, considérant, par ailleurs, que l'expérience professionnelle future permettra la maturation éthique du PDS.

Être un PDS – dans une perspective identitaire – est donc principalement évalué à partir de référents objectivement observables d'une perspective externe au PDS. Cette situation néglige la perspective subjective, émotionnelle et interne au PDS, dimensions auxquelles notre thèse s'intéresse particulièrement. Malgré l'évidence que les PDS doivent développer leur jugement éthique par l'acquisition, notamment, de connaissances spécialisées en lien avec l'éthique professionnelle (par une appropriation des codes de déontologie, des politiques de santé, des lois et des théories éthiques) et supportées par une variété de stratégies pédagogiques destinées au développement de ces compétences analytiques (étude de cas,

débats, cours magistraux, etc.), et que ces apprentissages doivent être évalués objectivement, nous devons nous questionner sur l'existence d'autres dimensions (de nature subjective, par exemple) potentiellement contributives à la maturation éthique de ces professionnels. Dans l'acte de soigner ou d'éduquer un patient, par exemple, ne doit-on pas se questionner au-delà de la justesse du contenu et de la précision technique de l'intervention pour en saisir réellement sa qualité éthique? Les compétences éthiques (sensibilité éthique, jugement éthique, caractère et motivation) que doit développer le PDS sont multidimensionnelles et ne peuvent se limiter au jugement éthique (Rest and Narvaez, 1994).

De plus, en matière d'éthique, comme cela peut être le cas dans d'autres domaines, la tentation de se soustraire à des stratégies appelant un effort réflexif est bien présente (Bebeau and Monson, 2008). Si nous souhaitons tous évoluer dans un monde priorisant le respect de la personne humaine ou la justice sociale, il semble que nous soyons beaucoup moins enclins à y investir les efforts nécessaires. Les évaluations effectuées par les étudiants peuvent être un bon moyen d'enrichir l'enseignement, mais elles peuvent également mener à son nivèlement par le bas si elles ne sont pas développées et appliquées adéquatement (Gravestock and Gregor-Greenleaf, 2008; Crumbley and Reichelt, 2009). Se soumettre à l'inconfort de l'effort réflexif ne va pas de soi, et il peut être tentant de résister (souvent inconsciemment) à des stratégies qui nous y forcent (Bebeau and Monson, 2008).

Cette tendance ne se limite pas aux étudiants : certains enseignants peuvent également être tentés de répondre aveuglément aux demandes des étudiants afin d'éviter les conflits et d'obtenir une bonne évaluation, ou par simple ignorance et manque de maturité (Crumbley, Flinn and Reichelt, 2010; Schneider, 2013; Larry, Crumbley, Flinn and Reichelt, 2012). Nous suggérons que, jumelé à une tendance sociale à l'individualisme, ce possible contrôle implicite du niveau de confort par les étudiants et les enseignants peut rendre difficile, voire impossible dans certains cas (manque de confiance ou absence de soutien à l'enseignant, entre autres), le développement de l'ensemble des compétences éthiques requises pour *être* réellement éthique. *Être professionnel*, c'est-à-dire reconnaître, analyser et agir de manière appropriée, est particulièrement difficile lorsque les PDS sont confrontés à des situations complexes en milieu clinique, d'autant plus si ces professionnels ne possèdent pas toutes les compétences requises (intellectuellement et émotionnellement).

L'éthique se réduit finalement à l'action, au désir de *faire* la différence et à l'application de « solutions toutes faites », ce qui va parfaitement de pair avec la *culture de l'action* des programmes de formation des PDS. En effet, de nombreuses études traitant de l'expérience des PDS à l'égard des diverses problématiques éthiques rencontrées en pratique (Pavlish *et al.*, 2011; Ulrich *et al.*, 2010; Hermsen and van der Donk, 2009; Carnevale *et al.*, 2012; Brazil *et al.*, 2010; Lütznén *et al.*, 2010) démontrent que, bien qu'ils aient développé les compétences analytiques requises, plusieurs PDS présentent des faiblesses importantes par rapport à d'autres compétences essentielles (Kenny and Shelton, 2006).

Cette éthique, si elle aiguisé nos facultés intellectuelles, a le désavantage de protéger les aspirants PDS des réflexions sensibles qui pourraient soutenir le développement d'une maturité nécessaire à l'action en pratique. Concilier l'obligation professionnelle de satisfaire aux plus hauts standards de pratique des professions (réussir le curriculum, par exemple) et la considération de l'ensemble des compétences éthiques – donc de l'individu – pose un défi important. L'enseignement de l'éthique professionnelle peut-il se payer le luxe du dangereux confort de la rationalité au détriment du bien-être et de la sécurité des patients et des communautés vulnérables? Qui est donc ce PDS éthiquement responsable sur qui les patients, la communauté et la société peuvent compter?

Rapatrifier l'éthique au cœur de l'agent en prenant notamment en compte l'ensemble des compétences éthiques (sensibilité éthique, jugement, caractère, motivation) peut, tel que déjà mentionné, nous extirper de notre zone de confort. La tour d'ivoire d'une *éthique du confort* a fait des sans-abri – les PDS – et a largement contribué à faire miroiter l'image de la terre promise de l'éthique, qui risque fort de poser quelques problèmes de déconstruction. Le jugement éthique ne garantissant pas l'action éthique, il est fort à parier que les stratégies d'enseignement (axées sur le jugement) ne parviendront pas à outiller adéquatement les PDS pour agir dans des situations éthiquement difficiles. La prochaine section présente un bref survol des outils dont disposent les infirmières – et, de manière générale, les PDS – pour l'enseignement et la pratique en éthique professionnelle. Le but de cette section n'est pas d'analyser ces outils dans le détail, mais d'exposer brièvement leurs principales contributions et limites à l'égard de l'éthique professionnelle.

Les outils éthiques disponibles

Les outils actuellement disponibles pour soutenir les PDS quant aux différents enjeux éthiques rencontrés en pratique, se divisent généralement en trois catégories. La première concerne les *documents officiels* (les codes de déontologie provincial, national et international; la Loi canadienne sur la santé; la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec; le Code civil; les codes criminel et civil; les politiques et règlements institutionnels). La deuxième se rapporte aux *théories éthiques* (éthique de la vertu, éthique du *care*, principisme, théories de la justice), et la troisième se réfère aux *outils de prise de décision éthique* développés pour des professions en particulier – comme, par exemple, en sciences infirmières (Oberle and Bouchal, 2009; Blondeau, 1999; Saint-Arnaud, 1999, 2009; Huston, 2013) en médecine (Herring, 2012; Sugarman and Sulmasy, 2010) ou en ergothérapie (Drolet, 2013).

Si la littérature décrivant les multiples défis éthiques que rencontrent les PDS dans leur pratique quotidienne est abondante et florissante (e.g., sciences infirmières : Johnstone *et al.*, 2004; Austin, 2007; Quaghebeur, 2009; médecine : Carnevale *et al.*, 2012; MacKenzie *et al.*, 2013; physiothérapie : Hudon *et al.*, 2013; Reamer, 2012; travail social : Reamer, 2012), celle permettant de mieux comprendre comment utiliser ces différents outils afin répondre à la complexité de ces enjeux éthiques s'avère, en nombre, plus modeste.

Ces documents offrent des données pertinentes et incontournables pour les infirmières (et autres PDS) aux prises avec des problématiques éthiques, mais leur statut indépendant en fait des ressources disparates, dont l'utilité et la pertinence en regard de l'éthique professionnelle (pratique et éducation) ne sont pas toujours simples à comprendre et à utiliser par les PDS en pratique. Certains se concentrent sur une problématique particulière (telle que les enjeux éthiques en fin de vie), d'autres adoptent des fondements théoriques différents de ce que notre projet veut proposer, et presque tous convergent sur le développement de compétences éthiques analytiques. De plus, leur visée généralement pragmatique, visant la prise de décision en situation, oblige à faire des compromis théoriques par rapport aux fondements philosophiques qui les sous-tendent et ce sur quoi notre projet souhaite notamment se pencher.

Dans le feu de l'action, par exemple, comment l'infirmière peut-elle tirer profit de ces documents (sans liens explicites et dont les contenus sont parfois contradictoires) pour la prise de décision touchant des situations éthiquement problématiques? Les infirmières comprennent-elles bien les liens entre ces différentes ressources et la manière de les utiliser? Ces documents sont-ils suffisants pour soutenir le façonnement de PDS éthiquement matures (intellectuellement et émotionnellement)? Les divers règlements et lois (la loi sur les maladies à déclaration obligatoire, les règlements d'un établissement relativement aux accommodements raisonnables, les codes de déontologie, les lois sur la santé, etc.) sont des incontournables quand vient le temps de déterminer les limites des responsabilités légales des acteurs impliqués dans une situation potentiellement litigieuse, mais ils ne peuvent à eux seuls encadrer les réflexions éthiques. Or, en pratique, nous observons que plusieurs PDS réduisent l'éthique à l'application directe de prescriptions déontologiques. De manière concrète, les questions qui nous sont généralement adressées, à titre de bioéthicienne, se résument à des préoccupations de nature légale formulées à peu près en ces mots : « Puis-je être poursuivi? ». Cette réduction des questions éthiques à leur simple dimension légale et aux intérêts du PDS n'est pas sans risque, car elle évacue les besoins et intérêts particuliers du patient et de la communauté.

Les théories éthiques, dont nous traiterons plus en détail au chapitre 1 de cette thèse, bien qu'elles soient des outils indispensables en éthique professionnelle, ne suffisent pas en soi pour répondre aux défis de la pratique. Ces théories, faut-il le préciser, sont souvent victimes des limites des interprétations que l'on en fait (Mill, 2009). À ce titre, il nous apparaît important de noter que les théories se développent dans des contextes sociaux et politiques particuliers qui déterminent, en quelque sorte, l'étendue de leur application. Autrement dit, elles répondent à des besoins particuliers propres aux spécificités de leur époque (Sorell, 2000). Il est donc logique que les théories classiques ne répondent pas en totalité à la complexité caractéristique des problèmes éthiques contemporains. « [If one theory] applies reasonably well, and while the others do not, that does not show they are without useful applications in other areas; perhaps it is a mistake to expect each theory to have the same scope as the next » (Sorell, 2000). Inscrite dans le domaine de la bioéthique, notre prétention n'était pas de développer une connaissance approfondie des théories éthiques ni d'en faire une

analyse approfondie qui mettrait en lumière leurs lacunes et leurs forces respectives afin d'y répondre par l'élaboration d'une théorie plus *appropriée*. Cette entreprise dépasse non seulement nos compétences, mais également le but de cette thèse et la visée de l'éthique. Notre objectif est beaucoup plus modeste. D'une part, il consiste à mettre en lumière le fait que, malgré la richesse des outils disponibles pour soutenir l'enseignement et la pratique en éthique des PDS, les manières de les utiliser (c'est-à-dire isolément) et de les interpréter (c'est-à-dire de manière réductrice) peuvent laisser croire, notamment, à une compréhension mitigée de ce qu'est l'éthique et de ses constituants. D'autre part, il consiste à mettre en lumière le fait que les outils disponibles pour l'enseignement de l'éthique professionnelle contribuent à privilégier le développement de *compétences* cognitives au détriment de *compétences* affectives associées à l'expérience éthique des PDS.

Dans cette perspective, les différents outils de prise de décision à la disposition des PDS tels que décrits précédemment peuvent également être réduits à leur plus simple expression s'ils ne sont pas interprétés et utilisés de manière adéquate. Par exemple, les auteurs de ces ouvrages, qui offrent habituellement aux PDS la possibilité de se familiariser avec plusieurs théories éthiques, sont souvent soumis à des limites d'espace rédactionnel qui les obligent à réduire, de manière significative, les explications en lien avec chacune de ces théories complexes. Certaines se limitent à quelques paragraphes qui permettent au lecteur d'en saisir les grandes lignes et l'outillent en vue de discussions de cas proposées ultérieurement par l'auteur. La plupart de ces outils de prise de décision sont développés suivant une perspective pragmatique qui les oblige à une certaine économie du théorique au profit de la pratique, où la décision et l'action sont garantes de la performance professionnelle. Cette approche n'est pas mauvaise en soi (si une analyse plus approfondie est suggérée), mais elle est à risque de dresser la table pour alimenter une vision réductrice de l'éthique professionnelle et des théories qui la supportent.

Par exemple, l'approche réductrice de l'utilitarisme, véhiculée par plusieurs ouvrages d'éthique en sciences infirmières, en a fait une théorie malheureusement impopulaire auprès de cette profession (Kuhse, 1997). En effet, de manière générale, la description de cette théorie, pourtant complexe, n'occupe pas beaucoup de place (deux pages au maximum) dans plusieurs de ces ouvrages (Saint-Arnaud, 2009; Burkhardt, Nathaniel and Nancy, 2010; Butts,

2005; Tschudin, 2003; Burkhardt, 2007; Grace, 2009). Certains auteurs, par ailleurs, explicitent relativement bien certains concepts clés de l'utilitarisme, mais leur interprétation est si limitée qu'elle ne laisse d'autre choix que de conclure à un manque de pertinence de cette approche pour les sciences infirmières. Grace démontre bien, par ses propos, la vision erronée de l'utilitarisme véhiculée dans ce domaine : « [...] APNs (Advanced practice nurses) are interested in the well-being of each patient, and this requires understanding who the patient is. Context and details, the *who* of our patients are important. Utilitarian considerations might require us to ignore individual details in the obligation to provide an overall good » (Grace, 2009:15-16). Ces critiques ne visent toutefois pas à discréditer la compétence de la plupart de ces auteurs, et nous n'avons pas la prétention ici de proposer une meilleure interprétation de l'utilitarisme. Cette réduction de l'utilitarisme, rencontrée notamment chez les infirmières, témoigne plutôt, mais non exclusivement, d'un manque de compréhension à l'égard non seulement du rôle et de la nature des théories éthiques, mais encore de ce qu'est une problématique d'ordre éthique. En améliorant notre compréhension du deuxième (la structure des problèmes), on optimise l'utilisation des premières (les théories).

En d'autres termes, l'éthique professionnelle en sciences infirmières – comme dans les autres professions de santé – s'appuie sur des documents normatifs, des théories et des outils de prise de décision que l'on rend *disponibles* aux PDS sans que ne soit réalisé un travail préalable de formation permettant à ceux-ci de comprendre la nature même des problématiques auxquelles ils sont appelés à répondre. Offrir des cours de pathologie aux étudiants en médecine avant même qu'ils n'aient suivi de cours d'anatomie et de physiologie serait probablement considéré comme une aberration dans le milieu médical. C'est pourtant ce que l'on observe en éthique : les PDS sont inondés d'outils et de problèmes dont ils ne connaissent pas l'*anatomie* (les fondements) ni la *physiologie* (la nature de leurs interrelations). C'est *une* proposition de cette « anatomophysiologie » de l'éthique professionnelle que souhaite développer notre recherche. Notre recherche ne vise donc pas à répondre aux limites intrinsèques des outils éthiques à la disposition des PDS, mais plutôt à proposer une réflexion en amont de ces outils qui permettrait de suggérer certains fondements (philosophiques, psychologiques) communs à l'ensemble des professions de la santé. Ces fondements *généraux* constituent une première proposition d'assise éthique commune aux

PDS, sur laquelle il est possible de greffer une large gamme d'outils éthiques (théories, codes de déontologie, etc.) en fonction des contextes (par exemple professionnels) et eu égard à la particularité des situations.

Somme toute, malgré les multiples niveaux de responsabilité professionnelle qui placent les PDS devant des défis éthiques de plus en plus complexes en pratique et les hauts standards éthiques imposés par les instances professionnelles et la société, il appert que la formation n'est pas au rendez-vous (elle est notamment trop analytique et peu présente au sein des programmes de formation) pour outiller adéquatement ces professionnels par rapport à la réalité des pratiques.

Bioéthiciens et PDS : un duo pour l'éthique professionnelle

C'est sur une base quotidienne que les bioéthiciens sont appelés à mener des discussions éthiques complexes et à offrir de la formation à différents paliers organisationnels impliquant une multiplicité d'acteurs (intervenants en santé, gestionnaires, patients, familles, etc.) au sein du système de santé et des services sociaux (Gaucher, Lantos and Payot, 2013). Les principales fonctions du bioéthicien en contexte clinique visent, d'une part, à outiller les acteurs de l'organisation afin de leur permettre une participation active au projet éthique de l'organisation et, d'autre part, à assurer l'accès à une expertise de pointe en bioéthique afin de maximiser la qualité des soins (Gaucher, Lantos and Payot, 2013). Ils sont ainsi régulièrement sollicités pour faciliter les processus de décision plus complexes impliquant une variété d'acteurs aux intérêts multiples, parfois irréconciliables (tels les PDS ou les gestionnaires).

Comme nous l'avons déjà démontré, le contexte des soins de santé (rareté des ressources, politiques d'austérité, vieillissement de la population) impose aux PDS des défis éthiques pour lesquels ils ne sont pas, de manière générale, adéquatement préparés. Les bioéthiciens jouent souvent un rôle central dans la formation éthique des PDS ainsi que dans le soutien de ces professionnels à l'égard de discussions concernant des questions de vie et de mort auxquelles ils sont confrontés en pratique. Les bioéthiciens participent, en quelque sorte, à l'amélioration de la qualité des soins aux patients notamment par le soutien et la formation en éthique des PDS (McClimans, Slowther and Parker, 2012). Conséquemment, la formation

des bioéthiciens intéressés par la pratique clinique doit minimalement et nécessairement prendre en compte la réalité et les enjeux éthiques de la pratique des PDS et se conformer à des standards d'excellence tout aussi élevés.

Si l'approche par compétences est particulièrement valorisée pour orienter la pratique en bioéthique clinique par les regroupements de bioéthiciens les plus importants au Canada (Société canadienne de bioéthique, SCB) et aux États-Unis (American Society for Bioethics and Humanities, ASBH), les travaux permettant de mieux comprendre les fondements psychologiques, ontologiques et philosophiques de ces compétences sont peu présents au sein de la littérature en bioéthique. Les bioéthiciens partagent sensiblement les mêmes outils que ceux à la disposition des PDS (documents officiels, théories éthiques, ouvrages de référence scientifiques, outils de prise de décision éthique) et rencontrent le même type de problématique à l'utilisation (disparité, contradiction, etc.).

Bien que les professions de la santé soient régies par un code de déontologie respectif énonçant les obligations et les devoirs déontologiques particuliers auxquels doivent se soumettre les membres, le contexte de cette thèse n'exige pas d'en exposer les particularités ou d'en faire une analyse comparative afin d'en relever les similarités, les différences ou les limites. Nous reconnaissons d'emblée la centralité du code de déontologie comme fondement à l'éthique professionnelle. Comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 2 de cette thèse, les *repères normatifs* (la déontologie professionnelle, par exemple) seront posés comme un des multiples constituants (comprenant, entre autres, les particularités de l'histoire du patient) qui doivent être mis en tension pour prendre des décisions éthiques répondant aux standards de la déontologie professionnelle. Comme notre réflexion se situe en amont des outils à la disposition des PDS, tel que préalablement mentionné, nous souhaitons mettre en lumière certaines *catégories générales* – communes aux professions de la santé – qui doivent être prises en considération (mises en tension) en éthique professionnelle (éducation). Le but de notre thèse est donc d'organiser, de manière systémique, les fondements de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé.

En intégrant les bioéthiciens dans la catégorie des PDS, nous reconnaissons que la démarche est imparfaite à maints égards. Le bioéthicien (ou consultant en bioéthique) n'est pas un professionnel possédant un titre réservé et, par conséquent, n'est pas assujéti à un code

de déontologie professionnelle. De plus, dans la mesure où elle est un domaine interdisciplinaire, la bioéthique accueille des personnes de divers horizons disciplinaires et académiques (médecine, droit, sciences humaines, sciences pures, sciences sociales, etc.). Pour ces raisons, le bioéthicien n'est pas un PDS à proprement parler. Par ailleurs, nous assumons cet accroc aux règles de l'art de la classification, compte tenu du fait que le bioéthicien impliqué de près ou de loin dans la formation et la recherche en éthique professionnelle dans le domaine de la santé doit nécessairement considérer au premier plan les standards de pratique des PDS.

Dans cette logique, notre projet propose les bases d'un modèle à la fois pratique et théorique – une déontologie réflexive – qui profiterait tant aux bioéthiciens qu'aux PDS, ainsi que des perspectives concrètes pour améliorer la formation et la recherche dans ces domaines.

« Trois temps, un mouvement » : plan de la thèse

Notre recherche constitue donc une réflexion qui s'inscrit en amont des différents outils disponibles pour les PDS et les bioéthiciens, tels que nous les avons décrits précédemment, et dont l'abondance et le caractère pragmatique ont le désavantage de simplifier la réflexion théorique au profit de données plus concrètes ainsi que de complexifier leur usage. Somme toute, nos travaux de recherche visent à identifier les bases théoriques qui serviraient au développement d'un modèle flexible et inclusif (au sens de base commune aux professions de la santé) pour soutenir la pratique des PDS et des bioéthiciens. De manière spécifique, cette thèse permettra de : 1) poser les principaux repères philosophiques, sociaux et déontologiques des problématiques éthiques rencontrées en pratique; 2) saisir les principales tensions éthiques inhérentes à cette complexité; 3) mieux comprendre, dans une perspective psychologique et développementale, les exigences personnelles et professionnelles qu'impose le statut de *professionnel de la santé* dans le contexte actuel des soins de santé.

Entreprise théorique, ce projet consiste principalement à mettre en relation dynamique un ensemble de dimensions (légale, éthique, clinique, sociale, psychologique) à l'œuvre dans la rencontre du bioéthicien et du PDS avec la complexité des situations éthiques, en s'inspirant du concept de sensibilité éthique (SE) (Rest,1994), de la « petite éthique » de Paul Ricœur

(1990), de la théorie du soi et des modes identitaires d'Augusto Blasi (1993). Ce processus se déploiera en « trois temps un mouvement », sous forme de trois articles :

- 1) Une mise en perspective de la posture épistémologique particulière du bioéthicien et du PDS assujettis à de hauts standards éthiques en pratique, à la lumière de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990);
- 2) Une revue de la littérature interdisciplinaire sur le concept de sensibilité éthique afin d'en proposer une définition et de le mettre en perspective avec d'autres compétences éthiques. La sensibilité éthique est, en quelque sorte, le concept clé de notre modèle, qui souhaite principalement positionner le PDS au centre de l'expérience éthique;
- 3) Le développement d'un cadre de référence en matière d'identité éthique professionnelle (*professional ethics identity tendencies*, PEIT), inspiré de la théorie du soi et des modes identitaires de Blasi (1993). Ces PEIT proposent un repère normatif aux exigences liées à la construction d'une identité éthique en contexte de pratique des professions de la santé et suggèrent des pistes de réflexion quant à la formation et à la recherche en éthique professionnelle.

Le dernier mouvement de notre thèse consistera à mettre en lumière, en guise de conclusion, les principales lignes théoriques qui en découlent afin de dresser la table pour le développement ultérieur d'un modèle qui soutiendrait la réflexion éthique des PDS et des bioéthiciens en pratique – le modèle de la déontologie réflexive (MDR) ainsi que de proposer les principales orientations de notre programme de recherche qui en découlent directement.

Chapitre 2. Ricœur's "Petite Éthique": An epistemological perspective for clinician-bioethicists

Nous proposons, en introduction à ce projet, que le statut indépendant des multiples documents normatifs à la disposition des PDS rend la tâche difficile lorsque vient le temps de comprendre et d'agir devant la complexité des problèmes éthiques rencontrés en pratique. Si les recherches visant à identifier et à analyser les enjeux éthiques rencontrés dans la pratique des PDS sont florissantes, celles qui s'intéressent aux fondements philosophiques et ontologiques de l'éthique professionnelle se font beaucoup plus discrètes. Il ne nous semble en

effet pas suffisant d'identifier et de comprendre ces repères normatifs : comprendre les fondements philosophiques qui sous-tendent leurs interactions (et les tensions que celles-ci génèrent) fait partie des préoccupations liées à cet article. Innovante, l'approche utilisée pour la rédaction de cet article – publié en 2010 dans la revue *HEC Forum* – s'articule autour d'une analyse réflexive critique, inspirée de quelques concepts clés de la « petite éthique » de Paul Ricœur (ex.: sagesse pratique, sollicitude, sollicitude naïve et critique, éthique de l'argumentation, imagination), et d'une situation réelle d'impasse éthique vécue par l'auteure dans le cadre d'un stage de dix-huit mois en éthique clinique. Cet article nous sensibilise principalement aux dimensions normatives de l'éthique professionnelle (qu'est-ce qui doit être fait?).

Notre thèse convie, d'une certaine manière, à un voyage dans l'univers éthique réflexif (intérieur) du PDS. À ce titre, nous avons privilégié, comme mentionné, une approche qui allie à la fois la théorie et la réflexivité en pratique. Ainsi, si ce chapitre, premier pas dans l'aventure vivante de l'épistémologie de la bioéthique clinique, s'inscrit dans la perspective du métier d'infirmière, c'est uniquement en raison de notre formation et de notre expérience professionnelles dans ce domaine.

En effet, notre objectif est de nous questionner sur l'épistémologie propre à la bioéthique clinique afin de contribuer à l'enrichissement des connaissances pour le développement professionnel dans ce domaine et au sein des professions de la santé. Cet exercice n'est certes pas sans problèmes méthodologiques, dont le plus évident est celui de la généralisation. Consciente de cette limite, nous suggérons néanmoins que cette approche permettra minimalement de mettre en lumière un processus réflexif novateur en matière d'éthique professionnelle. Tout chercheur qui souhaite enrichir les fondements communs de l'éthique professionnelle que propose notre thèse peut s'inspirer de notre processus réflexif afin de guider sa propre réflexion.

Nous croyons qu'il aurait été périlleux – et probablement impossible dans les limites de cette thèse – de nous aventurer dans une entreprise de spéculation théorique à l'égard de l'ensemble des professions de la santé. Profiter de l'opportunité de notre expérience à titre d'infirmière nous apparaît plus réaliste et, par surcroît, nous permet d'amorcer cette entreprise doctorale sur une note réflexive marquant la mesure pour l'ensemble de nos travaux.

En bref, la pensée de Ricœur, utilisée aux fins de l'analyse de cette situation, permettra d'organiser les principaux repères des professions de la santé en les intégrant aux fondements philosophiques de sa « petite éthique ». D'entrée de jeu, la « petite éthique » de Ricœur présente l'avantage largement reconnu d'intégrer au sein d'un même système des pensées habituellement considérées en opposition (Aristote et Kant, par exemple), voire en réaction l'une à l'autre (Bouthillier, 2006). Cette approche reflète adéquatement la complexité de la réalité clinique. Dans ce contexte, les décisions éthiques auxquelles les professionnels sont confrontés sont inévitablement soumises aux impératifs légaux (tels que la Loi sur les services de santé, la déontologie, le Code civil, le Code criminel, les politiques internes à l'institution), à la visée propre à chaque profession (la déontologie) et à la particularité des situations cliniques (données médicales, état de la recherche, etc.).

Son idéal, l'*agir*, et sa visée prennent en compte à la fois le PDS, le patient et l'institution (via son concept d'intention éthique : *Je-Tu-Il*), et permettront de clarifier notamment les responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans la situation. La division en trois niveaux de son éthique – *réflexif (visée)*, *déontologique* et *prudentiel (éthiques professionnelles)* – apparaît tout à fait indiquée pour mieux comprendre les influences respectives qu'opèrent l'une sur l'autre ces trois réalités de la pratique clinique des PDS. Ces trois temps de l'éthique participent, selon Ricœur, à créer des tensions qui, malgré les inconforts qu'elles peuvent induire chez l'agent, sont nécessaires en ce qu'elles assurent, en quelque sorte, l'excellence de la réflexion et de l'action. En réunissant ces dimensions (éthiques, morales, juridiques, humaines et cliniques) au sein d'un cadre théorique, la « petite éthique » de Ricœur offre l'opportunité de poser les fondements philosophiques de l'éthique professionnelle des PDS, de comprendre leur interrelation et la nature des tensions qu'elle génère (tension entre norme et valeur, par exemple). Plus encore, elle propose des stratégies permettant d'appréhender ces tensions (telles que s'ouvrir à la diversité des convictions, affronter la réalité de front, utiliser la tension plutôt que de tenter de l'évacuer ou valoriser une éthique de la discussion) afin de prendre les meilleures décisions en situation.

Le résultat du travail réflexif réalisé à partir de la pensée de Ricœur démontre notamment que le passage (en termes de migration) d'une *perspective épistémologique* d'un professionnel – et, dans le cas particulier, d'une infirmière (l'appartenance professionnelle de

l'auteure) – à celle de bioéthicienne clinique génère un certain nombre de tensions pertinentes à mettre en lumière afin de contribuer à la définition des visées d'excellence (tels les repères philosophiques) de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé. L'expression « perspective épistémologique » est utilisée afin de centrer l'attention du lecteur sur le fait que les PDS fondent leur jugement et leurs actions professionnels sur des savoirs propres à leur champ d'expertise respectif. Cette manière de percevoir le monde clinique a un impact direct sur le rôle et l'approche du clinicien en situation de consultation éthique en clinique. En d'autres termes, l'éthique professionnelle, en contexte de pratique, devrait être déterminée par certains repères (philosophiques, déontologiques, éthiques) auxquels elle n'est actuellement pas soumise.

Cet article est, en quelque sorte, une reconstruction du processus réflexif qui nous a amenée à comprendre et à intégrer ce qui advient lorsque les perspectives du clinicien (par exemple une infirmière) et celles du bioéthicien convergent au profit du rôle de bioéthicien-clinicien, qui, croyons-nous, peut être une mesure d'excellence de l'éthique professionnelle en santé. Cet article, bien que théorique, marque le départ d'une aventure réflexive en ce qu'il donne forme à la structure philosophique de base qui soutiendra et donnera la direction à l'ensemble de notre entreprise d'analyse. S'il est de première instance, dans le contexte des professions de la santé, de poser les fondements de l'obligation professionnelle (que doit faire le PDS?), il est également important de délimiter les contours de la question « comment le PDS peut-il faire pour bien faire éthiquement? ». En d'autres termes, il n'est pas suffisant de connaître et de comprendre les repères normatifs d'une profession : saisir ce qu'impliquent de telles obligations chez le PDS (intellectuellement et émotivement) est un incontournable exercice que propose notre prochain article.

Chapitre 3. “Everybody wants to go to heaven, but nobody wants to die”: Ethical sensitivity as a gateway to reflexive professionalism in health care practice

Comme mentionné, la crise morale traversée par nos sociétés modernes n'épargne pas les systèmes de santé, qui se voient confrontés plus que jamais aux impératifs économiques qu'imposent les mesures d'austérité visant l'équilibre budgétaire. Les défis de l'éthique

professionnelle « moderne » sont nombreux, et l'évolution des programmes de formation semble avoir peine à suivre. Des stratégies d'enseignement qui ne tiennent pas compte de la complexité de l'expérience éthique et qui valorisent ses dimensions rationnelles (le jugement éthique) au détriment de ses dimensions émotionnelles (la sensibilité éthique), une société de plus en plus individualiste et une culture universitaire client qui laisse souvent peu de place à l'effort chez les apprenants sont quelques exemples de réalités qui composent la toile de fond de l'éducation à l'éthique professionnelle. Cette tendance, tel que nous l'avons déjà souligné, n'est pas sans conséquences négatives sur la qualité des soins et la sécurité des patients (SE déficiente, par exemple). *Être* un professionnel de la santé (identité professionnelle) se résume aux savoirs (les connaissances spécialisées) et aux savoir-faire (notamment techniques). Dans ce contexte, l'éthique professionnelle se réduit au jugement du PDS, qui est, en quelque sorte, évacué de l'équation éthique.

Le modèle de la déontologie réflexive, tel que nous l'avons déjà mentionné, s'enracine principalement dans l'agent (PDS) et devrait nous transporter, comme son nom l'indique, vers le lieu de l'*éthique* professionnelle. Suivant cette optique, le premier article, décrit précédemment, pose les fondements philosophiques du modèle de la déontologie réflexive et nous éclaire sur les dimensions normatives de l'éthique professionnelle (*what ought to be done?* – « qu'est-ce qui doit être fait? »). Aussi ce deuxième article est-il un premier pas (*how and who should do?* – « qui doit agir et comment doit-il faire? ») vers un univers plus subjectif et beaucoup moins exploré de l'éthique professionnelle (*who is doing?* – « qui agit? ») qui sera traité dans le troisième article de cette thèse. Ce pas vers l'expérience éthique du PDS sera principalement guidé par une riche littérature du domaine de la psychologie du développement moral. À ce titre, le modèle des quatre composantes de Rest (MQC) suggère qu'un comportement éthique requiert au moins la présence de quatre processus (capacités, compétences) psychologiques : sensibilité éthique, jugement, motivation et caractère (Rest and Narvaez, 1994). La sensibilité éthique, concept interdisciplinaire, consiste principalement à reconnaître les situations éthiquement problématiques et à évaluer l'impact de nos actions sur autrui. Supportée par des processus empathiques, elle implique la capacité d'imaginer les possibles scénarios ainsi que leurs conséquences réelles sur chacun des acteurs impliqués dans la situation (Rest, 1979). Elle est largement reconnue en tant que *prérequis* au jugement moral

des professionnels en pratique et notamment des infirmières (Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Rest and Narvaez, 1994; Bebeau and Monson, 2008; Lützén *et al.*, 2006). Ne pas entrevoir les situations potentiellement préjudiciables pour le patient (notamment en répondant sans discernement au refus catégorique de traitement d'une personne dépressive ou atteinte du cancer) prive ces problématiques du jugement éthique des PDS, peut avoir des conséquences néfastes sur la condition des personnes malades et constitue une entrave au Code des professions (ÉditeurOfficiel, 2009). La sensibilité éthique est la pierre angulaire de la pratique des professions de la santé : elle est la porte d'entrée vers l'autre en ce qu'elle repose nécessairement sur des processus empathiques (Rest and Narvaez, 1994) et implique des processus réflexifs (cognitifs et émotionnels) prenant racine dans l'identité de la personne (Decety, Michalska and Kinzler, 2011). La sensibilité éthique assure l'intégration du PDS au sein de l'entreprise éthique.

Lors de la mise en forme de notre modèle, nous ferons reposer le concept de sensibilité éthique sur la structure philosophique mise en lumière dans le cadre du premier article de cette thèse. Par ailleurs, cette précision relative à la construction ultérieure du MDR ne sert qu'à mettre en perspective et à situer le lecteur par rapport au contenu de l'article. Cet article vise plutôt à convenir d'une définition de la sensibilité éthique, que nous grefferons éventuellement aux autres jalons théoriques de notre projet de recherche.

Dans le cadre du présent article, nous procédons à une analyse de la littérature interdisciplinaire sur le sujet. Cet exercice permet, dans un premier temps, de clarifier le contexte d'émergence du concept (ses origines théoriques et historiques), de comprendre sa complexité, sa portée et ses limites, comme de démontrer son utilité pour les PDS et la pertinence de le situer en tant que concept pivot à notre MDR. Finalement, il permet de justifier la pertinence de poursuivre notre analyse et d'enrichir le concept de sensibilité éthique des fondements philosophiques du premier article.

Si de nombreux auteurs de domaines variés (Shaub, 2012; Lind and Rarick, 1999; Clarkeburn, 2002; Potvin, 2012; Lützén *et al.*, 2010; Bebeau, Rest and Yamoore, 1985) s'intéressent au concept de SE, ce sont les infirmières qui semblent s'y intéresser davantage (Comrie, 2005; Kim *et al.*, 2005; Lützén, Johansson and Nordstrom, 2000; Oddi, Cassidy and Fisher, 1995; Schluter *et al.*, 2008; Weaver, 2007). Les recherches de Weaver (2007), par

exemple, offrent l'avantage de rendre intelligibles les multiples dimensions de ce concept et la complexité de leurs relations, mais ne prennent pas suffisamment en compte les données exhaustives du domaine de la psychologie du développement moral, à l'origine du concept. Cette situation a notamment pour conséquence de rendre relativement floue la définition du concept de SE, et de la réduire à de vagues spéculations théoriques qui tendent à varier significativement d'un auteur à l'autre, voire d'un article à l'autre (pour un même auteur). La psychologie du développement moral, largement supportée par la recherche empirique, permet de définir plus justement ce concept et, conséquemment, de construire des modèles théoriques empiriquement plus robustes. Cet article permet de remédier à cette situation en rendant disponible au domaine de la bioéthique des données fiables et organisées sur le concept de SE.

Cet article veut donc répondre à plusieurs questions spécifiques. Qu'est-ce que la sensibilité éthique? Quelles sont ses origines? Quelles sont ses conditions préalables? Quels sont les facteurs qui l'influencent? Quel est son rôle dans le processus de décision éthique? Peut-on la cultiver? *Qui* est responsable du développement de la sensibilité éthique? Est-elle nécessaire aux PDS? Est-elle spécifique à une profession, à une situation? Est-elle innée ou acquise? Quelles sont ses limites et sa portée dans le contexte de prise de décision au sein des professions de la santé? Quelles sont les principales implications pour l'éducation à l'éthique professionnelle? En plus d'enrichir les connaissances sur la sensibilité éthique dans le contexte des professions de la santé et de la bioéthique, cet article permet donc de : 1) situer ce concept en tant que pivot à notre MDR et démontrer qu'il est nécessaire aux PDS pour faire face aux multiples défis éthiques rencontrés dans leur pratique; 2) informer sur les limites du concept et la nécessité d'y intégrer des fondements philosophiques (pour éviter le relativisme); 3) mettre en lumière les implications pédagogiques d'une éthique professionnelle qui intègre à la fois les dimensions rationnelle et émotionnelle de l'expérience éthique.

Si la grande majorité d'entre nous souhaite vivre et évoluer au sein d'une société dont le principal *motto* est le respect de la personne humaine, le climat social nous démontre que peu sont réellement prêts à investir les efforts nécessaires pour y arriver. Si « tout le monde veut aller au ciel », comme l'indique le titre de notre article, peu souhaitent se soumettre aux angoisses de la mort. L'éthique professionnelle est exigeante (intellectuellement et émotionnellement) pour le PDS qui constate la distance considérable existant entre les idéaux de sa

profession et la réalité des milieux de soins. Les professions de la santé peuvent être attrayantes à première vue (perspectives d'emploi, conditions salariales, etc.), mais les réelles exigences pour *devenir* un professionnel – principalement celles qu'on ne voit pas – sont rarement prises en considération. Au-delà donc des apparences (bonne connaissance des codes, comportement éthique), existe-t-il d'autres dimensions qui permettent de qualifier d'*éthique* le comportement du PDS? C'est principalement à cette question que nous convie la prochaine étape de notre réflexion.

Chapitre 4. An image may be worth a thousand words, but not in professional ethics. Blasi's identity modes as an aid to building professional ethical identity tendencies (PEIT) for health care professionals

La littérature sur la psychologie du développement moral illustre clairement qu'une capacité à reconnaître les situations éthiquement problématiques, à déterminer les actions possibles et à juger de la meilleure option ne garantit pas qu'une personne, d'une part, agira et, d'autre part, agira en accord avec son jugement moral (Lapsley and Narvaez, 2004) : « [...] the highest degree of moral integration is achieved when one's moral understanding and concerns become a part of one's sense of identity » (Blasi, 1995).

Si, comme déjà mentionné, il est de toute première importance que les PDS développent leur jugement éthique notamment par l'acquisition de connaissances spécialisées en éthique professionnelle (par une appropriation des codes de déontologie, des politiques de santé, des lois relatives à la santé, des théories éthiques, etc.), au moyen de stratégies pédagogiques stimulant leurs capacités analytiques (études de cas, discussions de groupe, cours magistraux), et que ces apprentissages doivent être évalués de manière objective, nous préconisons la prise en considération d'autres dimensions de l'éducation à l'éthique (incluant l'enseignement et les stratégies d'évaluation) – plus subjectives –, telles que la dimension expérientielle de l'identité professionnelle des PDS. Si l'identité est généralement définie à partir d'attributs externes à la personne (sexe, affiliation professionnelle, idéaux, etc.), l'approche de Blasi suggère que l'identité doit être tout d'abord définie par l'expérience subjective de l'identité (de soi) par l'agent. En d'autres termes, un certain type de relation à soi

(modes identitaires) est préalable pour que les idéaux professionnels, par exemple, puissent conduire ou motiver à l'action (éthique). L'éthique n'est plus le simple résultat d'un savant exercice intellectuel, mais devient une caractéristique de la personne.

Pourquoi peut-on compter sur certaines personnes (agissant éthiquement même si cela va à l'encontre de leurs intérêts) plus que sur d'autres qui ont pourtant suivi le même programme de formation? Agir éthiquement est-il un repère suffisant pour déterminer qu'une personne est éthique? Qu'est-ce qu'il y a derrière le comportement éthique qui fait de celui-ci un comportement réellement éthique? Blasi suggère qu'il existe trois principaux modes relationnels au soi (du moins au plus mature) observés chez les personnes : 1) le mode *social role identity*, où la personne se définit à partir de référents superficiels (apparence, impulsivité, émotions, rôles, attentes sociales, etc.); 2) le mode *identity observed*, qui réfère au premier pas vers une réelle identité et est caractérisé par la découverte d'un univers psychologique perçu comme le soi réel (*real/true self*) – le soi est ressenti comme un don naturellement acquis –; 3) le mode *management identity*, où les émotions sont transcendées par des idéaux et une philosophie de vie – le soi n'est plus vécu comme un don naturel reçu passivement, la personne se sent responsable du choix des valeurs et des idéaux à partir desquels elle s'identifie (Blasi, Noam and Wren, 1993).

Les modes identitaires de Blasi nous permettent d'élaborer une proposition de cadre normatif visant à enrichir notre compréhension relative aux enjeux identitaires en éthique professionnelle en santé. Ce cadre consiste en la description de trois tendances identitaires (*professional ethics identity tendencies*, PEIT) décrivant trois types de relation à soi (identitaire), de la moins à la plus mature, potentiellement vécue par le PDS : 1) *legal dualistic identity tendency* (tendance identitaire du dualisme juridique); 2) *deontological identity tendency* (tendance identitaire déontologique); 3) *reflexive deontology identity tendency* (tendance identitaire de la déontologie réflexive).

Les travaux de Blasi (Blasi, 1980, 1983, 1984, 1988, 1990, 1991a, 1995, 1998, 1999, 2004a, 2004b, 2009, 2010; Blasi and Glodis, 1995; Blasi and Milton, 1991; Blasi, Noam and Wren, 1993) sont particulièrement pertinents pour l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement en ce qui a trait aux façons dont l'éthique normative (à travers les codes de déontologie, les politiques de santé, les lois sur la santé, les théories

éthiques, etc.) s'intériorise et acquiert une valeur personnelle pour le PDS (dans l'identité professionnelle) (Blasi, Noam and Wren, 1993). En effet, il est possible d'y puiser la sagacité nécessaire afin de mieux comprendre comment les obligations déontologiques peuvent devenir intrinsèques à l'identité de la personne : un sens unifié de soi qui rend compte (dans sa forme idéale) d'une *non-distance* entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle (construite autour d'idéaux éthiques), et d'où émane un sens de la responsabilité à l'égard du maintien de soi (c'est-à-dire agir en conformité avec qui l'on est), principale source de motivation à l'action morale. Comment se fait-il que certains PDS sentent qu'ils/elles n'ont pas le choix d'agir éthiquement et qu'agir autrement serait vécu comme une trahison de soi (atteinte à l'intégrité), tandis que d'autres n'y voient qu'une simple trahison de la règle (des codes de déontologie, par exemple)?

Cet article souhaite répondre aux questions suivantes : Qui est ce PDS sur qui les patients vulnérables peuvent compter? Existe-t-il d'autres dimensions qui, au-delà des critères académiques évaluant les savoirs intellectuels et les habiletés techniques, participent à déterminer si une personne est éthiquement compétente? Est-ce que toute personne aspirant à une profession de la santé possède le potentiel de développer les compétences éthiques requises pour devenir un PDS? Est-ce que l'excellence académique doit être le seul critère à prendre en compte dans l'évaluation des candidats aux professions de la santé? Est-ce le comportement « éthique » seul ou la motivation qui le sous-tend (obéissance, promotion personnelle, maintien de soi, etc.) qui déterminent la qualité éthique d'un comportement, dans le contexte des professions de la santé?

Processus théorique

Une formation en éthique professionnelle inadéquate

En introduction, nous mettons en lumière le fait que l'enseignement de l'éthique professionnelle en santé en est à ses premiers pas, mais également qu'il est généralement tenu, voire inexistant, parfois au sein des programmes de formation professionnelle dans le domaine de la santé. De plus, nous expliquons que, lorsque ces formations existent, les outils pédagogiques généralement utilisés tendent à valoriser le développement de capacités

cognitives (tel le jugement éthique) au détriment d'autres composantes plus émotionnelles/sensibles de l'expérience morale tout aussi importantes (la sensibilité, la motivation et le caractère). Finalement, nous suggérons que, malgré la richesse des outils éthiques disponibles pour soutenir la prise de décision des PDS, leur disparité ainsi qu'une compréhension mitigée des constituants de l'éthique portent à croire que ceux-ci demeurent difficiles à utiliser en pratique.

Un modèle pour améliorer la formation en éthique professionnelle (trop analytique et aux outils épars)

Nous proposons donc, suivant ces constats, d'explorer la possibilité de développer une *structure éthique* – un modèle – qui permettrait de mettre en lumière les lieux/concepts communs (philosophiques et psychologiques) de l'éthique professionnelle en santé et d'en démontrer la complexité afin de guider la recherche et la formation dans ce champ d'expertise. Ce projet consistait en deux principales phases : 1) identifier les constituants de l'éthique professionnelle et 2) illustrer la dynamique entre l'ensemble de ces constituants.

Dans le contexte d'un doctorat, l'entreprise s'est néanmoins avérée trop ambitieuse, et nous avons été dans l'obligation de concentrer nos efforts dans la réalisation de la première phase. Cette thèse nous a donc permis de mettre les pièces de notre casse-tête (constituants) sur la table et de commencer à en apprécier le portrait final (MDR) qui résultera d'un minutieux travail d'assemblage. Cette thèse vise à poser les fondements du modèle de la déontologie réflexive (MDR).

Le chapitre 2 (Ricœur), par son éthique en trois temps (réflexif, déontologique et prudentiel), pose les fondements philosophiques du MDR (*What ought to be done?*), dévoile les moments du jugement éthique et démontre l'importance de l'acte réflexif de l'agent à l'égard de l'éthique professionnelle. Notre préoccupation de départ à l'effet d'une éthique professionnelle trop analytique nous a, par la suite, tout naturellement menée à la question suivante : au-delà du jugement éthique, quels sont les autres constituants de l'expérience éthique du PDS?

Comme nous l'expliquons au chapitre 5 de la thèse, nous avons intérêt, dans le contexte d'un domaine visant l'action en pratique, à greffer des connaissances de type empirique afin, par exemple, d'améliorer la validité du MDR et de nous éloigner le plus possible des débats *disciplinaires* (au sens littéraire du concept) de type ricœurien.

Le domaine de la psychologie du développement moral apparaissait donc comme étant le plus indiqué (davantage que la philosophie) pour poursuivre cette réflexion et mieux cerner, dans une perspective psychologique, l'univers intérieur de l'expérience éthique du PDS.

Le chapitre 3 (Rest) nous permet de mieux comprendre la complexité de cet acte réflexif en définissant l'expérience éthique en regard de quatre principaux processus psychologiques (la sensibilité, le jugement, la motivation et le caractère). Dans le cadre de ce chapitre et malgré le fondement cognitif du modèle des quatre composantes de Rest, chacun des processus est explicitement reconnu comme étant investi à la fois de processus cognitifs et affectifs. De plus, un bref retour historique sur l'évolution de la dichotomie cognitivité/affectivité en psychologie démontre clairement que cette perspective n'est plus au rendez-vous de la recherche dans ce domaine. Ce chapitre, afin notamment d'enrichir une éthique professionnelle trop analytique, investit de manière particulière sa composante reconnue comme étant la *plus affective* (ce qui implique le processus empathique) et *préalable* au jugement éthique : la sensibilité éthique.

Par ailleurs, si le MQC permet de mieux comprendre la complexité de l'expérience éthique, il ne permet toutefois pas de résoudre le problème de l'action. En d'autres termes, qu'est-ce qui peut expliquer qu'une personne agira ou non en fonction de son jugement éthique? L'émergence de cette question nous a forcée à continuer notre recherche afin de mieux cerner cette problématique de l'action, résolument importante dans un contexte de pratique professionnelle.

Le chapitre 4. L'ensemble de cette entreprise doctorale, qui vise à identifier les constituants de l'éthique professionnelle, cherche à atteindre les confins de l'identité des PDS. Ricœur (chapitre 2) nous permet d'abord, dans une perspective philosophique, de poser l'acte réflexif sous la responsabilité du PDS (les trois niveaux du jugement médical). Et avec Rest (1994) (chapitre 3), nous mettons en place les remparts psychologiques permettant de

descendre encore plus près de l'univers intérieur du PDS. Cet auteur démontre qu'en plus du jugement éthique, l'expérience éthique du PDS est investie d'au moins trois autres processus psychologiques (sensibilité, motivation, caractère). Si notre analyse inspirée de Ricœur et de Rest permet de voir poindre la lueur de l'identité en matière d'éthique professionnelle, ni l'un ni l'autre auteur (du moins empiriquement) ne nous permettent de comprendre spécifiquement ce qui fait en sorte, par exemple, que deux personnes d'une même profession et dans des contextes similaires agiront ou non de manière éthique à l'égard d'une *même* situation. En d'autres termes, *who is doing* éthiquement?

Cette question nous conduit vers les modes identitaires de Blasi qui ont permis l'élaboration du modèle des *professional ethics identity tendencies* (PEIT). Brièvement, ce cadre de référence suggère qu'afin que des standards de la pratique professionnelle (idéaux, principes, etc.) entraînent l'action éthique, ces standards doivent être incarnés au sein de l'identité du PDS. Par ailleurs, pour que ces standards puissent être incarnés chez le PDS, celui-ci doit entretenir une relation particulière (plus ou moins consciente, plus ou moins fondée sur des repères internes) avec lui-même (soi). Les PEIT sont une proposition théorique de trois possibles tendances relationnelles plus ou moins déterminantes de l'identité des PDS – *legal dualistic identity tendency*, *deontological identity tendency* et *reflexive deontological identity tendency*.

Somme toute, cette thèse nous aura permis de proposer les fondements (philosophiques et psychologiques) d'une épistémologie en éthique professionnelle commune aux PDS. Elle nous aura également permis de démontrer que le développement du jugement éthique, s'il est nécessaire, n'est pas suffisant pour permettre le façonnement de PDS éthiquement responsables, que les stratégies d'enseignement de l'éthique doivent tenir compte de cette complexité de l'expérience éthique et, finalement, que les aspirants à une profession de la santé ne présentent pas tous le terrain psychologique adéquat pour devenir un PDS éthiquement responsable.

Conclusion : établir les fondements du modèle de la déontologie réflexive (MDR)

L'éthique professionnelle est un phénomène complexe qui met en scène plusieurs dimensions (médicale, psychologique, sociologique, éthique, légale) et une variété d'acteurs (les PDS, les patients, la communauté, la société) aux intérêts multiples, parfois même irréconciliables (intérêts économiques versus humains, par exemple). Les défis de l'éthique moderne se posent bien au-delà de la relation patient/PDS elle-même, et doivent tenir compte du contexte global au sein duquel s'inscrit cette relation. Une société en processus de déshumanisation où l'éthique est reléguée au second rang, ou pire, réduite au simple discours représente la toile de fond d'une formation à l'éthique des professionnels de la santé qui, lorsqu'elle existe, est trop souvent morcelée par une diversité de stratégies pédagogiques (étude des documents normatifs, discussions de cas) axées principalement sur le développement de capacités analytiques. Les infirmières, comme c'est le cas pour l'ensemble des PDS, ne sont pas démunies à l'égard de l'éthique professionnelle, tel que nous le démontre la richesse des outils à leur disposition. Notre recherche n'a visiblement pas la prétention de « réinventer la roue » – ce qui reviendrait, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, à « jeter le bébé avec l'eau du bain ». En plus d'ouvrir la porte à la réflexion, nous souhaitons proposer une organisation théorique des principaux repères communs (philosophiques, déontologiques, psychologiques, par exemple) de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé, sur lesquels pourront venir se greffer les outils éthiques propres à chacune des professions de la santé.

Notre recherche constitue une réflexion qui s'inscrit en amont des différents outils disponibles pour les PDS (tels les codes de déontologie, les règlements et les lois) dont le caractère pragmatique a le désavantage de simplifier la réflexion théorique au profit de données plus concrètes. Somme toute, nos travaux visent à développer les bases d'un modèle flexible et inclusif permettant de : 1) poser les principaux repères philosophiques, sociaux et déontologiques des problématiques éthiques rencontrées en pratique; 2) saisir les principales tensions éthiques inhérentes à cette complexité; 3) mieux comprendre, dans une perspective psychologique et développementale, les exigences personnelles et professionnelles qu'impose le statut de *professionnel de la santé* dans le contexte actuel des soins de santé. Entreprise

théorique, ce projet consiste principalement à mettre en relation dynamique un ensemble de dimensions (légale, éthique, clinique, sociale, psychologique) à l'œuvre dans la rencontre du bioéthicien et du PDS avec la complexité des situations éthiques, en s'inspirant du concept de sensibilité éthique (Rest and Narvaez, 1994) de la « petite éthique » de Ricœur (1990), de la théorie du soi et des modes identitaires (Blasi, Noam and Wren, 1993). Ce processus implique trois étapes successives : 1) une mise en perspective de la posture épistémologique particulière du bioéthicien et du PDS assujettis à de hauts standards éthiques en pratique, à la lumière de la « petite éthique » de Ricœur; 2) une revue de la littérature interdisciplinaire sur le concept de sensibilité éthique afin d'en proposer une définition et de le mettre en perspective avec d'autres compétences éthiques; 3) le développement d'un cadre de référence en matière d'identité éthique professionnelle (les PEIT), inspiré de la théorie du soi et des modes identitaires de Blasi. Ces PEIT proposent un repère normatif aux exigences liées à la construction d'une identité éthique en contexte de pratique des PDS et suggèrent des pistes de réflexion quant à la formation et à la recherche en éthique professionnelle.

L'expérience éthique ne peut être subdivisée en parties. Les limites imposées par la recherche obligent néanmoins à sélectionner une dimension/processus à des fins d'analyse. Malgré les nuances qu'il peut apporter, l'exercice théorique ne pourra jamais rendre compte de l'extrême complexité d'un phénomène à l'étude. Par ailleurs, la sensibilité et le jugement éthiques ont été reconnus comme étant des processus empiriquement différents, comme il est mentionné dans le chapitre 3 de la thèse. Le premier est investi principalement de processus empathiques, et le deuxième, de processus cognitifs. L'accent de notre recherche sur les dimensions plus sensibles/émotionnelles de l'expérience éthique n'est que le résultat de choix théoriques fondés principalement sur le fait d'un enseignement à l'éthique trop rationnel. Le prochain chapitre vise donc, dans un premier temps, à rendre compte brièvement de nos choix théoriques, des principales motivations à la base de ces choix ainsi que du fil conducteur qui les relie. Dans un second temps, afin de préparer le lecteur aux chapitres subséquents qui constituent le cœur de notre thèse : 1) nous rendrons compte de la structure générale de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990), ce qui nous permettra d'établir les fondements philosophiques et ontologiques de notre thèse; 2) nous exposerons le modèle des quatre composantes de Rest (1994), ce qui nous permettra de faire un pas en direction de l'univers

éthique (dans une perspective psychologique) du PDS; et 3) nous servirons une mise en bouche de la théorie du soi et une explication des modes identitaires de Blasi (1993), qui nous accompagneront vers des niveaux plus profonds des *savoir-être* du PDS.

Chapitre 1. Justification, liens et fondements théoriques de la thèse

Notre thèse s'inscrit dans une visée où l'éthique professionnelle souhaite s'enraciner au cœur du PDS (voire de son identité), tout en se déployant sur toile de fond d'un contexte plus large (social, politique, légal) permettant d'enrichir la vision souvent réductrice qui confine l'éthique professionnelle (l'enseignement et la pratique) à la relation intervenant/patient ainsi qu'à sa dimension plus cognitive (c'est-à-dire le jugement éthique). Aussi nos choix théoriques ne sont pas étrangers à notre expérience et notre formation professionnelles. Celles-ci, comme nous en avons déjà discuté, mettent en avant les impératifs de la responsabilité personnelle et professionnelle, ainsi que ceux du développement de capacités réflexives qui se posent en complément à une éthique professionnelle en santé se limitant trop souvent à ses repères normatifs, tels que les codes de déontologie.

Le contexte des professions de la santé ne peut, pour des raisons évidentes, reléguer les décisions professionnelles uniquement au recours à l'intuition du moment qui contribuerait à dresser la table pour une approche relativiste dénuée de toute direction et potentiellement soumise aux abus du domaine de l'*opinion* (Lovett and Jordan, 2010). L'éthique professionnelle, dans le domaine de la santé, se fonde nécessairement sur des repères légaux (codes de déontologie, lois et règlements, théories éthiques, outils de prise de décision éthique, etc.) et doit viser l'action en pratique afin de répondre éthiquement aux besoins des patients et des communautés. L'application des idéaux professionnels prescrits notamment par le code de déontologie ne va pas néanmoins de soi dans le contexte des systèmes de santé.

En effet, lorsque les idéaux professionnels, qui conviennent à des soins répondant à de hauts standards de qualité, sont soumis, par exemple, aux impératifs de performance économique des systèmes de santé, la prise de décision à l'égard de situations éthiquement problématiques devient beaucoup plus complexe que la simple obéissance à une règle établie. Dans le contexte des soins, les décisions éthiques auxquelles les PDS sont confrontés sont soumises non seulement aux impératifs légaux, mais également à la visée propre à chaque profession et à la particularité des situations cliniques. L'enseignement de l'éthique

professionnelle (et ses formateurs) dans les professions de la santé doit tenir compte des particularités de cette complexité afin que les PDS soient adéquatement outillés pour répondre aux défis éthiques de la pratique.

Justification et liens théoriques

Pour mieux définir et comprendre les dynamiques opérantes entre les diverses dimensions, nommées précédemment, propres à l'éthique professionnelle, il nous a fallu explorer et faire des choix à l'égard de perspectives théoriques tenant compte de la réalité particulière mettant en scène une éthique de la responsabilité (telle que vécue par le PDS) sur toile de fond d'idéaux, de règles (codes de déontologie, lois, règlements institutionnels, etc.) et de particularités des situations en pratique (incluant les situations de soins et les contextes institutionnels). Les prochaines sections nous permettront de justifier ces choix théoriques (Tableau 1).

Tableau 1. Perspectives théoriques: avantages et désavantages

PERSPECTIVES THÉORIQUES	AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
Théories éthiques les plus utilisées en éthique professionnelle et en bioéthique (principisme, vertu, justice, <i>care</i> , utilitarisme).	<ul style="list-style-type: none"> • Sont indispensables à la réflexion éthique en pratique; • Imprègnent la culture générale en éthique professionnelle de principes clés (responsabilité, justice, autonomie, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Subissent des préjugés réducteurs; • Suscitent un débat idéologique; • Rendent compte d'un contexte socioéconomique particulier; • Offrent des perspectives différentes, parfois en opposition ou en réponse l'une à l'autre.
Documents normatifs et outils de prise de décision éthique spécifiques aux PDS.	<ul style="list-style-type: none"> • Sont indispensables à la réflexion éthique en pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Négligent le théorique au profit du pragmatisme; • Ciblent des professions particulières.

<p>La « petite éthique » et les trois niveaux du jugement médical de Paul Ricœur (1990).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intègre, au sein d'un même système, des théories éthiques généralement perçues en opposition; • Rend compte des principales tensions éthiques rencontrées en pratique clinique; • Est peu connue des PDS et potentiellement moins propice aux débats idéologiques; • Expose les trois niveaux du jugement médical en pratique (réflexif, déontologique, prudentiel); • Offre une perspective philosophique et appliquée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est complexe et peu accessible.
---	--	---

Les théories éthiques, les documents normatifs et les outils de prise de décision

Si la plupart des théories éthiques (telles que la théorie de la vertu, le déontologisme, l'éthique narrative ou l'éthique du *care*) généralement utilisées en éthique professionnelle (et en bioéthique plus largement) offrent chacune des perspectives pertinentes pour éclairer l'analyse de problématiques particulières, comme cela peut être le cas des théories de la justice à l'égard de l'allocation des ressources en santé, rares sont celles qui permettent d'illustrer et d'organiser les principales dimensions propres à la complexité de ce champ de pratique. Cette sous-section n'a pas pour objectif de proposer une analyse critique de chacune des théories disponibles et potentiellement pertinentes pour éclairer certaines dimensions propres à l'éthique professionnelle. Elle vise plutôt à discuter brièvement, par l'entremise de quelques exemples, des principaux avantages à choisir la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990) et éventuellement certaines données de recherche issues du domaine de la psychologie du développement moral comme principales sources d'inspiration pour la mise en place des fondements philosophiques, ontologiques et psychologiques de notre thèse. Nous débuterons donc en exposant les principales motivations qui nous ont menée à privilégier certains concepts de la « petite éthique » de Paul Ricœur pour poser la trame philosophique et ontologique de notre réflexion.

Les théories éthiques généralement utilisées en éthique professionnelle et en bioéthique, bien qu'elles soient des outils incontournables, ne possèdent pas les meilleurs atouts pour rendre compte de la réalité du paysage commun de l'éthique professionnelle en santé. Le principisme (Beauchamp and Childress, 2009), par exemple, peut offrir certains fondements pertinents à notre thèse. Cette théorie suggère notamment, à partir de quatre principes (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice), certains repères à l'analyse potentiellement pertinents pour constituer une perspective éthique commune aux PDS. De plus, l'approche par principe est historiquement liée à la bioéthique nord-américaine et jouit d'une popularité indiscutable dans le domaine de la santé. Nous observons que cette théorie, peut-être en raison de sa perspective appliquée, est régulièrement utilisée lors de processus de prises de décision en éthique clinique ou comme repère phare en enseignement de l'éthique. Or, à notre avis, elle présente le désavantage d'avoir subi, au fil du temps, les contrecoups d'une utilisation mécaniste qui a eu comme principale conséquence de la réduire à un exercice consistant à souper entre eux chacun des principes afin de « choisir » quelle dimension de la situation soumise à l'analyse éthique serait privilégiée au détriment d'autres (Kuhse, 1997; Toulmin, 1981; Clouser and Gert, 1990; Quante and Vieth, 2002). En plus du caractère mécaniste de son application, le principisme suscite quelques autres critiques que notre thèse ne souhaite pas approfondir – le manque de cohérence théorique entre les principes et la non-consideration des contextes en sont deux exemples (Massé, 2002). Le principisme, sous sa forme réductrice, n'offre pas, dans le cadre de notre thèse, une perspective théorique suffisamment inclusive qui permettrait de mieux comprendre le paysage épistémologique commun à l'éthique professionnelle en santé. Pour ces raisons, le principisme n'est pas une avenue théorique que nous avons privilégiée, malgré le fait que nous reconnaissons que les quatre principes sont des repères éthiques partagés par plusieurs professions de la santé et que, de manière implicite et indirectement (par l'influence de la culture générale), ils s'imposent d'eux-mêmes à plusieurs entreprises éthiques, notamment en médecine (Gillon, 2003).

L'utilitarisme (Mill, 1980) est un autre exemple de théorie éthique imprégnant largement la culture éthique des PDS. Suivant l'idée de la maximisation du bien dans son ensemble (principe d'utilité), l'agent utilitariste doit considérer le bien des autres au même titre que le sien. De manière très synthétisée, maximiser le bien au profit du plus grand nombre

(correspondant au principe d'*utilité*) est ce que propose cette théorie éthique. Bien que l'utilitarisme tienne compte de la particularité des situations et des personnes ainsi que du bien collectif et individuel, c'est autour du principe d'utilité que peuvent se résoudre d'éventuels conflits de droits et d'obligations (Mill, 2009).

Cette approche de l'éthique, comme c'est le cas pour la plupart des théories éthiques (incluant la théorie des vertus et le déontologisme), peut être pertinente pour analyser et comprendre certaines dimensions relatives à des impasses éthiques rencontrées en pratique, mais se pose difficilement en tant que lieu commun à l'éthique professionnelle. De plus, comme la théorie du principisme, l'utilitarisme est victime de préjugés trop souvent réducteurs (qui, par exemple, le ramènent à des problématiques économiques), ce qui rend difficile la tâche de mettre en valeur sa réelle complexité au profit d'un projet éthique qui souhaite intégrer l'agent et dessiner l'esquisse de la réalité systémique de l'éthique professionnelle en santé.

It may not be superfluous to notice a few more of the common misapprehensions of utilitarian ethics, even those which are so obvious and gross that it might appear impossible for any person of candor and intelligence to fall into them; since persons, even of considerable mental endowment, often give themselves so little trouble to understand the bearings of any opinion against which they entertain a prejudice, and men are in general so little conscious of this voluntary ignorance as a defect that the misunderstandings of ethical doctrines are continually met with in deliberate writings of persons of the greatest pretensions both to high principle and to philosophy (Mill, 2009:161).

Dans cette perspective, nous croyons qu'il est également important de noter la tendance, au sein de la plupart des domaines d'étude et d'expertise, tel que nous l'observons dans notre pratique (professionnelle et de recherche), à se rallier ou même à s'identifier à une approche plus qu'à une autre (en se qualifiant d'*utilitariste*, par exemple), quelle que soit la nature de la problématique éthique rencontrée. Nous souhaitons éviter, dans les limites du possible, ces débats idéologiques qui ne font que démontrer, à notre avis, une incompréhension quant à la nature même de l'éthique et au rôle de ses outils, tels que les théories. Par ailleurs, notre proposition théorique, qui souhaite contribuer au champ de la responsabilité professionnelle en santé, ne peut se soustraire implicitement ou explicitement à la fonction *utilitaire* que met de l'avant la théorie utilitariste. En d'autres termes, le PDS est légalement, et quasi par nature,

tenu responsable de ses actions. Ce caractère, mis de l'avant par la théorie utilitariste, est implicite à notre démarche bien que nous ne nous considérions pas comme étant *utilitariste*.

« The reason why there is a diversity of ethical theories is that those who propose them have different conception of the “good life”, and of the different principles, factors and aspects that are central to it » (Kuhse, 1993). Les théories éthiques sont complexes. Lorsque le temps nécessaire est investi pour en saisir l'essence, il devient évident que les auteurs de ces théories (d'époques et de contextes socioéconomiques différents) y ont considéré des dimensions relativement similaires, telles que la visée, l'agent, le bien individuel et collectif. Si leurs visions respectives de l'éthique peuvent aider à mieux comprendre la complexité de problématiques particulières (ou de certains de leurs aspects), elles ne peuvent répondre à tous les enjeux. En ce sens, notre recherche tente de mettre en lumière certaines dimensions *partagées* de l'éthique qui semblent parcourir le temps et l'histoire pour se retrouver, somme toute, dans le havresac des questions éternelles de l'humanité.

Les autres outils de l'éthique professionnelle (soit les documents normatifs et les outils de prise de décision) ne peuvent non plus constituer à eux seuls des outils de formation à l'éthique professionnelle, pas plus qu'ils ne suffisent lorsque vient le temps de prendre des décisions en situation ou de rendre compte de la structure des lieux communs à l'éthique professionnelle en santé. Effectivement, leur caractère pragmatique, qui en fait d'excellents outils pour le développement du jugement éthique chez les PDS, implique un investissement plus modeste quant aux fondements philosophiques et ontologiques communs à l'éthique professionnelle en santé.

Somme toute, dans le cadre de cette thèse, les théories éthiques et les outils de prise de décision généralement utilisés dans le domaine de l'éthique professionnelle (incluant l'enseignement et la pratique) et de la bioéthique ne représentent pas la meilleure avenue pour poser les fondements philosophiques et ontologiques de notre thèse, et ce, pour quatre raisons principales :

- 1) La réduction et les préjugés qui leur sont associés;
- 2) Leurs particularités historiques et contextuelles;

- 3) Le risque de susciter d'emblée un débat idéologique au détriment d'une discussion interdisciplinaire sur l'éthique professionnelle;
- 4) Notre désir de conserver intègre leur riche statut d'outils disponibles en matière d'éthique.

Notre intention est donc de susciter une discussion en amont de ces théories et outils éthiques en proposant un canevas pour l'éthique professionnelle en santé auquel pourraient éventuellement se mesurer les outils éthiques à la disposition des PDS.

Somme toute, l'approche privilégiée dans notre thèse consiste à conjuguer philosophie et empirisme, ce qui offre l'avantage de rendre compte de la nature de l'éthique professionnelle qui se déploie à la fois en termes d'obligation déontologique (de nature normative, philosophique et légale) et d'action en pratique (de nature plus empirique). Ainsi, nous privilégions une avenue conjuguant psychologie du développement moral et philosophie au détriment d'une approche exclusivement philosophique. Notre réflexion sur l'éthique professionnelle, qui s'ancre d'abord dans le paysage du normatif avec Paul Ricœur (Ricœur, 1990), nous conduira par la suite dans l'univers des exigences psychologiques de l'éthique avec le modèle des quatre composantes de Rest (1994). Par ailleurs, l'éthique professionnelle ne peut, comme nous l'avons déjà mentionné, se borner à sa dimension déontologique ni aux aléas d'un bon jugement éthique. En d'autres termes, le fait qu'un PDS soit assujéti à des obligations professionnelles, qu'il les comprenne rationnellement et qu'il développe un bon (ou un excellent) jugement éthique ne garantit pas qu'il agira – ce qui inclut le non-agir – conformément à ce jugement. Ce problème de l'action, que nous explorerons à travers les modes identitaires d'Augusto Blasi (1984), sera le point culminant de notre exploration théorique.

La « petite éthique » de Paul Ricœur (1990)

L'éthique de Ricœur est complexe : elle intègre les dimensions personnelle, interpersonnelle, sociale et politique de l'agir humain, ainsi que des éléments issus de divers courants de pensée philosophiques. En effet, sa pensée éthique permet la mise en relation dynamique d'idées provenant de courants de réflexion en éthique habituellement considérés en opposition ou en réaction l'un à l'autre (Kant et Aristote). Paul Ricœur (1990) n'évacue pas de

sa pensée des dimensions apparemment paradoxales, comme il ne tente pas de résoudre les tensions qu'elles occasionnent. Au contraire, il les reconnaît et les met en lumière afin de les utiliser de manière constructive au sein du processus de jugement et d'action éthique. Notre thèse souhaite se déployer à partir de cette notion de l'« éthique en tension », qui viendra s'opposer de front à la tendance à concevoir l'éthique au service du nivellement des tensions, du consensus.

Paul Ricœur (1990), par sa pensée pluraliste jumelant les tensions propres à la rencontre de l'idéalisme (agir au nom du bien vivre ensemble) et du réalisme (la particularité des situations), nous paraît offrir une perspective inédite pour mieux comprendre les fondements éthiques communs aux professions de la santé. Son œuvre sur le « bien vivre ensemble », âprement infusée dans un bouillon de contemporanéité, démontre particulièrement bien que la terre promise des systèmes de santé n'est pas l'éthique : « [...] plus que tout, la sagesse pour tous est de se rappeler que, dans nos investigations, il y aura toujours de l'inextricable dans la prise de décision en réunion et, dans le malheur, toujours de l'irréparable » (Ricœur, 2001:297). Bien qu'il la qualifie de « petite », l'éthique de Ricœur se caractérise par sa grande complexité. Son œuvre, malheureusement et peut-être en raison de cette complexité, n'attire pas foule parmi les chercheurs en éthique professionnelle dans le domaine de la santé (Potvin, 2010). Aussi nous n'avons pas ici la prétention de rendre compte des moindres nuances de ses travaux : nous voulons plutôt nous inspirer de la structure générale de sa « petite éthique » (incluant les niveaux réflexif, déontologique et prudentiel) et de certains des concepts qui la composent (notamment la sagesse pratique) pour tracer une première ébauche du paysage philosophique de l'éthique professionnelle. De plus, cette incursion novice, mais rigoureuse, au cœur des travaux de Ricœur aura l'avantage, nous l'espérons, de semer quelques grains de curiosité au sein de la communauté des chercheurs intéressés à l'éthique professionnelle en santé.

L'idéal éthique de Ricœur est l'*agir*, dont la visée est « la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » (Ricœur, 1990:202). Son éthique comporte trois niveaux (réflexif, déontologique, prudentiel) à l'intérieur desquels s'inscrivent trois pôles (*Je-Tu-Il*) (Ricœur, 2001:43). Cette dernière triade représente l'*intention éthique* de Ricœur, sans laquelle l'éthique ne peut exister (Bouthillier, 2006).

Si je parle d'intention éthique plutôt que d'éthique, c'est pour souligner le caractère de projet de l'éthique et le dynamisme qui sous-tend ce dernier. Ce n'est pas parce que l'idée de loi morale n'ait pas sa place en éthique. Elle a une fonction spécifique; mais on peut montrer que celle-ci est dérivée et doit être située sur le trajet d'effectuation de l'intention éthique (Ricœur, 1985:62).

L'éthique ne se limite donc pas au respect aveugle des règles. Avant de nous engager dans l'explication des trois niveaux de la « petite éthique » de Ricœur, voyons brièvement en quoi consiste cette intention éthique.

L'intention éthique *Je-Tu-II*

Le Je

Le *Je*, sujet de l'action, est le premier acteur qui rend l'éthique possible. *Je* veux être et *Je* suis capable de pourvoir à mon projet de liberté. « L'estime de soi prend place et constitue une dimension réflexive qui fait en sorte que je suis capable (notion de capacité et effectuation de pouvoir faire) et que je peux évaluer mes actes (pouvoir juger) » (Bouthillier, 2006:60). La responsabilité est ici dirigée vers soi et non pas encore vers l'autre. En dépit du fait que cette *position par soi-même de la liberté* est appelée le *point de départ de l'éthique*, elle ne constitue pas encore l'éthique elle-même (Ricœur, 1985:62). On accède à l'éthique lorsque s'ajoute à l'affirmation de la liberté de soi la volonté que soit la liberté de l'autre (Ricœur, 1985:62). En d'autres termes, l'éthique ne peut exister dans un projet de liberté qui ne prend en compte que le soi; l'éthique est fondamentalement relationnelle.

Le Je-Tu

« Toute l'éthique naît donc de ce redoublement de la tâche : faire advenir la liberté de l'autre comme semblable à la mienne; l'autre est mon semblable! » (Ricœur, 1985:63). Ainsi entre en scène un deuxième acteur, le *Tu*, qui nous introduit au cœur de l'éthique par cette relation de réciprocité où *Je* veux *ta* liberté au même titre que la mienne (Ricœur, 1985:63). Ricœur insiste : il n'y a aucune préséance d'un acte sur l'autre, mais une réciprocité absolue. L'éthique repose nécessairement sur l'estime de soi, mais est également le projet d'une responsabilité partagée.

« Si je cessais de croire en ma liberté, si je m'estimais entièrement écrasé par le déterminisme, je cesserais aussi de croire à la liberté de l'autre et ne voudrais pas aider cette liberté, ni être aidé par elle; je n'attendrais d'autrui aucun secours comme l'autre ne pourrait attendre de moi aucun geste *responsable* » (Ricœur, 1985:63). À ce niveau, nous parlons de la dimension dialogique de l'estime de soi faisant référence à la *sollicitude* (Ricœur, 1985:64). L'existence du « mal » (guerre, meurtre, inégalités) peut, par ailleurs, pervertir cet idéal de réciprocité. Les relations ne sont pas toutes de même niveau, et tous ne portent pas le projet de liberté de l'autre. Mais il existe un contexte (médiateur) au sein duquel existe cette relation *Je-Tu*, qui est celui de l'organisation sociale et institutionnelle ainsi que des relations interpersonnelles. D'autres *Je-Tu* désirant également leur liberté y coexistent (Ricœur, 1985:64).

Le II

Nous nous dirigeons ici vers le *tiers*, que Ricœur nomme la *médiation neutre* et qui agit à titre de temps et d'espace commun aux protagonistes du projet de liberté. Ainsi :

Toute relation dialogique entre un locuteur et un autre locuteur exige un référent commun, une chose placée entre deux sujets, de même l'intention éthique se précise en prenant corps avec ce moment de la non-personne, représenté dans notre langage par des termes neutres tels que ceux d'une cause à défendre, d'un idéal à réaliser, d'une œuvre à faire, de valeurs auxquelles nous donnons des noms abstraits : la justice, la fraternité, l'égalité (Ricœur, 1985:64).

Le projet éthique est à la fois universel et particulier aux personnes. Le rôle de médiation, dans l'ordre éthique, est accompli par la *règle*, qui représente ce référent commun nécessaire entre deux sujets (Ricœur, 1985:64). Appelée également *institution*, la *règle* soutient le *Je* et la relation *Je-Tu* afin de favoriser une cohabitation harmonieuse dans la société et contribuer à un développement sain des relations interpersonnelles (Bouthillier, 2006:61). Mais comment permettre à plusieurs libertés de coexister ensemble, de vivre bien ensemble?

La valeur est la mesure d'excellence qui permettra aux actions de répondre à l'exigence de réciprocité de Ricœur (que ta liberté vaille autant que la mienne). Motivé par le souhait de « bien vivre ensemble » (son projet de liberté et celui de l'autre), le citoyen, selon

Ricœur, a la responsabilité et la capacité de participer à l'évolution des valeurs de l'institution par voie de réflexivité sur celles-ci. L'intention éthique de Ricœur dévoile notamment les acteurs de sa « petite éthique » et nous invite à considérer, dans la prochaine section, les trois niveaux du jugement médical qui agissent à titre de repères pour le jugement éthique des acteurs de son éthique.

Les trois niveaux du jugement médical

Comment être éthiquement responsable envers soi, l'autre et l'institution en tenant compte de la complexité de la situation? Voilà une question à laquelle, croyons-nous, Ricœur peut nous aider à répondre. De manière plus spécifique, nous nous inspirerons de son exposé sur les trois niveaux du jugement médical qui a été élaboré à partir de sa « petite éthique ». L'expérience morale proposée dans la « petite éthique » de Ricœur ainsi que le jugement médical sont articulés autour des mêmes trois niveaux de jugement (proposés, par ailleurs, dans un ordre différent) : réflexif, déontologique et prudentiel. Cette similitude n'est pas fortuite, en ce que l'éthique médicale s'inscrit à l'intérieur de l'éthique générale du vivre bien et du vivre ensemble (Ricœur, 2001). L'avantage d'utiliser la réflexion de Ricœur sur les trois niveaux du jugement médical tient au fait que celui-ci s'inscrit dans le contexte propre aux professions de la santé.

L'éthique clinique implique des actes de jugement à trois niveaux différents : prudentiel, déontologique et réflexif (Ricœur, 2001:227). Ricœur amorce sa réflexion sur le plan le plus près de la pratique, c'est-à-dire au niveau prudentiel, « étant entendu que la *prudentia* des Latins et des Médiévaux traduit la *phronésis* des Tragiques grecs, cette vertu de l'homme avisé » (Ricœur, 2001:43). De plus, c'est la souffrance qui appelle l'éthique médicale en tant que circonstance initiale; c'est de ce lieu qu'émerge la question de l'agir dans la pratique.

Au niveau prudentiel, la faculté de jugement (au sens kantien) s'applique à des situations singulières issues d'une relation interpersonnelle entre un médecin et un patient. Le jugement, à ce niveau, relève d'une *sagesse pratique* plus ou moins intuitive, fruit de l'enseignement et de la pratique. Au deuxième niveau (déontologique), le jugement se réfère à

des normes qui transcendent l'unicité de la relation entre le patient et le médecin. On retrouve ces normes sous forme de codes de déontologie. Finalement, au niveau réflexif, le jugement assure une légitimation des jugements de niveau prudentiel et déontologique, notamment par sa mise en perspective des débats sociaux marquant l'époque dans laquelle s'inscrit l'activité éthique (l'euthanasie, la valeur de la vie, la définition de la santé/maladie, etc.) (Ricœur, 2001:228-229). Les prochaines sections visent à exposer dans le détail chacun de ces niveaux de jugement afin de mieux comprendre les fondements du projet éthique de Paul Ricœur.

Le niveau prudentiel

Ricœur amorce sa réflexion au niveau prudentiel, car le milieu clinique est touché fondamentalement par les décisions prises dans le cadre de situations particulières. La mission première de la médecine est d'enrayer ou de soulager la souffrance, et son *telos* repose sur l'espoir d'être aidé ou guéri (Ricœur, 2001:229). La relation entre le patient et le médecin (ou un autre PDS) est ainsi caractérisée par le désir d'être soulagé d'une souffrance et l'espoir d'être guéri. À ce niveau, le caractère moral du pacte tient à la promesse tacite entre le médecin et le patient (Ricœur, 2001:230). L'un et l'autre s'engagent ensemble contre l'ennemi commun que représente la maladie. C'est le « pacte de confidentialité », qui engage le médecin à l'égard du patient. Il n'est pas encore question de déontologie ni donc de contrat et de secret médical : il s'agit là plutôt d'un pacte basé sur la confiance.

Par ailleurs, une dissymétrie les sépare au début de la relation : d'une part, le professionnel sait et sait faire, et, d'autre part, le patient souffre et s'adresse à celui-ci en portant au langage cette souffrance. La fragilité du pacte est mise à l'épreuve dans l'engagement du médecin à ne pas laisser tomber son patient et celui du patient envers le respect de son traitement. Ricœur insiste sur le fait que ce pacte est fragile. La méfiance du patient à l'égard du médecin accompagne chacune des phases de la mise en place du contrat. Le patient se méfie de celui-là même en qui il accorde une confiance parfois excessive, irrationnelle, pouvant aller jusqu'à un désir d'immortalité. Cette méfiance se caractérise par la peur d'éventuels abus de pouvoir ainsi que par un doute silencieux sur la capacité du médecin à être à la hauteur de ses attentes insensées (désir d'immortalité). Devant cette fragilité du

pacte et les abus potentiels qui peuvent en découler, une transition vers le niveau déontologique du jugement devient nécessaire.

Le niveau déontologique

La première fonction du jugement déontologique est d'universaliser les préceptes associés au pacte de soins qui lie le médecin au patient. Le noyau éthique de la relation étant le pacte de confiance et la promesse de le respecter, ce pacte doit lier tous les médecins à tous les patients et doit être respecté par ceux-ci et tous ceux qui s'introduiraient dans la relation de soins. La relation est dès lors reconnue comme contractuelle. L'obligation de l'ensemble des membres du corps médical de porter secours à toute personne malade ou blessée est une preuve ultime du caractère déontologique du jugement médical.

En regard de la coordination des droits et des devoirs, Ricœur donne l'exemple de la concordance entre les normes définissant le secret médical et les normes régissant les droits du patient à être informé sur son état. La notion de *vérité partagée* équilibre l'asymétrie du simple devoir, pour le médecin, de respecter son engagement de confidentialité. « Secret d'un côté, vérité de l'autre » (Ricœur, 2001:235). Comme au niveau prudentiel du pacte de confidentialité, des exceptions au code s'imposent. Celles-ci tiennent compte de la capacité du patient à comprendre et à intérioriser, ainsi qu'à accepter et à partager les informations avec son médecin. L'annonce traumatisante d'une mort éventuelle en est un exemple probant. Ricœur reconnaît le tragique de certaines vérités; il appelle à la prudence face à la règle. C'est de la responsabilité des instances législatives de la société de « prescrire les devoirs de chacun et de définir les exceptions à la règle » (Ricœur, 2001:238). Le devoir de vérité à l'égard du patient devient en quelque sorte « brut », le vis-à-vis du patient devenant l'institution hospitalière, et cela, au prix même d'une fuite « de la responsabilité » (Ricœur, 2001:238).

Ricœur (2001:239), en dernière analyse, attire notre attention sur trois paradoxes qui, selon lui, se profilent en filigrane du contrat médical d'une médecine libérale : « la personne humaine n'est pas une chose, et pourtant son corps est une partie de la nature physique observable », « la personne n'est pas une marchandise, ni la médecine un commerce, mais la médecine a un prix et coûte à la société » et (paradoxe qui englobe les deux premiers) « la

souffrance est privée, mais la santé est publique ». Loin de se régler, ces conflits ne peuvent que s'aggraver considérant les coûts de plus en plus élevés de la recherche biomédicale et ceux de l'exploration du corps humain et des interventions chirurgicales sophistiquées, en plus des attentes irréalistes d'une opinion publique par rapport à une médecine qui pourvoit, sans retenue, au prolongement de la vie humaine (Ricœur, 2001:239). Se retrouve ici une dialectique des intérêts de la médecine pour la personne et pour la société. Du niveau prudentiel au niveau déontologique, la « petite éthique » de Ricœur a ainsi permis de mettre en lumière nombre de tensions inhérentes au processus du jugement moral. Nous poursuivons maintenant le projet éthique de Ricœur en le soumettant à la fonction réflexive du jugement déontologique.

Le niveau réflexif

À ce niveau, il n'est plus question de normes organisées sous forme de codes, mais de légitimation de la déontologie elle-même; c'est le lieu de ce que Ricœur appelle « le non-dit des codes » (Ricœur, 2001:239). Partant du conflit énoncé précédemment de la dualité des intérêts de la médecine, Ricœur propose qu'un conflit entre plusieurs philosophies est sous-jacent à cette dialectique, « mettant en scène, l'histoire entière de la sollicitude » (Ricœur, 2001:239). La réflexion grecque sur les vertus, le serment d'Hippocrate, le christianisme et la personne insubstituable, l'esprit des lumières et l'autonomie, les tragiques grecs et la *phronesis*, ainsi que les nombreux débats complexes et sensibles sur l'euthanasie, l'embryon, la mort, l'acharnement thérapeutique et la futilité, pour n'en nommer que quelques-uns, participent au condensé d'histoire morale des codes de déontologie. La pression exercée par une approche rationaliste de la science biomédicale et des neurosciences ne doit pas non plus être ignorée en tant que toile de fond à la déontologie (Ricœur, 2001:240).

Les compromis destinés à apaiser les conflits situés aux frontières de la science biomédicale et de la socialisation de la santé, tels qu'énoncés plus haut, n'opèrent ici plus entre normes, mais entre *sources morales* (Ricœur, 2001:240). Les seuls compromis dont disposent les sociétés démocratiques face à la multiplicité des sources de la morale commune sont le « consensus par recoupement » et les « désaccords raisonnables » (Ricœur citant

Rawls, 2001:241). Finalement, c'est de la notion même de santé dont il est question et qui est inséparable de notre conception des relations entre la vie et la mort, la naissance et la souffrance, la sexualité et l'identité, soi-même et les autres (Ricœur, 2001:240). Ainsi, la déontologie s'arrime à une anthropologie philosophique s'inscrivant dans une pluralité des convictions propres à toute société démocratique. C'est au niveau réflexif que l'on retrouve l'ultime fragilité de l'éthique médicale. Cette profonde fragilité de l'éthique médicale « résulte de la structure consensuelle/conflictuelle des sources multiples de la morale commune » des sociétés démocratiques (Ricœur, 2001:243).

Résumé

L'*intention éthique* de Paul Ricœur met en place les principaux acteurs et la visée de son projet éthique et définit, dans une perspective philosophique et éthique, la nature des liens (leur rôle l'un envers l'autre) qui les unissent au sein du projet du « bien vivre ensemble ». L'institution soutient le *Je* et la relation *Je-Tu* en vue de permettre une cohabitation et des relations harmonieuses entre les personnes (Ricœur, 1985:65). L'éthique de Ricœur en est une de la responsabilité : d'abord envers soi, ensuite envers l'autre et les institutions, à leur tour responsables d'assurer une harmonie du vivre ensemble entre soi et l'autre. Somme toute, l'éthique de Ricœur est fondée sur un idéal de la vie bonne (une bonne santé, par exemple) nécessitant des règles (la déontologie) en raison de l'existence du mal (abus potentiels envers les patients), et qui sont inévitablement soumises aux particularités des situations (notamment à l'éthique médicale), elles-mêmes assujetties à l'idéal fondateur et aux règles. En d'autres termes, son éthique nous invite à une complexe délibération qui pose une dynamique entre la particularité des situations qui doit être mise au test des règles et la recherche d'une justification dans un idéal commun (Ricœur, 2001).

La structure générale de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990) nous permet de mieux comprendre, dans une perspective philosophique, les niveaux du jugement médical à partir desquels nous pourrions réfléchir sur l'éthique professionnelle en santé. Le modèle des quatre composantes (*four-component model*, FCM) de James Rest (1994), pour sa part, nous permettra d'apprécier comment l'éthique se décline en termes de processus psychologiques ne se

réduisant pas au seul jugement éthique.. En d'autres termes, Rest (1994) nous permettra de poser le constat que le développement moral de la personne ne se limite pas au seul jugement éthique : le développement du caractère éthique implique nécessairement des processus psychologiques à la fois cognitifs et émotionnels.

Brève clarification sur le concept de compétence utilisé dans le cadre de cette thèse

Le concept proprement dit de *compétence* réfère généralement à une action qui peut être évaluée de manière objective, soit, par exemple, par un évaluateur mandaté. La compétence est notamment définie en tant qu'« aptitude reconnue légalement d'une autorité à traiter d'une question, à en juger, à accomplir un acte, selon des modalités déterminées » (dictionnaire Antidote HD v6). À la lumière de cette définition, une compétence professionnelle (éthique) infirmière peut être, par exemple, la capacité d'informer le client quant à des soins postopératoires. L'infirmière est donc reconnue comme compétente/éthique si l'ensemble des renseignements pertinents ont été fournis au patient, si un vocabulaire adapté au niveau d'éducation du patient a été utilisé et si une rétroaction a eu lieu afin de s'assurer de la compréhension du patient à l'égard de l'enseignement.

Par ailleurs, dans le cadre de notre thèse, nous utilisons le modèle des quatre composantes de Rest afin de définir l'expérience éthique dans une perspective psychologique. Ce modèle met en lumière quatre *processus* psychologiques (la sensibilité éthique, le jugement, la motivation et le caractère) à l'œuvre au sein de l'expérience éthique vécue par une personne. Pour qu'une action soit qualifiée d'éthique, chacun des processus psychologiques doit être mis à contribution de l'action (la compétence).

Ainsi, dans cette thèse, le terme *compétence* réfère à la fois aux processus sous-tendant chacune des composantes et à son expression dans l'acte; il ne se limite pas à la simple extériorisation dans l'acte.

De ce point de vue, l'infirmière qui éduque son patient sera reconnue comme éthiquement compétente non seulement parce que l'enseignement aura eu lieu suivant les

règles de l'art de l'éducation au patient, mais à la condition encore que l'ensemble des processus psychologiques soient exprimés (sensibilité, jugement, motivation, caractère) dans l'acte lui-même.

Le modèle des quatre composantes de James Rest (1994)

Jusqu'aux années 1960, les écoles de psychologie ne considèrent pas la raison en tant que maître en tout, leur vision des émotions rejoint en grande partie celle de Hume (Haidt, 2001). En effet, c'est au début de cette décennie que les psychologues sont confrontés à la « révolution cognitive », laquelle entraîne un changement majeur au sein des théories de la psychologie morale (Carlo and Edwards, 2005). Lawrence Kohlberg élabore sa théorie cognitive des niveaux de développement du jugement moral et devient le principal initiateur d'une ère contemporaine florissante de recherche empirique en psychologie morale (Kohlberg, 1984, 1981). Bien que Jean Piaget ait été le précurseur de la théorie des stades du développement cognitif, Kohlberg demeure celui qui a inspiré et formé le plus grand nombre de chercheurs contemporains dans ce domaine (Carlo and Edwards, 2005).

Les recherches de Kohlberg s'inscrivent dans un large éventail de perspectives : la théorie du domaine social cognitif et le développement social (Turiel, 1983, 2002; Nucci and Turiel, 1978; Helwig and Turiel, 2011), le développement de l'égo (Lapsley, 1993), le concept de justice distributive (Damon, 1977) et le développement des femmes (Gilligan, 1977; Davis and Gilligan, 2000) en sont quelques exemples. En dépit de la pertinence incontestable de la théorie de Kohlberg, il appert qu'il existe un relatif consensus sur le fait que la réalité du développement moral ne se limite pas au jugement moral, et que le jugement moral représente davantage que les six niveaux proposés par cette théorie sociale cognitive (Rest, 1994:22). Kohlberg (1981, 1984) lui-même reconnaît cet état de fait, précisant que le jugement moral ne représente qu'une partie de la psychologie de la moralité (Rest, 1994:22).

La littérature sur la moralité n'intègre pas uniquement la recherche sociocognitive développementale. Elle est également enrichie de la recherche des champs de l'apprentissage social, de la psychanalyse, du béhaviorisme et des approches psychosociales (Rest, 1983). C'est lors d'une entreprise de revue de littérature sur le développement moral que James Rest

(1983) en vient à cette constatation de la multidisciplinarité des connaissances sur la moralité. Cet exercice lui permettra de développer un cadre de référence théorique intégrant l'ensemble de ces données : le modèle des quatre composantes psychologiques (*four-component model*) (Rest, 1994:22)². Il est fondamental de noter, afin de contrer les effets d'une littérature éclectique, que le modèle n'est pas une représentation segmentée de l'expérience morale. Ainsi, l'organisation en quatre composantes ne vise pas à diviser la moralité en dimensions cognitive, affective et comportementale, comme c'est généralement le cas dans la littérature sur le développement moral, mais à proposer un modèle intérateur de ces quatre dimensions. La question posée par ce modèle est : « What must we suppose happens psychologically in order for moral behavior to take place? » (Rest, 1994:23). En réponse à cette question, et dans l'esprit d'un modèle intégré, la théorie de Rest propose au moins quatre processus interreliés : la sensibilité éthique (interpréter la situation), le jugement (juger si l'action est moralement bonne ou mauvaise), la motivation (prioriser des valeurs par rapport à d'autres) et le caractère (faire preuve de courage, de persistance, demeurer centré, opérationnaliser les compétences) (Rest, 1994:23, traduction libre).

La sensibilité éthique (SE)

La sensibilité éthique est la conscience de l'effet de nos actions sur les autres. « It involves imaginatively constructing possible scenarios, and knowing cause-consequence chains of events in the real world; it involves empathy and role taking skills » (Rest, 1994:23). Imaginons ici une personne qui n'a pas agi éthiquement en raison de son incapacité à envisager que son action (gestes, paroles, attitudes) puisse éventuellement affecter négativement d'autres personnes. Prenons l'exemple d'un professeur en clinique privilégiant certains étudiants au détriment d'autres en matière de soutien à l'apprentissage. Si un étudiant porte ce comportement à l'attention du professeur et que celui-ci est embarrassé parce qu'il n'a pas pris conscience des effets de son comportement sur certains étudiants, c'est l'interprétation de la situation par l'enseignant qui fait ici défaut. Dans cette situation, le professeur n'a pas su reconnaître (avant d'agir) que son comportement à l'égard de certains

² Ici, l'auteur spécifie que le nombre de quatre n'est pas un absolu : il peut y en avoir plus de quatre. Bredemeir et Shields (*cf.* Rest, 1994:173) en mentionnent douze.

étudiants pouvait en affecter certains autres (diminution de la confiance en soi, sentiment d'incompétence ou de rejet, etc.). Le manque de sensibilité éthique à l'égard d'une situation apparemment banale, ou l'incapacité (consciente ou inconsciente) à reconnaître les impacts de ses actions sur autrui, peut parfois avoir des effets négatifs significatifs sur le bien-être des autres.

Bien que Rest (1994) reconnaisse que son modèle, qu'il qualifie d'itératif, n'implique pas une séquence particulière entre les différentes composantes pour qu'une action morale advienne, il soutient que la sensibilité éthique est *logiquement* et intuitivement la première étape de tout jugement et de toute action morale. Impérative au jugement moral, la sensibilité éthique invite donc à la compréhension de ses réactions spontanées intuitives et émotionnelles à l'égard de situations moralement problématiques (Rest et Narvaez, 1994). Elle consiste principalement, au moyen de processus empathiques, à évaluer l'impact de ses actions sur autrui; elle implique la capacité à imaginer les scénarios possibles ainsi que leurs conséquences réelles sur chacun des acteurs impliqués dans la situation (Rest, 1984). Dans cette optique, la sensibilité éthique constitue une qualité essentielle que doit posséder et développer tout professionnel (Bebeau and Monson, 2008) afin de reconnaître les situations qui devront être soumises à l'analyse éthique.

Le jugement

Cette composante représente notamment l'univers des travaux de Kohlberg, et est la dimension de l'expérience morale évaluée par le DIT³ et la plus investie dans la recherche du domaine de la psychologie du développement moral (Jordan, 2007). Lorsqu'une personne peut sentir qu'une situation est potentiellement problématique en regard du bien-être d'autrui et qu'elle peut entrevoir d'éventuelles lignes d'action, elle doit ensuite pouvoir porter une évaluation lui permettant de choisir la meilleure d'entre elles (éthiquement plus justifiable). Une déficience dans la capacité de jugement peut être démontrée par une justification trop simpliste des choix d'actions en regard de certaines situations complexes. Un directeur à la

³ Le DIT, ou *Defining Issue Test*, est un outil de mesure du jugement moral développé par Rest (1983) et dont nous reparlerons plus tard dans cette section.

qualité d'une entreprise manufacturière de vélos qui déciderait délibérément de ne pas renseigner les consommateurs – pour des raisons économiques – sur les récentes déclarations à l'égard d'accidents causés par un problème de fabrication de la fourche ferait preuve d'un piètre jugement éthique. Ici, le lecteur peut déjà entrevoir la mince frontière qui existe entre les quatre composantes du modèle de Rest, et qui en fait un modèle complexe, intégré et itératif. En plus de faire la démonstration d'un jugement éthique déficient, cet exemple constitue une illustration de la troisième dimension du MQC, soit la motivation morale.

La motivation

Ici, l'exemple notoire de Hitler, Staline et Pol Pot, et de plusieurs personnes impliquées au sein de scandales financiers, nous permet de saisir cette dimension et de la mettre en perspective avec les autres dimensions de la théorie de Rest (1994). L'échec moral de ces individus « is unlikely to be due to deficiencies in awareness of what they were doing (component 1), or because they couldn't figure out what would be the fair thing to do (component 2) » (Rest, 1994:24). C'est plutôt le fait de mettre de côté les considérations morales d'une action au profit d'une autre valeur prioritaire associée à cette action qui caractérise le plus leur échec moral (Rest, 1994:24). Cette composante « has to do with the importance given to moral values in competition with other values. Deficiencies, (in that regard) occur when a person is not sufficiently motivated to put moral values higher than other values – when other values such as self-actualization or protecting one's organization replace concern for doing what is right » (Rest, 1994:24).

Le caractère

Si un PDS fait preuve de sensibilité éthique, d'un bon jugement et d'une excellente capacité à prioriser les valeurs éthiques au profit de la personne sous sa responsabilité, par exemple, mais qu'il n'arrive pas à agir sous la pression et est facilement découragé, il s'expose à agir de manière non éthique. Le courage, la force de l'égo et des convictions sont des attributs du caractère éthique (Rest, 1994). Un caractère moral fort n'est toutefois pas garant des qualités éthiques propres aux autres composantes : l'éthique requiert certains attributs

particuliers à chacune des quatre composantes. Dans le contexte du système de santé (caractérisé notamment par des relations de pouvoir et un manque de ressources et de temps), agir éthiquement pose d'importants défis intellectuels et émotionnels pour les PDS.

Quelques considérations à retenir

Bien que Rest s'inscrive dans une vision cognitiviste de la moralité, trois éléments de sa pensée apparaissent essentiels, considérant que ses recherches représentent l'ancrage des connaissances sur la sensibilité éthique et que certains auteurs négligent parfois de mettre en perspective ces éléments qui participent à nuancer sa pensée.

- 1) Rest (1994) reconnaît la nature itérative de son modèle et propose que la sensibilité éthique soit logiquement la « première étape » de l'expérience morale, donnée n'ayant pas été confirmée par la recherche;
- 2) Rest (1994) poursuit en reconnaissant que l'expérience morale n'est certes pas uniquement de nature cognitive, mais que les limites de la recherche imposent des choix qui obligent, en certaines circonstances, à privilégier une dimension d'un phénomène au détriment d'une autre;
- 3) Rest (1994), dans la définition qu'il propose de la sensibilité éthique, inclut deux dimensions qu'il considère comme essentielles :
 - La première relève des capacités de reconnaissance et d'imagination de différents scénarios ainsi que leurs impacts sur autrui dans la réalité;
 - La deuxième implique que cette capacité est nécessairement sous-tendue par un processus empathique et une capacité à se mettre dans la peau de l'autre. Rest et Bebeau considèrent la sensibilité éthique comme une capacité interprétative complexe, similaire au processus de diagnostic médical. « Without the ability to see a problem from someone else's perspective, without the ability to connect with the lived experience of another, as well as the ability to bring disciplinary expertise to bear, to project consequences, and the like, one cannot identify the issues that present in ill-formed or unstructured problems » (Bebeau, Rest and Yamoore, 1985; Bebeau, Rest and

Narvaez, 1999). Chacune des composantes du FCM implique à la fois des processus cognitif et affectif, et l'ensemble du modèle est basé sur un mode d'interaction itératif.

Si c'est le jugement moral qui suscite le plus d'intérêt en recherche dans le domaine de la psychologie du développement moral, cette situation ne reflète pas la relative importance de cette composante au sein du FCM. Elle pourrait plutôt être une conséquence du nombre important de mesures fiables disponibles pour l'analyse de ce concept particulier – tel que, par exemple, le *Defining Issues Test* (DIT) (Rest, 1979) et le *Moral Judgment Interview* (MJI) (Colby and Kohlberg, 1987; Jordan, 2007). Le FCM démontre clairement l'interconnexion entre l'affect, la cognition et le comportement : une cognition n'est pas possible sans affect, et tout comportement possède une connexion affective ou cognitive (Bebeau, Rest and Narvaez, 1999).

Concept interdisciplinaire – utilisé par exemple en administration, en sciences infirmières et en marketing –, la sensibilité éthique a été initialement introduite par Rest (1979) et définie depuis de différentes manières. Certains auteurs ont une approche très inclusive du concept (Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Comrie, 2011), tandis que d'autres le réduisent en négligeant de le situer dans le contexte de la théorie (c'est-à-dire le FCMC) d'où il est emprunté (Owhoso, 2002; Lützné et al., 2010; Schluter et al., 2008). Or, aux fins de notre thèse, nous retenons la définition de Bebeau (2002) parce qu'elle offre l'avantage d'inclure les dimensions originales du FCM de Rest et qu'elle s'adresse directement au développement moral dans les professions de la santé :

Ethical sensitivity involves the ability to interpret the reactions and feelings of others. It involves being aware of alternative courses of action, knowing cause-consequence chains of events in the environment and how each could affect the parties concerned. As such, it involves empathy and role taking skills. For individuals socialised to professional practice, ethical sensitivity involves the ability to see things from the perspective of other individuals and groups (including other cultural and socio-economic groups), and more abstractly, from legal, institutional and national perspectives. Thus, it includes knowing the regulations, codes and norms of one's profession, and recognising when they apply. In professional settings, the focus is on ethical sensitivity. Rather than the more general "moral sensitivity", to signal the distinctive expectations of the profession that derive from the norms and codes that govern professional practice (Bebeau, 2002:283).

Si les PDS ont la responsabilité de développer leur jugement éthique en pratique afin d'être en mesure de justifier leurs choix de manière articulée (Bebeau, 1994), il est possible de déduire logiquement que cette responsabilité doit être conjuguée à une capacité à reconnaître, dans une perspective empathique, les situations éthiquement problématiques – c'est-à-dire faire preuve de sensibilité éthique (Rest, 1994). Par contre, la sensibilité et le jugement éthiques sont deux phénomènes distincts appelant des stratégies d'enseignement différentes (Rest and Narvaez, 1994). Or, dans un contexte de formation professionnelle priorisant le développement des dimensions cognitives de l'éthique au détriment de ses dimensions affectives, tel que nous l'avons déjà mentionné, il serait raisonnable de croire que plusieurs PDS ne sont probablement pas adéquatement formés en matière d'éthique professionnelle. Ne pas être en mesure d'appréhender le risque potentiel de ses actions à l'égard des patients, de leurs proches ou des collègues peut avoir des conséquences dramatiques sur ces personnes (détérioration générale de l'état de santé, bris de la relation de confiance, etc.). Ne pas être sensible éthiquement peut être un obstacle à la responsabilité professionnelle et, conséquemment, peut conduire à la violation des codes de déontologie professionnelle. Nous porterons donc une attention particulière à cette dimension de l'éthique professionnelle au chapitre 3 de notre thèse, ce qui nous permettra de mieux comprendre comment cette capacité s'inscrit dans l'expérience éthique des PDS et de mettre en lumière certains impacts sur la formation à l'éthique professionnelle en santé.

Résumé

Ce bref survol du modèle des quatre composantes de Rest (1994) nous permet de constater que l'expérience morale des PDS est beaucoup plus complexe que ne le laisse croire, notamment, la tangente analytique des programmes de formation à l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé. L'éthique professionnelle ne se limite pas au développement du jugement éthique. La sensibilité éthique, *impérative* au jugement éthique, doit inévitablement être prise en considération pour soutenir le façonnement de PDS capables minimalement de reconnaître les situations éthiquement problématiques. Sans cette capacité, il devient notamment impossible d'imaginer des scénarios, de juger de la meilleure option et

éventuellement d'agir (ce qui inclut la non-action) afin d'améliorer la situation. Le développement éthique, selon la perspective de Rest, représente donc davantage que le jugement éthique à lui seul et implique des processus psychologiques à la fois cognitifs et émotifs chez le PDS. Agir éthiquement n'est pas uniquement le fruit du jugement éthique. Reconnaître, analyser, prioriser et agir n'existent que dans la mesure où un agent reconnaît, analyse, priorise et agit.

Considérant que le contexte de la pratique professionnelle en santé pose l'exigence de l'action par le PDS, et que ce PDS est assujéti à de hauts standards éthiques, la prochaine étape de notre questionnement doit nécessairement nous convier à nous demander : « qui est ce PDS sur qui l'on peut compter? » Comment peut-on s'assurer que le PDS puisse agir selon son jugement éthique? L'éthique professionnelle ne peut se borner, comme déjà mentionné, à son caractère déontologique ni aux aléas d'un bon jugement éthique. En d'autres termes, le fait qu'un PDS soit assujéti à des obligations professionnelles, qu'il les comprenne rationnellement et qu'il développe un bon (ou un excellent) jugement éthique ne garantit pas qu'il agira (ce qui inclut le non-agir) conformément à ce jugement.

Dans le contexte de l'éthique professionnelle en santé, ce problème de l'action est central et se pose souvent indirectement en évoquant, par exemple, des questions plus larges relativement au développement de compétences professionnelles (Sorlie, Kihlgren and Kihlgren, 2005; Peter and Gallop, 1994). Appelée « akrasia » en grec, ou « faiblesse de la volonté », cette problématique de l'action remonte à aussi loin que Platon (Taylor, 1980) et constitue encore aujourd'hui un lieu de questionnement intense autant pour les philosophes (Mele, 2010) que pour les psychologues du développement moral (Walker, 2004; Tappolet, 2013). Ces derniers ont l'avantage d'enrichir notre réflexion avec des données de la recherche empirique contribuant à améliorer la validité des concepts à l'étude en les rapprochant de la réalité des pratiques. C'est la perspective identitaire de Blasi (1984) qui nous permettra de : 1) mieux comprendre ce problème de l'action; et 2) élaborer, dans le cadre du chapitre 4, une proposition de modèle théorique approprié au contexte des professions de la santé, les *professional ethics identity tendencies* (PEIT).

Les modes identitaires d'Augusto Blasi (1984)

Cette question relative à l'action en éthique n'est pas, comme déjà mentionné, un précédent dans les domaines de la psychologie et de la philosophie. Par ailleurs, l'approche d'Augusto Blasi à l'égard de cette question non seulement offre une perspective innovante – et moins exploitée – de l'identité (plutôt expérientielle et interne à la personne), mais est également une avenue intéressante pour critiquer, de manière constructive, la vision dominante de l'identité (plutôt rationnelle et externe à la personne). Notre recherche n'a pas pour but de dresser un portrait exhaustif des tendances en la matière. Elle est plutôt un modeste premier pas, largement inspiré des modes identitaires de Blasi, vers des territoires peu explorés de l'éthique professionnelle, à partir desquels pourront s'arrimer des discussions et des recherches pouvant s'étendre au-delà des confortables frontières de la rationalité.

L'identité selon Blasi : une brève perspective

L'identité peut être définie de multiples manières et à partir de perspectives épistémologiques variées, telles que la philosophie (Heil, 2012; Ricœur, 1990), la psychologie (Blasi and Glodis, 1995; Blasi, Noam and Wren, 1993; Lapsley and Narvaez, 2004; Lapsley and Power, 1998) et la sociologie (Tajfel, 2010; Brown, 2000). L'identité, dans sa perspective dominante, est généralement appréhendée à partir de contenus particuliers (une profession, des idéaux, un style de vie, l'ethnicité, la culture, l'âge, le genre, etc.) considérés, par une personne, comme essentiels à la définition de soi (Blasi, 1991a). Blasi (1991a) reconnaît que ces contenus particuliers peuvent s'avérer fondamentaux dans la vie d'une personne. Par ailleurs, selon sa perspective identitaire, ces contenus déterminent l'identité de la personne dans la mesure où celle-ci entretient une relation de type particulier avec son identité. Ce sont à ces différents types de relation à soi que correspondent les modes identitaires de Blasi, et qui permettront de mieux comprendre la perspective sur laquelle repose la vision singulière privilégiée par notre thèse à l'égard de l'identité professionnelle.

Largement inspirée des travaux d'Erikson⁴ et considérée dans sa perspective psychologique, l'identité renvoie à l'expérience d'une sens particulier de soi (plus conscient, plus individuel) qui commence à se manifester à la mi-adolescence (Blasi, 1993)⁵ et qui est perçue comme le niveau de transformation le plus élevé de soi (Blasi, 2004b). Blasi qualifie cette forme spéciale du soi définissant un individu de sens du *vrai soi* (sense of *true self*), c'est-à-dire un sens du soi différent de celui des autres individus. Selon la perspective eriksonienne⁶(Erikson, 1968), l'identité est composée de trois principales dimensions, intimement et essentiellement liées entre elles⁷ : 1) *structurale* (les processus sous-tendant le développement identitaire); 2) *sociale* (les processus d'intégration personnelle au sein de certains rôles sociaux et d'idéologies culturelles); 3) *phénoménologique* (l'expérience subjective de soi, teintée par les choix occupationnels, politiques, religieux et moraux) (Blasi, 1993). C'est à cette troisième composante phénoménologique subjective de l'identité, largement négligée par la recherche en psychologie (Blasi and Milton, 1991), que s'intéressent les travaux de Blasi ainsi que ceux de notre thèse.

Cette perspective n'est pas simple à comprendre. Il suffit, par ailleurs, de considérer que les actions de « communiquer », de « prendre soin » et de « ressentir » ne pourraient exister sans qu'il y ait un agent (par exemple un PDS) qui communique, prenne soin et ressent. Mais qui est celui ou celle qui communique, prend soin et ressent? L'expérience de

⁴ Bien que les modes identitaires de Blasi reposent en partie sur les travaux d'Erikson sur l'identité, ils s'en démarquent néanmoins de plusieurs manières. Une de celles-ci étant que, malgré le fait que Blasi « still generically defines identity as the experience of a more central personal reality essential to one's sense of self », il suggère également qu'il existe des différences de nature développementale associées à cette dimension, dont nous discuterons plus loin dans le chapitre 4 de cette thèse (Blasi, 1993:102).

⁵ Il m'apparaît important de souligner que les modes identitaires de Blasi sont particulièrement pertinents pour adresser des problématiques en lien à l'identité dans le contexte précis de l'âge adulte. Dans le cadre de cette thèse, qui porte sur les PDS, cette limite ne pose pas de problèmes. Par ailleurs, il est important de préciser que l'utilisation de nos travaux dans le cadre de recherches impliquant des enfants ou des adolescents devrait obligatoirement faire l'objet de questionnements et de réajustements importants.

⁶ Les recherches dans le domaine de la psychologie ont investi ces dimensions de manière particulière, négligeant l'aspect phénoménologique de l'identité. Plus encore, tel que le cite Blasi, « Erikson did not seem to feel completely comfortable with the phenomenological aspect of identity. For instance, he found unnecessary and even mistrusted the explicit focus on the question, "Who am I?" In addition, he did not precisely know what to do theoretically with the subjective experience of self » (Erikson, 1968, chap. 5).

⁷ Blasi se distingue d'une autre manière de la conception de l'identité d'Erikson. Selon la perspective de ce dernier, il existe une variété de questions essentielles de nature sociopsychologique impliquées dans le domaine identitaire d'une personne (telles que, par exemple, le choix d'une profession, l'adoption d'un système de valeurs et la détermination des rôles et de l'orientation sexuelle). Du point de vue de Blasi et en principe, chacune de ces questions, considérées individuellement ou en relation les unes avec les autres, peut constituer un terrain fertile pour le développement identitaire (Blasi, 1991).

rencontre avec cette personne particulière, ce *vrai soi*, est intrinsèque à cette personne. Mais alors, la réponse à cette question est beaucoup plus que le simple fait d'affirmer que je suis Marie, Paul, une infirmière, un mécanicien ou un médecin. Ce *vrai soi* correspond plutôt à l'expérience – et à la compréhension – qu'il existe en soi quelque chose d'unique : un soi qui est son « propre » *vrai soi*, et non celui d'une autre personne.

Blasi aborde la question de l'identité sous l'angle de l'agent *qui se connaît* (*the agent as a knower*), contrairement à l'agent *qui est connu* (*the agent as known*). En d'autres termes, il existe ce que l'on pourrait appeler des *préconditions* (vivre en conscience d'un monde psychologique intérieur, par exemple) afin que toute identité (personnelle ou professionnelle) soit déterminée par ces contenus spécifiques (tels que les valeurs et les principes professionnels). L'éthique, dans cette optique, est une caractéristique de la personne et non le seul résultat d'un processus analytique (de type cognitif) (Blasi, 1993:99). Ces *préconditions*, qui correspondent aux caractéristiques de chacun des modes identitaires de Blasi, seront brièvement décrites dans la prochaine section. Ces modes peuvent être considérés comme des descriptions des différentes manières – plus ou moins matures – dont une personne est en relation avec elle-même, avec son identité (*self*).

Modes identitaires

S'appuyant sur une ré-analyse des stades de développement de l'égo de Jane Loevinger⁸ (Loevinger, 1976, 1979) Blasi suggère qu'il existe trois principaux modes relationnels au *soi* (du moins au plus mature) rencontrés chez les individus :

- 1) le mode *social role identity*, où la personne se définit à partir de référents superficiels et externes (l'apparence, l'impulsivité, les émotions, les *rôles* et les attentes sociales);
- 2) le mode *identity observed*, qui réfère au premier pas vers une réelle identité et est caractérisé par la découverte d'un univers psychologique perçu comme le soi réel (*real/true self*). Le soi est ressenti comme un don naturellement acquis et se définit à partir

⁸ L'égo, selon Loevinger, renvoie à « that aspect of personality that establishes a basic unity by constructing the meanings that one gives to oneself, other people, and the surrounding world » (Blasi, 1993:103). Ses principaux travaux rendent compte de différents stages séquentiels et développementaux en lien avec une perspective plus large de la construction du sens.

de référents émotivement liés à la personne (par exemple les opinions ou les idées spontanées);

- 3) le mode *management identity*, où, bien que centrales, les émotions sont transcendées par des idéaux et une philosophie de vie. Le soi n'est plus vécu comme un don naturel reçu passivement : la personne se sent responsable du choix des valeurs et des idéaux à partir desquels elle s'identifie (Blasi, Noam and Wren, 1993) (Tableau 2).

Ces modes, organisés dans une séquence développementale, correspondent aux stades de développement de l'égo de Loevinger⁹ (Blasi and Glodis, 1995; Blasi and Milton, 1991; Blasi, Noam and Wren, 1993). Chacun de ces modes est caractérisé par cinq dimensions particulières (sens/sentiments) propres à l'identité (expérience du soi) :

- 1) Sens du vrai soi (*sense of true self*) ou l'expérience intérieure d'une individualité/unicité particulière construite autour d'idéaux précis constituant les fondements à partir desquels une personne se définit; le sentiment d'*être à la maison avec soi-même* (mon groupe d'amis définit qui je suis);
- 2) Sens de la sincérité (*sense of sincerity*) ou la perspective (plus ou moins superficielle) à partir de laquelle une personne se sent fausse ou sincère (je me sens sincère si je réponds aux attentes sociales);
- 3) Sens de la responsabilité à l'égard de soi (*sense of responsibility*) ou le degré de responsabilité ressenti par une personne en ce qui a trait à son développement personnel (si une personne ressent que l'identité est une réalité acquise, il est peu probable qu'elle se sente responsable de sa construction);
- 4) Sens de trahison du vrai soi (*sense of true self-betrayal*) ou comment et à partir de quelle perspective une personne vit l'expérience de ne pas agir en cohérence avec son vrai soi, selon qui elle est (cela peut être vécu comme inimaginable pour certains);
- 5) Sens d'un engagement à l'égard de son identité (*sense of true commitment to one's identity*) ou comment et jusqu'où une personne est engagée envers qui elle est – son vrai soi –, à travers ses activités quotidiennes et en ce qui a trait au maintien et à la protection

⁹ Les stades du développement de l'égo, à partir desquels les modes identitaires de Blasi ont été développés, sont, respectivement : « stage 1-3 or Conformist; stages 1-3/4 or Conscientious-Conformist; stages 1-4/5, 1-5, and 1-6, or Individualistic, Autonomous, and Integrated » (Blasi, 1993:121).

de soi, protection de son intégrité (une personne peut choisir d'agir en fonction de l'attente de ses pairs).

Tableau 2. Les modes identitaires de Blasi

	SOCIAL ROLE IDENTITY	IDENTITY OBSERVED MODE (EARLY IDENTITY)	MANAGEMENT IDENTITY MODE
Vrai soi	<ul style="list-style-type: none"> • Ne fait pas l'expérience d'un monde psychologique unique et d'un vrai soi; • Définit le soi à partir de référents externes (p. ex. : activités préférées, apparence, attentes des pairs) et de tendances « naturelles »; • Entretient un lien émotionnel superficiel avec ces repères. 	<ul style="list-style-type: none"> • Découvre un monde psychologique (quasi substance) composée d'émotions spontanées, de perceptions, d'opinions et de croyances perçues comme le vrai soi; • Considère le soi comme une nature acquise inchangeable; • Fait la différence entre le soi intérieur (psychologique) et extérieur (social). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se définit à partir d'idéaux, de buts, de standards et d'une philosophie de vie consciemment choisis; • Construit le soi à travers un exercice réflexif actif; • Considère le soi comme une réalité sur laquelle un certain pouvoir peut être exercé.
Sincérité	<ul style="list-style-type: none"> • Définit la sincérité comme la capacité à agir selon ses tendances naturelles; être « faux » induit une peur de représailles de la part de figures autoritaires; • Démonstre une difficulté, voire incapacité à identifier des objectifs signifiants (agence) sous-tendant l'action et la réflexivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définit la sincérité par la correspondance entre les émotions ressenties et le comportement; être « faux » suscite une importante autocritique; • Accorde de l'importance à la réflexion et l'observation personnelle, et à l'expression des émotions en lien à soi (par exemple, la confusion, la confiance en soi, la fierté, le respect de soi). 	<ul style="list-style-type: none"> • Définit la sincérité en projetant une image (réelle) correspondant aux idéaux, aux standards et à une philosophie de vie activement choisis; réalité non questionnable.

Responsabilité à soi	<ul style="list-style-type: none"> • Ne déploie aucun effort pour le développement de soi; • Confond les idéaux avec les activités préférées et les perçoit comme des moyens pour réaliser des projets externes, superficiels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les idéaux choisis sont importants pour les émotions qu'ils génèrent, pour soi, pas encore pour les idéaux en eux-mêmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fait preuve d'agence dans la construction de soi (par exemple, fait face à ses problèmes et responsabilités en s'améliorant et en assumant ses choix); • Se sent responsable et considère le développement de soi comme un processus actif; • La responsabilité et le devoir deviennent des catégories centrales du soi.
Trahison du vrai soi	<ul style="list-style-type: none"> • Ressent comme une trahison de soi lorsque succombe à la pression sociale au détriment de ses inclinations naturelles; • Ne ressent pas cette trahison comme une menace à l'identité ni ne suscite de critique de soi significative. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend la trahison de soi comme l'incohérence d'un comportement à l'égard de ses opinions, ses émotions spontanées, ses croyances (ses attributs); • Ressent cette incohérence comme un simple changement dans les traits de personnalité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définit la trahison de soi comme n'étant pas à l'écoute, en cohérence avec ses idéaux; cette possibilité est inimaginable et peut être vécue comme une fracture identitaire.
Engagement à son identité	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstre une certaine responsabilité à travers le respect de ses inclinations naturelles et en résistant aux pressions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstre une certaine responsabilité à travers la concrétisation de ses sentiments spontanés auxquels il/elle est passivement attaché(e). 	<ul style="list-style-type: none"> • Incarne ses engagements au sein de l'ensemble de ses activités quotidiennes; l'identité doit être réalisée en action.

Par exemple, et très brièvement, une personne dont le *profil relationnel à soi* correspond au premier mode de Blasi possède généralement une très faible capacité réflexive et, par conséquent, ne possède pas de sens particulier des responsabilités en ce qui a trait à son développement personnel. Cette personne tend à réduire la définition de qui elle est à ses activités préférées ou à l'impulsivité du moment. Dans le contexte des professions de la santé, cela pourrait se traduire par une personne qui souhaite devenir un PDS parce que c'est « cool » et socialement valorisé. Dans les modes plus matures, la personne présente une capacité réflexive émotionnellement enracinée dans des choix conscients à l'égard de ses standards de vie. Cette intériorité s'accompagne d'un sens aigu des responsabilités à l'égard du maintien et

de l'amélioration de soi (Blasi, 2004b). Dans le contexte des professions de la santé, ce mode pourrait notamment se traduire par une personne qui souhaite devenir un PDS parce que prendre soin d'autrui est un choix conscient (en devenir) qui constitue un incontournable dans la définition qu'elle se fait d'elle-même (soi). Dans une telle perspective, il n'est pas suffisant pour une personne d'agir « éthiquement » pour être considérée comme éthique (soutenir un collègue pour accomplir sa tâche, par exemple). L'acte est éthique dans la mesure où le geste est posé pour l'idéal éthique lui-même (la collaboration) et non motivé par les intérêts d'un agenda personnel caché (pour être reconnu par les pairs ou obtenir une promotion).

Dans cette logique, Blasi présume que les personnes sont différentes non seulement parce qu'elles développent une identité différente/particulière ou qu'elles la développent autour de différents contenus (traiter ou prendre soin, par exemple), mais également parce qu'elles peuvent être en relation avec elles-mêmes (soi) de différentes manières (subjectivement), malgré le fait que les contenus autour desquels elles construisent leur identité soient les mêmes (autour, entre autres, de valeurs professionnelles communes). L'identité, selon Blasi, se doit (contrairement à la perspective plus classique) d'être, d'une part, considérée à travers l'expérience subjective de la personne et, d'autre part, définie, tel que déjà mentionné, comme un sens particulier du soi (plus ou moins conscient, individuel et affirmé). Cette expérience particulière et subjective du soi naît généralement, mais pas exclusivement, à partir de la mi-adolescence et poursuit sa maturation jusqu'à l'âge adulte; les modes sont de nature développementale.

De manière imagée, et appréhendée dans le contexte des PDS, la perspective de Blasi suggère que le *terrain intérieur* de l'agent (par exemple les infirmières) doit être fertile si nous souhaitons que les influences professionnelles externes aux PDS (telles que les valeurs et les principes professionnels) puissent être incarnées et offrir la motivation nécessaire à l'action éthique. Ainsi, l'identité ne doit pas être considérée exclusivement et prioritairement à partir de considérations professionnelles externes et objectives (telles que la compréhension du code d'éthique ou le comportement), comme c'est généralement la tendance dans le milieu de l'enseignement de l'éthique dans les professions de la santé (et en bioéthique), mais prioritairement et non exclusivement à partir de la perspective interne et subjective de l'agent.

L'approche de Blasi est de nature cognitive. Une des particularités de son approche est notamment de comprendre l'identité personnelle comme une réalité impliquant à la fois la raison et la vérité (à partir de la perspective de l'agent) comme sources de motivation à l'action. En d'autres termes, une personne peut comprendre intellectuellement que voler l'argent d'autrui est répréhensible, mais si cette personne ne *vit* pas la valeur d'honnêteté comme une vérité propre à qui elle est, voler devient une solution possible pour répondre à des intérêts personnels plus égocentriques (tels que s'enrichir). Cette approche développementale est, nous croyons, une perspective intéressante à partir de laquelle il est possible d'acquérir une compréhension plus globale de l'éthique professionnelle, qui transcende la perspective corporative dominante. Devenir un professionnel implique finalement l'ensemble des dimensions et des compétences de l'individu qui, selon nous, devra travailler (plus ou moins intensément) afin d'incarner (plus ou moins profondément) les standards professionnels (tels que les valeurs et les principes) propres à une profession particulière (telle que la médecine ou la physiothérapie).

Les professional ethics identity tendencies (PEIT) en bref

Bien que Blasi discute explicitement de certaines implications pour l'éthique (Blasi, 1993), ses modes identitaires n'ont pas été induits d'une recherche impliquant des PDS. De plus, Blasi n'a pas, partant de ses modes identitaires, suggéré de cadre normatif qui permettrait de soutenir la réflexion en éthique au sein des professions de la santé. Au chapitre 4 de cette thèse, nous formulerons donc, à partir des modes identitaires de Blasi et en utilisant une approche à la fois inductive et déductive, les tendances professionnelles identitaires – *professional ethics identity tendencies* (PEIT). Ces PEIT, que nous intégrerons dans notre modèle de la déontologie réflexive – *legal dualistic identity tendency, deontological identity tendency, reflexive deontology identity tendency* –, offriront un cadre normatif à la question de l'identité professionnelle dans le contexte précis des professions de la santé et proposeront une manière de mieux comprendre comment les devoirs professionnels peuvent s'incarner chez le PDS et motiver à l'action professionnellement responsable.

Résumé

Dans le contexte des pratiques professionnelles en santé, le façonnement de PDS éthiquement responsables est de toute première importance. Connaître et comprendre ce « qui doit être fait » et faire preuve de jugement éthique, aussi excellent puisse-t-il être, n'est pas garant du fait qu'une personne agira selon ce jugement. Dans l'action, il y a celui ou celle qui agit, l'agent. Il appert, selon les modes identitaires de Blasi – *social-role identity*, *identity observed* et *management identity* –, que cette action est principalement tributaire du type de relation qu'entretient une personne avec elle-même (soi). La personne est partie intégrante de l'action et, quels que soient les idéaux auxquels elle est soumise, c'est la qualité de cette relation à soi qui contribue prioritairement à faire en sorte que ces idéaux aient un impact en pratique. Cette perspective identitaire de Blasi quant au problème de l'action nous permettra d'élaborer un cadre normatif en matière de développement identitaire dans le cadre du développement professionnel en santé – *professional ethical identity tendencies* (PEIT).

Conclusion

Notre thèse, fidèle à sa prétention réflexive, prendra donc son envol dans un exercice réflexif réalisé par l'auteure (infirmière) et inspiré de la « petite éthique » de Paul Ricœur. Cette approche a l'avantage de nous contraindre, dès les premiers instants, à une intériorité dont l'exercice théorique pourrait avoir tendance à nous soustraire. Cet exercice permet de mieux comprendre les exigences, pour un PDS, d'agir selon les standards d'excellence éthiques des professions de la santé (chapitre 2). Il démontre notamment qu'une pratique clinique fondée sur des standards éthiques de haut niveau confronte à d'incontournables tensions et oblige parfois à des choix difficiles (arrêt de traitement, par exemple) auxquels les PDS ne sont pas toujours bien préparés, tant pour l'analyse que pour l'action. La structure générale de la « petite éthique » et de ses niveaux du jugement médical (réflexif, déontologique et prudentiel) de Ricœur (Ricœur, 1990, 2001) ainsi que certains de ses concepts clés, tels que la *sagesse pratique* et l'*imagination*, permettront de mieux comprendre, dans une perspective philosophique, comment le PDS peut faire correspondre son idéal clinique à celui de l'exigence éthique.

Par ailleurs, le modèle des quatre composantes de Rest (Rest and Narvaez, 1994) invite à prolonger la réflexion au cœur de la complexité psychologique de l'éthique et au-delà des dimensions strictement cognitives de l'éthique, en proposant que pour qu'une action éthique advienne, au moins quatre processus psychologiques doivent avoir lieu chez les personnes (sensibilité, jugement, motivation, caractère). Cette perspective, qui fait état de l'extrême complexité de l'expérience éthique, nous conviera à nous questionner notamment sur nos méthodes d'enseignement, qui ne prennent généralement en compte que la dimension cognitive de l'éthique professionnelle (chapitre 3) et négligent le développement de compétences plus sensibles (la sensibilité éthique) au profit du jugement éthique, lequel, somme toute, peut être un retranchement utile afin de ne pas confronter la réalité qui risque de résonner en soi.

Aussi faut-il se demander, par-delà le jugement éthique et notre compréhension des situations, ce qui peut contribuer à assurer qu'une personne agira en fonction de ce jugement. En d'autres termes, qui est cette personne qui reconnaît, analyse et agit éthiquement (ou non éthiquement) à l'égard de situations particulières? Les modes identitaires de Blasi non seulement permettront de saisir les implications du développement identitaire concernant cette question, mais encore agiront comme fondements au développement d'une proposition normative novatrice, destinée à éclairer le domaine de l'éthique professionnelle en santé (chapitre 4). Si, comme nous l'avons mentionné en introduction de cette thèse, notre prétention au départ était de développer un modèle de la déontologie réflexive (MDR) consistant en deux principales phases – 1) identifier les constituants de l'éthique professionnelle et 2) illustrer la dynamique entre l'ensemble de ces constituants –, l'ampleur du travail pour la réalisation de la première phase nous a contraint à suspendre la deuxième. Le MDR sera donc développé ultérieurement aux travaux de cette thèse de recherche. Les détails de cette aventure théorique seront offerts en conclusion de la thèse.

Chapitre 2. Ricœur’s “Petite Éthique”: An epistemological perspective for clinician-bioethicists

Potvin, M.-J. *HEC Forum* 2010, **22**(4):311-326.

Abstract

The passage from a posture of clinician to that of clinician-bioethicist poses significant challenges for health professionals, most notably with regards to theoretical or epistemological views of complex ethical impasses encountered in clinical settings. Apprehending these situations from the only clinical perspective of the nurse or the doctor, for example, can be very unproductive to help solve this kind of situation and certainly poses great limits to the role of the clinician-bioethicist. Drawing on my own experience as a former nurse who, following graduate studies in bioethics has begun providing ethics consultation services, I argue that clinicians must undergo an epistemological transformation in order to become clinician bioethicists. A source of inspiration or framework for would-be clinician-bioethicists is, I suggest, the “petite éthique” developed by the contemporary French philosopher Paul Ricœur. Specifically, clinician-bioethicists should develop specific core ethical competencies (in line with the conclusions of the American Society for Bioethics and Humanities [1998]), namely: *savoir* or knowing, *savoir-faire* or knowing how to do, and *savoir-être* or knowing how to be.

Keywords

Bioethics, ethics, clinical ethics, Paul Ricœur, core competencies.

Acknowledgments

I would like to express gratitude to Dr. Bryn Williams-Jones for his in depth revision, comments, support and discussion that have improved this manuscript over the course of its

development. I also would like to thank Dr. Marie-Ève Bouthillier for her feedback on a preliminary version of this paper and for the opportunity of rich discussions about clinical practice. I finally would like to thank Jocelyne Chicoine for all her editorial support throughout the process.

Introduction

“It may seem unusual for the ethics consultant to recommend a medical/psychiatric diagnosis and to suggest treatment as part of an ethics consult. Few of us wear only one hat. I am trained as an internist and geriatrician. I cannot ignore more than twenty years of practice” (Graig and Winslow, 2008:99).

As surprising as it may sound for some, this assertion nevertheless represents a common conflict experienced by many health professionals involved in providing clinical ethics consultations. Shifting roles from being a clinician to a bioethicist or clinical ethics consultant is not an easy task. Originally trained as a nurse, I was faced with this ambiguity at the very start of my practice as a clinician-bioethicist.¹⁰ Inspired by the “petite éthique” (Little Ethics) of Paul Ricœur (1990), and building on a philosophical analysis of a particular experience that occurred during a clinical ethics consultation, this paper is a reflection on my evolving epistemological perspective as a clinician-bioethicist.

The expression “epistemological perspective” needs to be clarified in the context of this analysis in order to avoid confusion about a concept which already has a plurality of meanings in the literature. This expression is used here to focus the reader’s attention on the fact that professionals, such as nurses or physicians for example, base their professional judgments and action on knowledge specific to their own field of expertise. I hypothesize therefore, that this knowledge gives these professionals a particular disciplinary or professional “perspective”, a way of apprehending reality which is particular to what they have learned and experienced in their professional practice. As I will show, this way of

¹⁰ This experience happened at the beginning of a clinical ethics mentorship with a senior clinical ethicist, and took place in three different health care institutions in which I was involved for more than a year and a half.

perceiving the clinical world has a direct impact on the clinician's role or approach to performing clinical ethics consultations.

For reasons of confidentiality, and considering that I do not present here a formal case study, the presentation of my experience in a clinical ethics consultation has been modified. Following this contextual set-up, I will describe my initial *clinical epistemological perspective*, that is, my spontaneous reaction during the ethics consultation. I then establish the philosophical path taken in my analysis – part of my own process of thinking through this clinical ethics experience – beginning with a brief biography of Paul Ricœur and a general survey of his theory, the “*petite éthique*” (Ricœur, 1990). This then provides the basis for an analysis of how some of Ricœur's key concepts – such as *solicitude*, *naive solicitude*, *critical solicitude*, *practical wisdom*, *argumentation ethics* and *imagination* – could be helpful in better comprehending the tensions (and possible resolution) that arise when the bioethicist's and clinician's epistemological perspectives are combined in the role of clinician-bioethicist.

A Story for Reflection

The case upon which I base my reflection involves an eighty year old man, who I will call Mr Miles. For the past ten years, Mr Miles has been suffering from an organic cerebral syndrome and a number of encephalopathic problems. He has been bedridden in a senior's center all this time and is being fed artificially. Mr Miles can no longer speak and does not recognize his visitors. In the past six years, he has been hospitalized four times for treatment of relapsing cellulitis at the feeding tube site. The treatment of this condition requires the removal of the feeding tube and the installation of a feeding alternative; however, considering Mr Miles' general condition, the options are limited.

During his most recent admission, and the one which led to the clinical ethics consult, the treating team decided to introduce a nasogastric tube to feed Mr Miles until the cellulitis could be eliminated. However, complications arose when inserting the nasogastric tube and compromised this option. The effective migration of the feeding tube towards the intestine by peristalsis was compromised by Mr Miles' sedentarity, and so it became impossible to proceed with the installation. The treating doctor was hesitant to force the tube into place as the

procedure would be very painful for the patient, and Mr Miles was incapable of expressing his wishes about this invasive procedure. The medical team believed that it was not in Mr Miles' best interest to continue to undergo such painful intervention which, from a medical perspective, showed little hope of success. Furthermore, the team perceived that Mr Miles' adult children had difficulty "letting go" of their father, in part because of how this decision reflected on their own sense of mortality, but also because their judgment was misguided by their prejudice towards artificial feeding. As a result, the medical team wished to discontinue artificial feeding and to offer only comfort care to the patient, an approach that for them represented the most appropriate strategy given Mr Miles' actual condition.

Mr Miles' children were articulate and composed, and showed love and care for their father. Closely implicated in all the decisions for his care and treatment, they had expressed mistrust about the intentions of the medical team: "We have been told that it is expensive to treat our father, we wonder if this is not the reason why they want to end his life". The children were categorically in favour of continuing with the artificial feeding. The intense emotions generated by this situation were palpable for all involved. These conflicting emotions resonated within me, challenging my perspectives as a clinician (a nurse for more than 20 years) and were one of the major turning points in my training as a bioethicist.

I chose to present this particular consultation (from among many others I had participated in during my bioethics training) because of the intensity and the significance of my reaction, and because of the awareness that it created with regards to my epistemological perspective as a health professional. Moreover, the animated debate around the status of artificial feeding raised by this case, namely to what extent artificial feeding corresponds either to treatment or to basic care, added to the emotional burden created during the consultation (Doucet, 2008).

From the very first meeting with the family, I felt a strong feeling of concern for the children of Mr Miles. I empathised with their suffering, as well as the feeling of helplessness in the face of the power of medical authority, the burden of responsibility in deciding the course of their father's life, and the apprehension of the eventual grief of his death. Spontaneously, I felt a responsibility to restore the relationship of trust between the family and the medical team, which seemed, in light of their words, to have deteriorated over the years.

The children used the term “hospital battlefield” to illustrate their feelings about a situation they considered somewhat violent. “Doctors have too much power over a person’s life and death”, they said.

The situation provoked me to ask myself the following question: “What if this was my own father or mother?” The suffering of this family resonated with my own personal vulnerability; and as a health care professional, my perception of this suffering invited me to act towards this family in a compassionate manner. Compassion and care are at the heart of the nursing act and part of our professional code of ethics. However, this concern – or “solicitude” in the language of Ricœur – created a significant tension for me, due to my position as both a nurse and a bioethicist in training. My first impulse, to directly and intensively defend the patient, was clearly driven by an epistemology of nursing that favors *advocacy*, or in other words, *the responsibility related to the defence of the most vulnerable* (MacDonald, 2007; Nickel, 2006).

Despite its obvious importance in the context of clinical nursing care and its relevance to clinical ethics consultation, the responsibility of nurses to advocate for patients is not necessarily the same as that for clinical bioethicists. The particularity of the situation (e.g., a breach of confidence between the patient/family and members of the health care team) and the ethical culture of the organisation (e.g., bioethicists who engage in independent ethics consultations with the patients/family, who work as part of clinical ethics committees and/or support the development of ethical competency on the part of health care teams) are some dimensions or responsibilities that could influence the bioethicist’s decision to advocate more or less directly for the patient and his family. So while the protection of the most vulnerable is clearly of prime importance for the clinical bioethicist, the way that this responsibility is actualised will certainly vary according to contextual and personal dimensions. To advocate for the patient in a disproportionate manner has the potential to undermine the consultation process, because it involves a bias against the concerns or values of the health care team; such a stance may also demonstrate a loss of critical insight regarding the broader situation and context of the ethical consultation.

Several factors led me to conclude that there was something wrong with my general attitude. In particular, the attitude and interventions of my bioethicist mentor during the

consultations, the strong resistance of the medical team and the significant inner tension I personally experienced throughout the whole process led me to reflect on my position in this situation and my work in clinical ethics more generally. How was I to situate myself as an ethicist in such a scenario and to contribute positively to the decision making process? How, in the future, will I face this kind of situation where the power of medical authority appears to me to be abusive? How is it that this almost “unconditional” concern for the interests of the family made the defence of the most vulnerable appear to be the only option? These are the questions that defined my initial feelings of doubt and unease about this case.

During a discussion following the first meeting with the family and the medical team, my ethics mentor advised me that “In clinical ethics, your role is not to defend the patient’s rights; this position could become very delicate.” Her comments on my attitude and convictions were decisive in guiding my search for a better understanding of the role of the clinician-bioethicist. As a trained health professional, I came to realize that how I perceived this case and reacted to it – that is, my epistemological perspective – was profoundly influenced by my past nursing experience and knowledge. It became evident to me that my first priority in the context of a clinical ethics consultation was to re-evaluate those founding principles which had so significantly shaped my way of thinking as a health professional. It was in the works of the French philosopher Paul Ricœur (1913-2005), that I found a fertile ground on which to develop a new perspective in clinical ethics.

Toward an Ethical Epistemological Perspective: Some Tools from Ricœur

I propose then, for the purpose of this exercise in epistemological repositioning, to provide a philosophical analysis – inspired by Ricœur’s theory, the “*petite éthique*” – of the preceding clinical ethics consultation. But before getting into this analysis, it will be useful to first have a general sense of the history and scope of work produced by this important 20th century philosopher.

It is difficult to ignore the man behind the philosopher Ricœur; the particularities of his life profoundly contributed to the development of his “*petite éthique*” as is clearly expressed in his intellectual autobiography (Ricœur, 1995). Ricœur’s thought is of a fine complexity and

reflects a humanistic sensitivity in which the subject is the principal actor. Indeed, Ricœur's life was characterized by numerous challenging experiences, including the premature death of his parents, five years captivity during the Second World War and his son's suicide. Afflicted by suffering, he showed an interest in the reality of *evil* which would become the common denominator of his entire body of work. In spite of this focus, his work maintained a positive tone and was marked by hope in the *capable man* (Ricœur, 2001:88-91). Man's suffering is a great source of inspiration from which to question the need for humanity in facing suffering, an element that is fully in line with the goals of this paper.

A philosophy and theology teacher at a number of colleges and universities in France, Ricœur's intellectual work was not characterized by the elaboration of a unique theoretical approach as has been the case for many philosophers. Instead, he explored and brought together diverse ideologies and approaches which allowed him to contribute, in a creative and constructive way, to the multiple debates of his time (Bouthillier, 2006:56). His book (and theory) the *Petite éthique*, which he so named as an expression of "modesty and irony" (Ricœur, 1995:8), is the inspiration for the philosophical analysis in this paper.

The "petite éthique" in Brief

Even if Ricœur qualifies it as "petite" (little), his ethics reveals a great complexity whose full comprehension would require a laborious in-depth analysis of his numerous writings. I do not pretend in any way to render a full or complete presentation of Ricœur's "petite éthique". Instead, I draw on a few of Ricœur's key concepts in order to first reflect more clearly on my own experience with the case of Mr Miles, and then to propose a new epistemological perspective for clinician-bioethicists.

Relatively few authors in medicine or nursing (Qualtere-Burcher, 2009; Pedersen, 2005; Sorlie, Kihlgren and Kihlgren, 2005; Sitvast *et al.*, 2008) have used Ricœur's philosophy to directly reflect upon the realities of and challenges arising in clinical practice. This is somewhat surprising given that Ricœur defines his ethical enterprise as an anthropological philosophy in which action, in practical situations, is the ultimate ethical aim. Ricœur himself, drew a direct parallel between his fundamental ethics and medical judgment

in practice, on the occasion of a 1997 presentation in Germany at the *Ethics – Codes in Medicine and Biotechnology* conference (Ricœur, 2001:227-244). My paper thus follows the main path and nuances of the specific analysis proposed by Ricœur. I do not, however, pretend to suggest a normalized or comprehensive view of what should be the ethical experience of health professionals, from a Ricœurien perspective. I have in mind a more modest goal. Inspired by the main concepts of Paul Ricœur's essay on medical judgment, I propose a practical way to reflect upon one's ethical experience in a clinical setting.

Ricœur's ethics is one of *action*, where the aim is "...*the good life* with and for others, in just institutions" (Ricœur, 1990:202). Applied to the health care team, then, professionals should act in the best interests of the patient/family, individuals who have become highly vulnerable in the face of disease or disability. The laudable intention of these professionals is to somehow, and according to the very difficult human and institutional circumstances of the clinical setting, provide means for a *better life* with and for the patient/family. In responding to a request for an ethics consultation, the health care team not only provides a means to act in the best interest of their patient, but also provides a means to act in a responsible manner towards their colleague's best interests (e.g., by providing an opportunity to share their concerns). The role of health care professionals in the development of an organization that nurtures and supports all stakeholders is not always explicit, but reflects Ricœur's pluralistic ethics which places responsibility at the forefront of the ethical endeavour.

This foundational ethics comprises three levels (reflexive, deontological, prudential) inside which are inscribed three elements: Je-Tu-Il (*I-You-It*) (Ricœur, 2001:227). The triad *I-You-It* represents Ricœur's *ethical intention* without which ethics cannot exist. *I*, the first person, makes ethics possible, because it poses and testifies to a liberty which says "*I want to be and I am capable*" (Ricœur, 1990:220-222). The vulnerable patient/family are going through a very challenging and important part of their lives. In the face of the potential death and suffering of their father, Mr Miles, each of the family members struggled to find a sense or meaning for this experience, and to make the best of it. They each faced the situation based on their own values, life project and history. The suffering and vulnerability of patients/families becomes, for some, a place to hope for the best outcome and for the support of others.

You, the second person, joins in a reciprocal relationship which brings us to the heart of ethics: it says “*I want your liberty as well as mine*” (Ricœur, 1990:220-222). Members of the health care team, the *professional others*, are moved by the suffering of the patient/family and respond with a sense of professional responsibility, one that is based both on their duty of care and on a more fundamental solicitude towards fellow human beings involved in a difficult situation. These health care professionals are asked to invest, in collaboration with other colleagues, their expertise, resources and judgment in the best interests of and with the patient, in light of the particular circumstances.

But, as we have all experienced in one way or another, relationships are not always happy or rewarding. According to Ricœur, the existence of *evil* can pervert the reciprocal ideal and thus obliges the introduction of *It*, the third party, which he names *neutral mediation* and is embodied by institutions (Ricœur, 1990:264). The asymmetrical relationship between the *expert* professional and the vulnerable patient/family is a place of potential abuse. This relationship therefore necessitates mediation, often in the form of rules or norms that make possible a fair collaboration between the patient/family and health professionals. The duty to not abandon the patient, the obligation of confidentiality, and expectations regarding patient’s participation in their care planning are some examples of these imperatives.

Within Ricœur’s “*petite éthique*”, the moral experience of agents is expressed through the dynamics of a cyclical test composed of three levels: deontological, reflexive and prudential. The deontological level (moral) of his ethics, inspired by Kant’s deontology, corresponds with the organization of good and evil, including rules, norms, laws and imperatives. At the reflexive level, largely influenced by Aristotelian thought, Ricœur attributes to ethics all that relates to the good life and the fundamental questioning of moral law. The prudential level, for its part, refers to his situational ethics; the actualisation of actions based on a refined understanding of the situation and context.

According to Ricœur, in the particular context of medical practice, these three levels of moral judgment operate in a different order, starting with the prudential, then followed by the deontological and reflexive levels (Ricœur, 2001:227). Ricœur starts his reflexion at the level of practice (prudential), because the virtue of prudence is concerned fundamentally with decisions made in specific practical situations (Ricœur, 2001:228). This is of prime

importance as human suffering is the initial circumstance that calls for medical action and ethics. Suffering, along with joy, are the most singular experiences of human existence (Ricœur, 2001:229). The medical context is not the only social domain affected by suffering; along with one's relation to the self (or view of the self), suffering also effects one's relations with others (e.g., family, work colleagues and institutions). But the health care context is arguably the only domain characterized by social relationships that are explicitly motivated by suffering and a particular *telos*, namely, the hope to be helped and even healed (Ricœur, 2001:229). Thus, ethics in the context of the health care system emerges from practice and refers first to the prudential level of Ricœur's ethics. Clinical ethics, which is also driven by the intent of his foundational ethics, which is to aim for "... *the good life* with and for others, in just institutions", thus implies judgments at three levels: prudential, deontological and reflexive.

At the first level, the judgment (prudential) applies to specific situations formed by an interpersonal relationship between a particular health professional and a particular patient. The judgment (medical) at this level refers to a *practical wisdom*, more or less intuitive, that is acquired through teaching and practice. At the second level, (deontological) judgment refers to norms that transcend the particularity of the patient-health professional relationship; these norms are found in the form of codes of ethics (e.g., for nurses or physicians). The reflexive level, for its part, legitimates prudential and deontological judgments by confronting them with multiple ethical traditions. It is at this level, notably, that are discussed notions such as health, happiness, life and death (Ricœur, 2001:228-229), which are necessarily linked to the notion of *the good life* and what it is to be in *good health*. Finally, Ricœur's vision of ethics invites us to engage in a complex and iterative deliberative process, one that involves reflecting on the situation as a whole, including the limits of medical practice, the goals of medicine and where the convictions of each of the stakeholders involved in a situation must be heard.

How then does Ricœur's "petite éthique" help to better understand my *initial epistemological perspective*, and the tension created by a nursing perspective (which he would qualify as "naïve solicitude") towards the patient/family, in order to find a perspective more appropriate to my role as a clinical ethicist? I suggest that Ricœur's "petite éthique" can

support my analysis in two ways. The first consists in determining the nature of my solicitude that was expressed spontaneously at the very beginning of the consultation (the initial epistemological perspective). The second informs me about the necessary transformation of my solicitude in the context of a clinical ethics consultation (a new epistemological perspective).

Spontaneous Solicitude – the Initial Epistemological Perspective

My first reaction associated with the ethical consultation described above (the case of Mr Miles) was characterized by an instant reaction in the face of the injustice felt by the family. In particular, the adult children talked about the multiple steps and obstacles they had to face in order to be respected in their “right to choose” the care or treatment they considered appropriate for their father. The medical authority they qualified as abusive, seemed to be at the heart of their feelings of injustice. They also felt such helplessness that it was their intention to eventually take legal action if the medical team kept to its decision to end the artificial feeding of their father and provide him with only comfort care. My first desire to defend the family’s rights (*advocacy*), was exacerbated by the attitude some members of the medical team had towards the family.

To *advocate* for patients is to start from the premise that all human beings have the right to take the decisions they judge appropriate for their well-being, supported by the knowledge they have of their pathology (Welchman and Griener, 2005). However, it is important to note that, at least in the U.S. and Canada, while patients generally have the right to refuse treatment, they do not have the right to require treatment that professionals deem medically inappropriate.

Advocacy is widely studied and applied in the nursing field (Murphy and Aquino-Russel, 2008; Thacker, 2008). Sally Gadow (1980), a leading figure on the subject, proposes a model of advocacy qualified as “existential” in which nurses should assist patients in exercising their freedom of self-determination. For health professionals working in a geriatric context, for example, concern for a suffering patient could allow them to give voice to the patient’s suffering and possibly bring to light an abusive situation. The duty, then, for health

professionals would be to preserve the well-being of the vulnerable patient by assisting the patient in choices, listening and giving necessary information, or by representing the patient before the authorities or other persons concerned. The principal aim of advocacy is to partner with the patient in order that they retain their individual autonomy. This relationship with the patient and way of responding actively to patient needs is a skill acquired over time through practical experience, and for many professionals becomes second nature.

The concern or solicitude that I felt for the family right at the beginning of the consultation was likely driven by an ideal drawn from my professional nursing values. Ironically, adopting such a perspective in the context of a clinical ethics consultation and taking as a starting point the responsibility *to fight for the rights of the patient/family against the authority of the medical profession* could seriously compromise the ethicist's impartiality (and career). From a clinical point of view, my spontaneous solicitude revealed a nursing perspective which in turn manifested itself in a *nursing judgment in clinical practice*; it was not a question then, of providing an (ideally) impartial ethical judgment in a particular clinical context. By applying Ricœur's "petite éthique" to this case, we see that my state of mind revealed a solicitude which he would describe as *naïve* and which takes place at the reflexive level of his ethics triad. A solicitude towards the patient/family that is appropriate and even encouraged in the context of nursing care would, in the context of a clinical ethics consultation, be unproductive and naïve. Nonetheless, far from suggesting that such a compassionate attitude be suppressed, Ricœur's "petite éthique" encourages its transformation in order to make it more productive for the whole process of ethical judgment, and for our purposes, the clinical ethics consultation.

A Necessary Transformation into a New Epistemological Perspective

Ricœur calls for the transformation of this *naïve* perspective by offering some useful insights for the adoption of a new epistemological perspective, and one more appropriate for the clinician-bioethicist's work. Three concepts drawn from Ricœur's "petite éthique" – *practical wisdom*, *argumentation ethics* and *imagination* – will serve as key elements for this part of my reflection.

Practical wisdom

My initial epistemological perspective (nursing/advocacy) posed very important limits in the context of a clinical ethics consultation. Ricœur's "petite éthique" thus helps by suggesting that I put my *naïve sollicitude* to the test of the rules, conflicts and challenges embodied in practical situations. In other words, the idea is to submit this solicitude to the numerous limits of the clinical context, a difficult and delicate evaluation for a health professional. To solve these conflicts, Ricœur introduces the notion of *practical wisdom* (Ricœur, 1990:312). Ricœur's ethics suggests that the particularity of a situation or of a person should express itself within the universal requirements of norms and rules. As health professionals, when making a clinical decision we face a great number of limits due to, for example, national and institutional health policies, resource restrictions, laws, professional practice guidelines and numerous ethics traditions. According to Ricœur's ethics, we are invited to include in our decision making process the patient's particularities (history, aspirations, wishes) and the contingency of the situation, and to consider these elements as important as all the other aspects proper to clinical practice.

It is the concept of *practical wisdom* that enables Ricœur to respond to the apparent paradox brought about by the potential conflict between respect for the person and respect for norms. The "petite éthique" is thus in a sense fundamentally Aristotelian. Yet if his ethics aims at "...*the good life* with and for others in just institutions" (Ricœur, 1990:202), we should not be surprised to find at the heart of Ricœur's ethics project, two ideologies that are usually considered as being in opposition. On the one hand, there are the norms which assure compliance with the moral law (Kant), and on the other hand, individual liberty projects wishing to express themselves (Aristotle). Conflicts in clinical situations can bring about conflicting logics. Rules force each of the protagonists implicated in the conflict to be "at the extreme of his logic of action which will inevitably be in conflict with the logic of others" (Michel, 2006). Even if the family and the health care team are both guided by respect for life and dignity towards the patient (Mr Miles), the first argue in favour of maintaining artificially their father's life while the second argue for ceasing aggressive medical treatment and offering comfort care to their patient.

In clinical ethical decision making, this vision of Ricœur seems essential in that it reflects the extreme complexity of clinical practice in which co-exist the duty of respecting the rules (e.g., laws, codes, rules) and the duty of respecting the person (e.g., solicitude, medical condition, life story, particular needs, conceptions of life and death that are specific to a society and individuals). In line with Ricœur's ethics, then, clinicians become wise when they are able to determine, at the same time, the appropriate rules for the case while grasping the particularity of the whole situation (Ricœur, 1990:206).

A full presentation of Ricœur's view of practical wisdom is beyond the scope of this paper. Nonetheless, it is important to remember that through this concept, Ricœur invites us in the context of clinical practice to look for ways of acting that most respect the patient's particularities while also respecting the rules imposed by professional norms of practice and the numerous limits of the health care system. Furthermore, we can and should operationalize our capacity for ethical judgment through a three level approach (prudential, deontological, reflexive). Finally, Ricœur also invites us to accept the complexity of the situation in order to transform naïve solicitude (limited to the reflexive level) into a *critical solicitude* (submitted to all three judgment levels: prudential, deontological and reflexive) that is more appropriate for the demands of clinical ethics.

The bioethicist's epistemological perspective, I argue, is different from that of the clinician. Ethics consultations are characterized by their own complexity, and as such, being a clinician-bioethicist forces me in some cases to distance myself from the caring type relationship in which I was initially trained as a clinician. The horizons of the ethical analysis must extend beyond (but not ignore) a focus on the clinician-patient relationship and the suffering of the patient or family. Ricœur's "petite éthique" leads the clinician-bioethicist to use – as two axes for an ethics reflection – the unquestionable value of the patient-clinician relationship *and* the need to attend to patient/family suffering. A third critical axis is attention to the contingency of the situation, that is, the discomfort of the medical team, the many stakeholders' convictions and sensitivities, the ethical/legal considerations and the economic imperatives of the health care system. These elements of Ricœur's "petite éthique" are thus the basis for what I have called the *ethicist's epistemological perspective*.

The clinician-bioethicist's solicitude allowed me to respond more adequately to the challenges related to my role and responsibilities as a bioethicist. It was not a question of suppressing my solicitude towards the patient/family but instead finding a place for its evolution and transformation. My *naïve solicitude*, rooted at the reflexive level, was a singular ethical posture particular to my nursing expertise that, while important, could not take into account the larger context of the patient-clinician relationship. Given the multiple limits (and challenges) imposed by the clinical context, Ricœur argued that it was of primary importance to submit this naïve (professional) solicitude to critical judgment brought about by reflecting on the larger context.

All health professionals should strive to reach a more critical understanding of their own perspectives as advocates for their patients, regardless of whether they are working as clinicians, as ethicists or as consultants on an ethics committee. I suggest that the clinician-bioethicist, to be in a position to effectively support ethical discussions in a multidisciplinary working context, must be prepared to help clinicians broaden their clinical perspective to an ethical perspective. This exercise should be done within an educational *telos* so that health professionals become more empowered to address the complex ethical situations that will inevitably arise in their clinical practice.

Argumentation ethics

Bouthillier (2006:71) summarizes in a very clear manner the nature of the task proposed by Ricœur: it is a critical one which occurs through an *argumentation ethics* while focused on the contextual conditions of the requirements for universalization. This task involves communication practices between the protagonists, aiming through discussion to bring out the very best arguments. Through these interpersonal relationships, practical wisdom manifests itself as critical solicitude (Ricœur, 1990:318). Ricœur's ethics encourages discussion between the actors involved in a situation; the purpose is to clarify the complexity of the situation and to refine, so to speak, professional ideals by submitting them to the reality of the situation. To be active and fully present in clinical ethics consultations, I needed to modify my perspective because it was motivated by my desire to advocate for the

patient/family. By taking into consideration only the suffering of the patient/family, I remained in a nursing role and by that fact, became a member of the health care team without assuming my role as clinical ethicist. Embracing the complexity of the situation, however, moves the analysis from the periphery of ethical complexity (*patient/family advocacy*) towards its center (the intention: *how to do well*).

This passage is not without difficulty; it necessitates a letting go of the therapeutic-type relationship with the patient/family and requires a bracketing of clinical judgment, but at the risk of being eventually confronted with decisions or courses of actions that while still ethically defensible, might be different from what would have otherwise been chosen (Ford and Dudzinski, 2008). The bioethicist acts as a facilitator or negotiator through the ethical complexity of a case, and in so doing enables a kind of *language mediation play* between the multiple protagonists directly involved with the patient/family (Ricoeur, 1990:334). The bioethicist's role, contrary to that of the clinician, is neither to take decisions concerning the patient/family nor to settle the argument. Despite the relatively difficult feelings the clinician has to go through, it appears necessary in order to find the *ethical stage* on which the bioethicist can fulfil her role.

As a clinical ethicist, one task amongst many is to consider fully the health care team's discomfort in order to face the whole reality of the situation. A relationship of relative trust, between my mentor, the team and myself allowed an in-depth discussion that was central to grasping the nature of this experience and to resituate it within the larger problem. The bioethicist's feelings and emotions that arise in the face of certain challenging clinical situations should not be repressed but instead taken into account and submitted progressively to the complexity of the situation, something which unfolds through discussion between the various stakeholders. For example, as my mentor noted "the availability of resources does not create the duty to use them. A medical judgment is needed in order to evaluate reasonable success in their use" (Keating, 2008). This nuance, amongst others, helped put into perspective the patient/family's absolute right to decide for their father's care and treatment by testing it with the medical judgment which revealed a very low chance of success. Moreover, it put into perspective the anger and sense of injustice which I felt at the very start of the consultation. It became evident that attention to the multiple elements which composed the reality of this

patient/family and health care team were necessary for this ethics consultation process to be truly effective.

Each member of the health care team, along with the patient's adult children, were to be considered as moral agents participating, from their own particular perspective, in a collaborative decision making process. The family's expressed desires were thus submitted to the professional expertise and experience of the health care team, so that they could provide care that was most medically and humanely appropriate, and which respected what the patient would have wished given the circumstances.

Most of the problems submitted to clinical ethics consultants or committees in health care institutions have already been exposed to the critical judgment and the intense clinical experience of the health care team. To address these problems, usually riddled with paradoxes, in a linear manner that takes into account only one of its components will generally lead to the same impasse which motivated the team to request a clinical ethics consult in the first place. Moreover, to perceive reality in a unidimensional way involves risks, notably a limited way of thinking that eliminates the complexity of a situation, distorting its reality.

A good example of the distortion of reality is found in the family's expressed feelings. The children spoke of the reasons used by a health professional to argue for ceasing the artificial feeding of their father, that is, the associated costs of this medical procedure. If one considers this in an isolated manner, this assertion would certainly be seen as shocking and lacking all compassion. However, in any health care system, resources are limited and difficult choices often have to be made. If we refer to Ricœur's "petite éthique" (and in line with other ethical frameworks), this justification taken alone would not in any way constitute the only or a sufficient reason for a decision to end treatment. In this regard, the "petite éthique" provides a framework which invites us to take into account the complexity of the whole situation, in order to avoid potential abuse caused by a too superficial reflection. Ricœur's thought informs us about the grounds for epistemological ethics as well as certain aspects of the bioethicist's inner world.

Imagination

Central to Ricœur's "petite éthique" is the injunction that moral actors should, as well as positioning themselves at the heart of complexity, adopt an attitude of empathy. Ricœur invites the subject, through his notion of *imagination*, to "put oneself in the other one's shoes" in order to better understand their personal experience. Combining this notion of imagination with my own experience with ethics consultation taught me that alongside dialogue between stakeholders, the bioethicist can and should also benefit from her own inner dialogue. Such self-reflection or inner dialogue is a means of ensuring the constant evolution of one's convictions, which are themselves constantly confronted by the critical dynamic established by Ricœur's complex ethics.

My inner dialogue played an important role in the transformation of my epistemological perspective. The difficult emotions I felt, generated by the family's suffering regarding the probability of their father's death, required me to analyse these emotions in order to be able to interpret them as an influence in possibly taking the wrong decisions in my capacity as a bioethicist (e.g., taking a one-sided and thus inappropriate approach to the case, using the wrong techniques to facilitate the discussion). But the anger I felt at the beginning of the consultation, in relation with some of the physician's attitudes, was clearly useful for me in understanding some of clinical ethic's most central challenges. A sustained general self-reflection throughout the consultation process enabled me to see through the demanding nature of the bioethicist's work to identify my strength and to set goals to improve the quality of my interventions. Ricœur's concept of *imagination* commands a double obligation: to be conscious of one's own inner world, and to see to its evolution.

Conclusion

Adopting a new epistemological perspective poses a significant challenge for the clinician who is a novice in bioethics. I now better understand that my role as a clinical ethicist is no longer always to interact directly with the patient as would the nurse or physician, but to be a discussion facilitator between the situation's key stakeholders (e.g., patients, family, health care professionals, administrators, lawyers) in order to help them choose the best action

to take while respecting the criteria of good clinical practice and the patient/family's wishes. The task is not to disown one's past professional experience, but rather to recognise that this new way of being, i.e., as a bioethicist, can and should benefit from the experience and expertise developed as a health care professional. It would be unreasonable (impossible?) to ignore the expertise developed with regards to relational capacity, judgment, analysis, listening and empathetic support, all elements that can clearly contribute to doing good clinical ethics consultations.

By way of Ricœur's philosophy, I better understand the limits of my initial epistemological perspective (nursing) and so have worked to open myself up to a new perspective (Ricœur's ethics) that I argue is more appropriate to my role as practicing bioethics. Integrating the "petite éthique" into one's practice is not easy; it is not an ethics that aims to simplify a situation's complexity, but instead demands that one put into perspective all the constituent elements. Ricœur's ethics requires three obligatory ethical judgment levels (prudential, deontological, reflexive) through which are submitted the actual situation, the rules and the multiple foundations of ethics. Each of these levels constitutes a triad without which ethics cannot exist: the *I* (e.g., medical team members), the *you* (e.g., patient/family) and the *it* (e.g., health care institutions) which interact together, each inspired by their own particular ideals within a specific medical context.

The continual *putting to the test* of these multiple dimensions and realities creates tensions that Ricœur does not try to neutralize. In the actual ethical consultation, I was obliged to transcend the family/patient's suffering by integrating into my deliberation all the dimensions involved in the situation: contextual (e.g., artificial feeding debate), professional and legal (e.g., the duty to offer treatment as opposed to treatment futility, the availability of economic means as opposed to reasonable treatment success); psychological and existential (e.g., the suffering of the patient/family and medical team, the patient's desires, the sensitivity of each protagonist) along with institutional realities (e.g., values, economic imperatives, politics, mission). This new epistemological perspective is much more than simply an intellectual exercise; it is also a living experience, engaging the bioethicist in a dynamic and continuous calling into (sometimes difficult) question one's vision of reality, values, beliefs and more general attitude towards life and death.

To fully understand Ricœur's "petite éthique" poses obvious challenges, and applying it in practical situations poses others which I consider even more demanding. Complexity is certainly the core characteristic of a clinical ethics judgment. It implies for the bioethicist acquiring three competencies essential to clinical ethics practice: 1) *savoir-faire* or "Knowing how to do" (e.g., development, implementation and management of a clinical ethics service, analysis, animation, teaching); 2) *savoir* or "Knowing" (e.g., bioethics, law, politics, institutions); and 3) *savoir-être* or "Knowing how to be" (e.g., empathy, ethical sensitivity, compassion, patience, courage, flexibility, integrity, self critique). This observation is in line with the conclusions of the *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH, 1998).

It is surely not a coincidence that Ricœur refers to practical wisdom as a living tension. Nor should it be surprising that his ethical project relies on maintaining a tension between different dimensions at three ethical levels (reflexive, deontological, prudential) by the means of a discussion between the stakeholders who are dealing with the uncertainties of life. This exercise calls for constant challenges to oneself and the need for courage and excellence, capacities that seem to me totally in step with the profoundly delicate nature of the life and death considerations that are so common in the clinical context, considerations that can significantly alter the life course of fragile patients and their families. Ricœur's "petite éthique", I suggest, can be very inspiring and helpful for clinicians who are passing from a clinical (e.g., nursing) epistemological perspective to one that is more appropriate for the clinician-bioethicist.

References

- American Society for Bioethics and Humanities (ASBH). *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*; 1998. Consulted March 12th, 2009. [<http://www.asbh.org/publications/core.html>]
- Bouthillier, M.E. *Santé publique, réduction des méfaits et travail de proximité: les problèmes éthiques d'intervenants montréalais* [Thesis]. Montreal: Montreal University; 2006.
- Doucet, H. **Faut-il toujours alimenter une personne malade?** In *Soigner en centre d'hébergement : repères éthiques*. Montréal: Fides; 2008:41-62.
- Ford, P.J. and D.M. Dudzinski (eds). *Complex Ethics Consultations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

- Gadow, S. **Existential advocacy: philosophical foundations of nursing.** In S.G. Spicker, S. Editors. *Nursing Image and Ideals*. New York: Springer publishing; 1980:79-101.
- Graig, D. and G.R.Winslow. **When the patient refuses to eat.** In P.J. Ford and D.M. Dudzinski (eds). *Complex Ethics Consultations: Cases that Haunt Us*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Keating, B. **L'alimentation et l'hydratation artificielles des patients en état végétatif permanent : la discussion américaine et les interventions romaines récentes.** *Laval théologique et philosophique* 2008, **64**(2):485-525.
- MacDonald, H. **Relational ethics and advocacy in nursing: literature review.** *Journal of Advanced Nursing* 2007, **57**(2):119-26.
- Michel, J. *Paul Ricœur, une philosophie de l'agir humain*. Paris: Éditions du Cerf; 2006.
- Murphy, N. and C. Aquino-Russel. **Nurses Practice Beyond Simple Advocacy to Engage in Relational Narratives: Expanding Opportunities for Persons to Influence the Public Space.** *The Open Nursing Journal* 2008, **2**:40-7.
- Nickel, J. **Human Rights.** In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University; 2006.
- Pedersen, K.L. **Narrated experience from the clinical instructor as “a judge” when giving the nurse student a failing grade for the clinical course -- an analysis based on the text theory of Paul Ricœur.** *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vordi Norden* 2005, **25**(2):21-5.
- Qualtere-Burcher, P. **The just distance: narrativity, singularity, and relationality as the source of a new biomedical principle.** *Journal of Clinical Ethics* 2009, **20**(4):299-309.
- Ricœur, P. *Le Juste 2*. Paris: Éditions Esprits; 2001.
- Ricœur, P. **Les trois niveaux du jugement médical.** In *Le Juste 2*. Paris: Éditions Esprit; 2001:227-44.
- Ricœur, P. *Réflexion faite : autobiographie intellectuelle*. Paris: Éditions Esprit; 1995.
- Ricœur, P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, Point; 1990.
- Sitvast, J.E., T.A. Abma, G.A.M. Widdershoven and H.H.G. Lendemeijer. **Photo stories, Ricœur, and experiences from practice: a hermeneutic dialogue.** *Advances in Nursing Science* 2008, **31**(3):268-79.
- Sorlie, V., A. Kihlgren and M. Kihlgren. **Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses.** *Nursing Ethics* 2005, **12**(2):133-142.
- Thacker, K.S. **Nurses' Advocacy Behaviors in End-of-Life Nursing Care.** *Nursing Ethics* 2008, **15**(2):174-85.
- Welchman, J. and G.G. Griener. **Patient advocacy and professional associations: individual and collective responsibilities.** *Nursing Ethics* 2005, **12**(3):296-304.

* * * * *

L'article précédent a permis de répondre à de multiples questions. Qu'est-ce que la « petite éthique » de Paul Ricœur et comment peut-elle contribuer à l'enrichissement de l'éthique professionnelle des PDS? Quel est cet *idéal* vers lequel doit tendre la pratique éthique professionnelle en santé? Quelle en est sa visée? Qui sont les principaux acteurs (PDS, patients, communauté, gestionnaires, etc.) dans le paysage de l'éthique professionnelle et quels sont leurs responsabilités et droits respectifs? Quelle est la nature de la relation PDS/patient/communauté? Quelles sont les conséquences d'un tel type de relation du point de vue de l'éthique professionnelle? Comment la dynamique entre le droit, la morale et l'éthique participe-t-elle à circonscrire la portée de l'éthique professionnelle? L'éthique préside-t-elle à la norme ou est-ce l'inverse dans le contexte des professions de la santé en milieu clinique? Et quelles en sont les implications sur la spécificité des compétences éthiques que doivent développer les PDS (la sensibilité éthique, par exemple)? Si cet article démontre que l'éthique professionnelle des PDS doit nécessairement reposer sur des idéaux et des valeurs (soumis à la contingence de la réalité) afin de *contraindre* les pratiques professionnelles à l'excellence, l'article suivant nous permettra de comprendre que ce devoir ne s'accomplit pas sans les efforts du PDS.

Chapitre 3. “Everybody wants to go to heaven, but nobody wants to die”: Ethical sensitivity as a gateway to reflexive professionalism in health care practice

En préparation pour soumission au *Nursing Ethics Journal*.

Abstract

Being an ethical health care professional (HCP) in the current health care context can be demoralising and disempowering (e.g., due to resource constraints, lack of decision making authority). While substantial work has been done to support the analytic aspects of ethical deliberation in practice (e.g., professional ethics education), little attention has been given to the affective aspects. Drawing upon Rest’s four-component model (ethical sensitivity, judgment, motivation and character), I 1) highlight the complexity of the professional moral experience, and 2) argue that ethical sensitivity should be integrated into professional ethics training so that a HCP can develop a reflexive professionalism that is both rational and affective.

Keywords

Ethical sensitivity, four-component model, bioethics, ethics, clinical ethics, core competencies, ethics teaching, James Rest, professional ethics.

Acknowledgments

I would like to express gratitude to Dr. Bryn Williams-Jones for his in depth revision, comments, support and discussion that have improved this manuscript over the course of its development. I would also like to thank Jocelyne Chicoine for all her editorial support throughout the process.

M.-J. Potvin was supported by graduate scholarships from the Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CREUM), the Faculty of Medicine and the ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS, Quebec).

Introduction

Ethics is about *thinking*, *being* and *doing*. But while there may be a lot of talk about *being ethical*, the path from good intentions to ethical practice is not an easy one. It is often comforting to have a person or behaviour qualified as ethical because then “there is nothing to worry about”. We certainly all wish – whether as citizens, health professionals or patients – to live and work in an environment that is founded on respect for human dignity; but as cleverly stated in various song lyrics, “everybody wants to go to heaven, but nobody wants to die” (Lynn, 1965; Tosh, 1977). *Being ethical* – that is, recognizing, analysing and acting appropriately – in the face of complex and challenging professional situations can be especially difficult and may require more resources or skills than a professional has at his/her disposal.

Complex ethical situations are common and even daily occurrences for many practicing health care professionals (HCPs). These challenges may involve supporting a family who are in conflict with a physician who refuses to pursue intensive treatment for their severely ill family member; or developing a protocol for equitable resource distribution in a humanitarian aid context; or deciding whether or not to reanimate a ninety year old patient who has just tried to commit suicide; or even dealing with a colleague's professional misconduct. In order to respond, in a professional manner, to their patients' needs and to the requirements of professional collaboration in such highly complex and sensitive environments, HCP are expected to develop refined moral or ethical competencies (Brazil *et al.*, 2010;

Lützén *et al.*, 2010; Carnevale *et al.*, 2012). In essence, this is the goal of most medical or professional ethics training programs.

Students and practicing HCPs are generally eager *to do* ethics, especially through the analysis of ethical dilemmas in often very exciting and intriguing case studies (Bebeau, 2008). It is intellectually challenging to try to *solve* the problems raised in the complex stories affecting others; the events recounted in these stories, which may have happened to real people, resonate with our own experiences, stimulate our curiosity and imagination, and lead to a sense that something *must* and *can* be done. Ethics, then, is about action, about *doing things*, about making a difference; and this fits well with the action-oriented training and ideals of HCPs. However, numerous studies on HCPs' experiences in actually dealing with ethical challenges in the workplace (Pavlish *et al.*, 2011; Ulrich *et al.*, 2010; Hermsen and van der Donk, 2009; Carnevale *et al.*, 2012; Brazil *et al.*, 2010; Lützén *et al.*, 2010) demonstrate that while these professionals may have developed the requisite analytic abilities, they nonetheless often lack other essential capacities (Kenny and Shelton, 2006).

Research on the psychology of moral development has shown that for moral behaviour to occur, a number of capacities or competencies are required. For example, according to James Rest's four-component model (FCM), at least four psychological capacities or processes are required: ethical sensitivity, judgment, motivation and character (Rest and Narvaez, 1994). The development of analytic abilities – and specifically moral judgment and problem solving – are a clear part of professional ethics training, as are motivation (e.g., duty of care, beneficence) and character (e.g., virtue, integrity), capacities that are at the heart of professional codes of ethics. But much less evident in professional training are activities that support the development of capacities other than judgment, such as ethical sensitivity (ES). This capacity, based on empathetic mechanisms, involves the ability to recognise ethical issues and imagine possible courses of action while being aware of their potential impact on others involved in the situation (Rest and Narvaez, 1994). Ethical sensitivity and moral judgment are – as I will explain more extensively in this paper – two different moral capacities, each of which requires different strategies to support their development and flourishing (Bebeau, 2006). So while a HCP may be excellent in analysing problematic situations (judgment) from an ethical perspective using a variety of ethical tools (e.g.,

frameworks, theories), the HCP may lack the capacity to recognise (ethical sensitivity) such situations in a real world context. Ethical sensitivity is a particular moral capacity that, we will argue, has to be developed (as with judgment) in HCPs' education, because it provides the basis for what we may call an "embodied ethics", a professional ethical perspective that is both rational and affective. Otherwise, we suggest, HCPs are at risk of moral failure due to reliance on an overly rational, external and potentially egocentric ethical perspectives.

The moral experience is a highly reflexive and complex phenomenon involving multiple processes (cognitive and affective) that can be very demanding in professional practice, even to the point of threatening professionals' sense of integrity (and consequently patient security and quality of care) when they are not adequately prepared (Bebeau, 2008; Bebeau, 2009; Grady *et al.*, 2008). In emotionally challenging contexts, HCPs may be tempted to *find a way* out by minimizing the importance of the issue ("it's not that serious"), by passing on the burden to other HCPs ("I'm too busy, my colleague can deal with it"), by convincing themselves that the burden of dealing with an ethical dilemma is too great and actually someone else's (e.g., the family's) responsibility ("not my problem"), by closing themselves off emotionally ("I'll just do my job") or even by not being aware of the ethical issue ("there's no problem") (Miller, 2011; Boudrias, Morin and Brodeur, 2012; McHugh *et al.*, 2012; Carpenter, 2010).

Being ethically sensitive has been recognised as necessary, and even self-evident, for ethical HCP practices (Baerøe and Norheim, 2011; Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Bebeau, 2008). However, the personal effort required – as well as the uneasiness and potential risks that may be encountered – to become an ethically sensitive HCP are often underestimated or even ignored (Weaver, 2007). In this paper, we will make the case that the psychology of moral development literature, from which the concept of ES originates, can be a rich source of knowledge for professional ethics. This literature is also of great complexity and can give rise to multiple ambiguities (Rest and Narvaez, 1994), the analysis of which is beyond our scope of interest. We have instead the more modest goals of 1) highlighting the complexity of the moral experience in professional practice, in order to 2) demonstrate that ethical sensitivity can and should be better integrated into professional or medical ethics

training so that HCPs can develop a reflexive professionalism that is both rational and affective.

Context: Health care as a Complex Workplace

In the last two decades, the work environment of HCP (e.g., nurses, physicians, social workers, physical therapists) has become increasingly complex (Bourbonnais *et al.*, 2005; Hunt, 2009a) and given rise to a diversity of challenging ethical situations. To name but a few, HCP may encounter:

- resource shortages that necessitate decisions about rationing or prioritization (Strech *et al.*, 2009; Kenny and Chafe, 2007);
- evolving ethical standards of practice required by national or international organisations (e.g., International Society for Quality in Health Care (ISQua), Accreditation Canada);
- multidisciplinary team environments with divergent and sometimes conflicting professional/institutional codes of ethics/conduct, and thus different interests or responsibilities (Nugus *et al.*, 2010; Fitzgerald and Davidson, 2008);
- multiple health system structural reorganisations that challenge HCPs' responsibilities with those of managers or organisations (Cara, Nyberg and Brousseau, 2011);
- and generally competing values and interests – be they humanistic, economic, organizational, or political – that are characteristic of health care systems (Plsek and Greenhalgh, 2001).

As key actors or stakeholders in these situations, HCPs are necessarily active participants and never simply passive bystanders, and so are regularly called upon to invest themselves in difficult decision making processes. Adopting behaviours that meet the highest standards of professional practice can be a daily challenge for HCPs. What they *should be doing* (professional duty) is often incongruent with what they *can do* (real world context). If we take these challenges and transpose them into the global health context – whether it be local HCPs in impoverished countries, or foreign HCPs involved in humanitarian public health missions – we see that the provision of health care services raises hugely challenging professional ethics issues (Schwartz *et al.*, 2010; Hunt, 2009b).

Despite decades of research by scholars in bioethics and in diverse health professions into developing and implementing comprehensive and nuanced professional codes of ethics and ethics training programs, it remains far from clear that HCPs have the necessary ethical tools to respond to the diversity of challenges they encounter in their roles, responsibilities, and ultimately in their professional identities (Lantz, Bebeau and Zarkowski, 2011). “Recent studies suggest generational shifts in perceptions of self importance and individual priorities that present challenges for educators concerned with instilling in students [notably in the health care professions] a sense of responsibility toward others” (Bebeau, 2008). This *cultural* shift, alongside observed problems with professional integrity (Simmons, 2012; Frumovitz, 2012) and a decline in empathy during the first few years of practice among some HCPs (Fields *et al.*, 2011; Ward *et al.*, 2009) highlight the need to better support the development of moral capacities that focus on the affective/altruistic processes, such as ethical sensitivity.

This situation necessitates, we argue, a refinement in the ways that HCPs – as well as scholars of professional or medical ethics – recognize, comprehend and act upon ethical realities, in order to go beyond a focus on understanding codes of ethics, rules, legislation or ethical theories (e.g., principlism, casuistry, ethics of care, justice, virtue ethics). It also reveals, we suggest, a need to better understand the foundational elements of the moral experience, to recognise that moral development and ethical practice are not simply common sense or a matter of being *nicer* to other people.

According to Rest’s four component model (FCM) – which we will expand upon more fully in the next section – the moral experience is a complex phenomenon involving at least four processes or capacities (i.e., ethical sensitivity, judgment, motivation, character/implementation) (Rest and Narvaez, 1994). While there are many theories proposing a diversity of means of understanding moral behaviour (e.g., psychological, sociological, philosophical), there is a growing consensus that moral behaviour cannot be solely and independently explained by rational or affective processes (Bebeau, 2006; Turiel, 2006; Lemerise and Arsenio, 2000; Narvaez, 2008; Rest and Narvaez, 1994). Human beings are complex moral agents with a lived moral experience that is integrated through their particular social, cultural, psychological and spiritual perspectives and experiences (Hunt and Carnevale, 2011). To restrict ethics pedagogy to the development of the rational dimension of the moral

experience ignores the myriad of inner resources available to HCPs, and is arguably insufficient for fostering the moral agency necessary to act appropriately in the face of ethically complex situations. Yet, despite mounting empirical evidence that both rational and affective processes contribute in an interactive and iterative fashion to the moral experience (Rest and Narvaez, 1994; Bebeau, 2006; Bebeau and Monson, 2008; Lichtenberg *et al.*, 2007; Brabeck *et al.*, 2000; Rest, 1994), the rational component (i.e., moral judgment) is still the primary focus of professional ethics education and practice.

Professional ethics educational curriculum, either at university or in continuing education programmes (e.g., for HCPs or ethics committees), focus on developing judgment as the key to promoting ethical practice and deliberation. Lectures and discussions concerning multiple subjects related to ethics and case studies seem to be the principal educational strategies employed to ensure the development and refinement of ethical decision making capacity (Bebeau, 2008). Commonly used tools include: 1) official documents (e.g., codes of ethics, legislation, policies); 2) ethical theories (e.g., theories of justice, principled approach, ethics of care, virtue ethics); 3) ethics frameworks or models; and 4) profession-specific ethical tools or texts (Ravitsky, Flester and Caplan, 2009; Saint Arnaud, 2009; Burkhardt and Nathaniel, 2008; Ford, 2006; Fisher, 2009). These tools are brought to bear in discussions about ethical dilemmas or the analysis of case scenarios, and students are asked to ponder competing values or interests in order to make the best decision, e.g., in light of the patient's condition, needs and wishes (Bebeau, 2002). The sensitive dimension of the moral experience, for its part, often receives much less attention, may be misunderstood, or may even be treated with suspicion (Molewijk, Kleinlugtenbelt and Widdershoven, 2011).

The focus on the cognitive as opposed to the emotional elements of ethics and moral behaviour has been the subject of academic debate for centuries, most notably in the fields of philosophy and psychology. It was not until the 18th century that philosophers such as Hume, Hutcheson and Smith proposed alternative views to the dominant rationalist approaches (e.g., Plato). The importance of a rationalist oriented ethics, notably espoused by Kant, had a major influence on the works of contemporary philosophers such as Rawls (1973), Dworkin (1977), Gewirth (1982) and Habermas (1993). By contrast, in psychology, which had a long *on the couch* tradition, it was only in the 1960s that the rationalistic view imposed itself and

influenced moral psychology research (Carlo and Edwards, 2005; Piaget, 1932; Kohlberg, 1984).

More recently, however, there has been a renewed interest on the part of philosophers and psychologists regarding the role of emotions in decision making. Emotions (or intuitions) are even conceived by some as a form of cognition based on unconscious processes and from which, for example, moral reasoning can act as a justification for a certain behaviour (De Sousa, 1987; Haidt, 2001; Greene and Haidt, 2002). Other scholars propose *intermediate* visions where both emotion and cognition are recognized as being significantly involved in the moral experience (Lemerise and Arsenio, 2000; Turiel, 2006; Damasio, 2005; Arsenio, Adams and Gold, 2009; Rest and Narvaez, 1994). While more or less in reaction to the rationalistic approach, and often difficult to verify empirically, these perspectives provide the opportunity to consider and explore the relative place of emotions in moral theories and open innovative ways of exploring morality (Killen and Smetana, 2006). The aim of such psychological research on morality, then, is not to determine whether emotions are involved or not in the moral experience, but to better understand their role, nature and underlying mechanisms.

Building on this philosophical and psychological research, I take the view that reason and emotion – while different in nature – are *simultaneously* and *inevitably* involved in complex human phenomena such as the moral experience. My theoretical position then, is to recognise this natural tension between rationality and affectivity in order to provide a reflexive space where apparently opposing dimensions may both participate in explaining moral behaviour and in supporting the development of competencies to enable ethical professional practice. Thus if this article focuses on the concept of ethical sensitivity (which entails cognitive and affective processes), it is done with the clear awareness that ES represents only one dimension of the moral experience.

Health care professionals have the duty to develop, among other capacities, the ability to justify in a rational manner their choices when faced with complex ethical situations (Bebeau, 1994), so it is logical that they should also be able to recognize those potentially problematic situations from an empathetic perspective and to imagine possible courses of action (ethical sensitivity) (Rest and Narvaez, 1994; Rest, 1994). Not being able to imagine such possible scenarios or foresee their potential harm on patients, family and colleagues can

have harmful consequences for patients' and families' well being (e.g., deterioration of general condition and trust), and threaten the wellbeing of colleagues and multidisciplinary teams. Not being ethically sensitive can undermine professional conduct and consequently impede the fulfillment of the responsibilities laid out in professional codes of ethics.

Rest's Four-Component Model and Ethical Sensitivity

James Rest (1979) was the first to introduce the concept of *moral sensitivity*, which eventually became *ethical sensitivity* (ES) to limit its scope to professional practice and codes of ethics (Bebeau, 2008). In short, Rest defined ES as the capacity, supported by empathetic processes, to recognize ethical issues and to evaluate the impact of our actions upon others (Rest, 1979). Building on the work of Piaget (1932) and Kohlberg (Kohlberg, 1984),¹¹ Rest also operationalized and evaluated the concept of ethical sensitivity (Bebeau, Rest and Yamoore, 1985), and integrated it into a interdisciplinary model. While Rest recognized the legitimacy of Kohlberg's cognitive theory, which holds that moral reasoning is the basis for ethical behaviour and is constituted of six developmental stages, Rest argued that moral development was not limited to moral judgment and that moral judgment involved more than the six levels proposed by Kohlberg's social cognitive theory (Lapsley, 2006; Rest and Narvaez, 1994; Rest, 1994).

Rest's research, and more precisely his four-component model (FCM), proposes a different approach to morality research, which has classically been divided in three distinct and independent domains: i.e., behavioural, affective and cognitive (Rest and Narvaez, 1994; Rest, 1994; Bebeau, 2006). Rest's theory originated in the following question: "What must we suppose happens psychologically in order for moral behavior to take place?" (Rest, 1994). In response to this question, Rest's model proposes that *at least* four¹² fundamental moral processes must intervene: *sensitivity, judgment, motivation* and *character* (or implementation

¹¹ While Piaget was the founder of the cognitive theory of moral stages of development in children, it was Kohlberg who inspired the greatest number of contemporary scholars interested in the developmental dimension of moral reasoning (Lapsley, 2006).

¹² Rest specifies that there may be more than four components – even as many as a dozen – to the moral experience. We suppose he wanted to show that his research was a first modest step in understanding moral development, and that further conceptual and empirical research was necessary (Rest and Narvaez, 1994).

capacity). Moral failure might be the consequence of a deficiency in one or more of these capacities or processes. On the whole, "...there is more to moral development than moral *judgment* development, and there is more to moral judgment than [Kohlberg's] six stages" (Rest and Narvaez, 1994).

The model may appear theoretically simple, but it is no easy task to draw a clear line between those four interactive and iterative processes (*sensitivity, judgment, motivation* and *character*) in a real world context, even if empirical research has begun to show that they are distinct moral capacities (You, 2007). So in isolating one specific component of the moral experience for analysis (i.e., ethical sensitivity), as I do in this paper, it should be clear that this is a theoretical exercise aimed at shedding light on a complex situation, and in no way meant to imply that the full moral experience of HCPs can be reduced to ES or to any other component (e.g., judgment, character). What I propose here, then, is one among a number of possible perspectives from which to consider and broaden our understanding of HCPs' moral experience. That being said, I will make the case that professional ethics training that focuses on only one of these components, such as judgment or character, is insufficient because it ignores other key components (and competencies), namely ethical sensitivity.

A brief description of each of the four components of Rest's FCM, and their dynamic interaction, will help clarify the scope of the concept of ES and allow us to better understand its relevance for professional ethics education and practice.

1) Ethical Sensitivity

Ethical sensitivity is an interdisciplinary concept (e.g., used in accounting, nursing, marketing), first introduced by James Rest (Rest, 1979) and has been defined in multiple ways. Some authors, adopt a very inclusive approach (Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Comrie, 2011), while others use the concept in a more reductive way without describing the broader theory (i.e, the FCM) from which the concept is borrowed (Owhoso, 2002; Lützn *et al.*, 2010; Schluter *et al.*, 2008). In both cases, ES may be misunderstood as an *a priori* and *independent* capacity needed for moral action to occur or as a vague form of a *good* sensibility towards others. In the academic and professional contexts, we see the concept of ES used in

ethics discussions and, in our view, it is often misinterpreted, by being reduced to a general moral attitude (someone is characterized as being ethically sensitivity because they are *nice* with others) or considered as too abstract a concept and thus useless in complex ethical analyses.

I base my understanding of ES on Bebeau's definition because it includes the dimensions originally proposed by Rest in his FCM, and it is explicitly related to moral development in the professions.

Ethical sensitivity involves the ability to interpret the reactions and feelings of others. It involves being aware of alternative courses of action, knowing cause-consequence chains of events in the environment and how each could affect the parties concerned. As such, it involves empathy and role taking skills. For individuals socialised to professional practice, ethical sensitivity involves the ability to see things from the perspective of other individuals and groups (including other cultural and socio-economic groups), and more abstractly, from legal, institutional and national perspectives. Thus, it includes knowing the regulations, codes and norms of one's profession, and recognising when they apply. In professional settings, the focus is on ethical sensitivity. Rather than the more general "moral sensitivity", to signal the distinctive expectations of the profession that derive from the norms and codes that govern professional practice (Bebeau, 2002).

This definition highlights four key elements in the context of professional practice: 1) ES is relational; 2) individuals or groups bring with them multiple professional, cultural and socio-economic perspectives; 3) ES involves empathy and role taking skills; and 4) to be ethically sensitive, an HCP must be aware of legal, institutional and national interests, along with deontological rules.

The literature on ES shows great diversity (and even inconsistency) in defining this concept. Inspired by Jordan's (2007) ES tools assessment classification, I suggest three main categories to illustrate the multiple perspectives from which ES may be defined by authors in the ES related literature (e.g., in nursing, medicine, physical therapy, management, marketing). The first category includes, as components of ES, a combination of recognition (to recognise the moral issue and imagine possible scenarios) and affective response (involving empathy, emotional processes) (Comrie, 2011; Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Brabeck *et al.*, 2000; Myyry and Helkama, 2002; Sadler, 2004); the second category of ES definitions,

focuses on the recognition of moral issues, and much less attention is given to affective processes (Maxwell and Le Sage, 2009; Ozdogan and Eser, 2007; Owhoso, 2002; Reynolds, 2006); and in the third category, attention is given to both recognition and “the ascription of importance to moral issues” (Jordan, 2007), although this is more like the judgment component of the FCM (Sparks and Shelby, 1998).

We argue that this lack of conceptual coherence is limiting for the evolution of knowledge related to ES and more generally to the field of moral development in the context of professional practice. Without a common conceptual basis on which to ground research in moral development, important theoretical bias (e.g., construct validity) may be introduced in ES related research analysis and results (Jordan, 2007). If one considers, for example, that being ethically sensitive does not necessarily involve having an empathetic stance (*recognition* is considered in itself as ES), this may distort theoretical frameworks used to develop and evaluate ethics education, e.g., by limiting the extent to which sympathy, compassion or other emotional reactions (e.g., disgust, shame) can be motivators and/or resources for ethical reflection and behaviour. Moreover, in the context of health care, I believe that such a bias may significantly misguide not only the development of educational tools for HCPs, but also the development of policies (e.g., institutional, national) that support a flourishing in ES amongst HCPs. To not consider empathetic processes involved in ES is, I suggest, to denature the concept and consequently make it inappropriate to qualify this kind of sensitivity as being *ethical*. If I subscribe to the definitions of Bebeau and Rest (Bebeau, 2002), empathy is clearly one of the core conditions of ES, along with recognition and imagination.

An example of a lack of ethical sensitivity is a HCP who does not give sufficient attention to the wishes of an elderly patient recovering from a severe stroke (and who has no family), that has left the patient with partial paralysis and significant speech deficits, yet with little if any cognitive impairment. Through his verbal expressions (e.g., groaning short repetitive word-like sounds) and bodily attitudes (e.g., becoming tense) whenever someone tries to give him medication or talks about possible treatments, the patient tries to express his unwillingness to endure other attempts to prolong his life. The HCP is mostly concerned with the technical aspects of treatment and the physical condition of the patient. Only partially concerned about what the patient is trying to communicate (e.g., “because the patient is getting

senile”), the HCP believes that his other colleagues will take care of the matter (“there is no need to worry because he is physically stabilized”) and the patient will be taken care of more specialized colleagues (e.g., a specialized psychiatrist). This HCP does not respond to his professional duty to listen actively to the patient, even when this requires substantial effort, time and creativity in order to assess the whole situation with a refined analysis while overcoming the patient’s significant challenges in communicating. Worse yet, the HCP is unable to foresee the consequence of his *inaction* (e.g., of not investing sufficient effort to understand his patient’s needs, not charting and communicating the patient’s attempts to communicate to colleagues) on the patient’s condition (e.g., a loss of sense a self-worth, distress) and for the whole team (e.g., having to deal with a difficult decision in an eventual crisis situation, such as the patient’s worsening condition or a conflicted team discussion about the patient’s wishes).

While we may intuitively think that personal attributes, such as psychological dispositions (e.g., general sensitivity towards others), may be relevant to the way that HCP recognize, address and act in complex and emotionally challenging ethical situations, such dispositions alone are insufficient. Ethical sensitivity is acquired over time and is likely to be developed by intentional knowledge acquisition (e.g., professional ethics education) and lived moral experience (e.g., addressing ethical challenges in practice) (Bebeau and Monson, 2008). As is the case for all of the moral capacities proposed by the FCM, ES involves not only affective but also rational processes (Rest and Narvaez, 1994). But being ethically sensitive is nonetheless a different capacity than employing analytic reason or judgment, as already mentioned; and even if intuitively it might be expected to be the *first* moral capacity, it is not a predictor of ethical behaviour (You, 2007; Bebeau, Rest and Yamoore, 1985; Rest and Narvaez, 1994). Ethical sensitivity, in the professional context, is founded in professional knowledge (e.g., codes, rules, theories, professional culture, epistemology) and experience and so must be carefully considered in ethics teaching in order to adequately prepare HCP to recognise and address complex ethical issues encountered in their daily practice.

2) Judgment

To act ethically in a difficult situation, such as the one involving the stroke patient with problems communicating, a HCP must be able to recognize, from an empathetic stand point, an ethical issue and envisage possible courses of action (including non-action) along with their potential impacts on the other people directly or indirectly involved in the situation. In other words, the HCP has to be ethically sensitive. With this sensitivity, it is then possible to judge which course of action is the most appropriate (e.g., fair, compassionate, ethically justifiable) (Rest and Narvaez, 1994). A deficiency in the moral judgment capacity might be illustrated by the use of a simplistic justification of an action when facing a complex situation. For example, the HCP's rationale for not carefully listening to his patient and not charting the patient's desire not to be reanimated, might be based on the view that because the patient is old, he is a low priority; and when compared with providing a specific medical treatment, when there are numerous other patients to help, listening to this patient is not important and will most probably be dealt with by other HCP. In this case, the HCP clearly shows little capacity for moral judgment, and could be criticised for failing in his ethical obligations to the patient (e.g., duty of care).

The line between ES and moral judgment is a fine one; while two distinct concepts, they describe closely interacting dimensions of the moral experience (You, 2007). In this regard, it is well recognized that tools for measuring moral judgment, such as the Dental Issue Test-2 (DIT-2) (Rest *et al.*, 1999), are not suitable for measuring ES (Bebeau, 2002; Bebeau, Rest and Yamoore, 1985)¹³. These tools (i.e., for measuring moral judgment) are usually composed of explicit ethical dilemmas and already provide possible courses of action (Rest *et al.*, 1999), whereas tools intended to measure ES present scenarios from which one has to identify ethical issues and suggest possible courses of action along with potential consequences for each stakeholder involved in the situation (Sirin *et al.*, 2003). When HCP students are presented with clinical cases in order to engage in ethical deliberation, it is important to be aware that these discussions may be insufficient for fostering every moral capacity, such as ethical sensitivity, motivation and implementation. For example, even with

¹³ There are only few thoroughly validated measure for ES; the Dental Ethical Sensitivity Test (DEST) and the Racial Ethical Sensitivity Test (REST) are two examples (Bebeau and Monson, 2008; Jordan, 2007).

training in identifying commonly occurring ethical issues, in practice some HCP will have great difficulty recognizing related but non-obvious ethical issues. The opposite is also true, and some HCP may be excellent at recognising ethically problematic issues but show limited capacity to effectively analyse (judge) and then act appropriately (Rest, 1979; Rest and Narvaez, 1994).

Moral judgment is clearly central to HCPs' practice, especially where delicate life and death decisions have to be made. Rational justification is one of the necessary components of inter-professional communication and for the support of patients and families in making difficult decisions. As such, professional ethics teaching that supports creative rational thinking is essential in order to prepare HCPs to develop refined moral judgment (e.g., use of standard case scenarios, ethical theories, decision making frameworks). Indeed, HCPs who would analyse and act solely from an intuitive standpoint, or who use vague and popular language and concepts to justify their view on a particular complex ethical situation, put themselves at risk of not being understood or taken seriously by other HCPs who have received more robust professional ethics training.

Poor judgment may then seriously compromise inter-professional credibility and an HCP's capacity to advocate effectively for his/her patients in a context of multidisciplinary practice. In the long term, this can undermine patient trust and consequently have a negative consequence on the respect given to HCPs by the public and other stakeholders involved in health care delivery (e.g., community partners). Yet, if a sound rational analysis founded in professional knowledge and experience is necessary, it too is insufficient for a prudent ethical decision to be taken.

3) Motivation

Motivation, for Rest, "(...) has to do with the importance given to moral values in competition with other values" (Rest, 1994). Deficiencies in moral motivation might occur when a professional does not internally prioritize their professional values over more self-serving or personal values (e.g., for professional recognition and advancement, financial interest), even when aware of the most ethical course of action (Bebeau *et al.*, 2008; Blasi,

1984; Hardy and Carlo, 2005). Examples of deficiencies in moral motivation abound, most notably in the context of financial scandals in North America (e.g., Enron, Madoff) or legendary psychopaths such as Hitler and Pol Pot (Rest and Narvaez, 1994). The moral failure of the key actors in these cases, according to Rest, “is unlikely to be due to deficiencies in awareness of what they were doing [ethical sensitivity], or because they couldn’t figure out what would be the fair thing to do [judgment]” (Rest, 1994). It is more likely that these individuals put aside all ethical considerations at the expense of self-actualization, such as personal greed or power.

In the context of health care, a lack of moral motivation is well illustrated by cases of professional misconduct. A HCP who steals narcotics from his patients is choosing to put egocentric needs first. A HCP-researcher who persists in treating a seriously ill elderly and incompetent patient who does not have any surrogates, on the basis that he wants to advance certain medical innovations that may eventually help other patients suffering from similar conditions, valorises professional success/prestige (and possibly public good) over the patient’s autonomy and right to be treated with dignity. The motivation capacity thus involves having the ability to constantly reflect upon personal and professional values – something that is of prime importance in the health care context – and to resist exclusively self-serving choices and so act according to professional duties.

4) Character (Implementation)

If a HCP is ethically sensitive, shows capacity for excellent moral judgment, prioritises professional values in decision making, but fails to act under pressure or is easily discouraged, then he/she will still face moral failure. Courage, ego strength, and strength of conviction are all involved in character (Rest, 1994). To have a strong moral character, nevertheless does not necessarily imply adequacy in any other component, as we have already mentioned; some amount of each capacity is needed for moral action. In the context of HCPs’ practice where there are multiple power relations and tensions (e.g., between doctors, nurses, physiotherapists, social workers, administrators), where many HCPs are not well recognized and respected for their particular expertise (e.g., from institutions and colleagues), and where

the “lack of time” has taken over from “what should be done”, to care or advocate for patients has increasingly become a “luxury” or a challenge for many HCPs. To respond to a situation in a manner that is in line with professional sensitivity and judgment can sometimes be so difficult that HCPs may feel simply incapable of action. As such, fostering moral character in HCPs may be an exceedingly difficult task.

HCPs practicing in rural communities, or in over-worked and understaffed metropolitan centres, or as part of geographically isolated teams (e.g., international humanitarian missions) are all working in environments where it may be extremely challenging to evaluate fully an ethical issue and act appropriately. It is understandable that many HCPs will fear that their professional practice could be compromised in some circumstances (e.g., due to political pressures, resource constraints), and consequently provoke uncomfortable feelings (e.g., guilt, moral angst, failure, loss of self-worth). Courage to act in the face of serious challenges to professional identity becomes, then, an extra-ordinary component of character. That is, courage is not a necessary component in daily activities, but is brought to the fore in situations where HCPs are forced to work outside their comfort zones, such as when there are threats to professional identity, or significant and damaging power inequalities. Courage can also involve prioritising the patient’s or community’s interests over personal comfort in challenging ethical situations. Character for HCPs, involves training to not only be able to face *obvious* situations, but also act ethically in the face of extraordinary situations and ethical challenges.

Summary

As mentioned in the Introduction, morality research – and I argue, professional ethics training – has tended to focus attention on the second component of Rest’s FCM, that is, judgment (Bebeau, 2008). This situation is not an indicator of the relative importance of moral judgment compared to the other components but might be a consequence of the accessibility of more reliable measuring tools for the analysis of this concept (e.g., *Defining Issues Test [DIT]* (Rest, 1979); *Moral Judgment Interview [MJI]* (Colby *et al.*, 2011). In line with the idea that a growing interest for research about ES followed the development of a measuring tool

(Jordan, 2007), we suggest that it may also be a natural counter-reaction to the academic tendency to focus principally on the rational dimension of a phenomenon. Confronted with ever increasing emotionally challenging ethical issues, HCPs may be prompted to actualize their knowledge about the sensitive dimensions of their practice.

Following the iterative idea of Rest's model, we suggest that ES operates, more or less, at all moments of ethical reflection and behaviour, and with every component of the model. In other words, we would say that when a HCP is confronted by an ethical dilemma or issue, at least four processes, including ES, are simultaneously involved in the HCPs' moral experience, from the encounter through to action (including non-action). Being ethically sensitive does not imply that one will necessarily act morally, nor that one will act at all. For ethical behaviour to occur, an individual must have integrated and be able to express all four moral capacities (Rest and Narvaez, 1994).

Teaching Ethical Sensitivity and the FCM

The FCM shows that there are undeniable interconnections between affect, cognition, and behaviour. In fact, there cannot be cognition that is not connected to an affect, or behaviour that has no affective or cognitive connection (Bebeau, Rest and Narvaez, 1999). Rest and Bebeau both saw ethical sensitivity as a complex interpretive ability, similar to the process of a medical diagnosis. Without the ability to see a problem from someone else's perspective, connect with the lived experience of another, and to bring disciplinary expertise to bear and to imagine consequences, one cannot identify the unstructured or non-obvious ethical issues encountered in practice (Bebeau, Rest and Narvaez, 1999). Ethical sensitivity is thus an essential component of ethical professional practice, alongside judgment, motivation and character.

The FCM, along with Bebeau's definition of ES can, we suggest, provide significant sources of inspiration for HCPs' ethics training and professional practice. These concepts can help to better understand the importance of the affective dimension of the HCP's moral experience; and they can create opportunities to discuss some of the central challenges facing HCP in their practice and relations with institutions (health, education), including tensions

between personal and professional values, and anguish emerging from the difficulty in acting according to one's professional standards of ethics. Yet, the evident complexity of ES as a concept – and the relatively limited importance given to it in HCPs' education – means that it will be far from *easy* for HCPs to integrate this concept and so become ethically sensitive and morally competent professionals, able to deal with the diversity of ethical challenges that arise in their professional practice. In light of this complexity, curriculum development and ethics teaching for HCPs poses great challenges (Lantz, Bebeau and Zarkowski, 2011; Carlin *et al.*, 2011). In particular, how is one supposed to address all four moral capacities laid out in the FCM in order to minimise HCPs' moral failure and consequently improve patient and community care?

A starting point is to recognise and question our tendency in ethics training to focus on the rational dimension of ethics, and make efforts to help HCPs leave this comfort zone. This does not mean reinventing the wheel and rejecting existing (and effective!) ethics educational strategies that use, for example, case studies, group discussions, and ethics frameworks. Nor will there be any single recipe for enhancing ES (along with judgment, motivation, character) in the full diversity of HCPs' professional contexts (e.g., nursing, medicine, psychology). Instead, I suggest that a deeper understanding of individual and professional moral psychology, such as that provided by the FCM, can guide and inform efforts of HCP ethics educators and institutions working to support and enhance the moral development of their students (Lantz, Bebeau and Zarkowski, 2011).

Make pedagogical choices (strategy, content) based on sound knowledge

In delimiting the scope of the moral experience to (at least) four moral capacities, the FCM helps to better assess professionalism while leaving aside its often vague descriptions, such as “being a good person is being professional” (Bebeau and Monson, 2008). Ethical sensitivity, then, is an excellent concept to help understand what it is to be sensitive in the context of professional practice, and to recognise that some pedagogical strategies (e.g., case studies that aim for the reasoned resolution of a dilemma) can be effective at enhancing moral judgment but not necessarily effective in supporting a flourishing of professional ES (e.g.,

case studies that highlight the ethical challenges and the possible courses of action in a particular situation).

Avoid sensationalism; adopt a progressive teaching strategy

Ethical sensitivity is developed in line with a profession's moral landmarks (e.g., values, codes of ethics). So to be able to recognise and reflect upon others' experiences in a particular professional context is a capacity that is acquired progressively, both through formal learning (knowledge acquisition) and experience (Rest and Narvaez, 1994). From this perspective, it may be less relevant or strategic – even if more stimulating – for first year students in HCP education programs (e.g., nursing, medicine, social work, bioethics) to engage in “heavy case” discussion, such as about euthanasia or treatment refusal, because they are not yet equipped emotionally or rationally to deal with the complexity of these cases. Instead, we suggest a better starting point for developing ES – and thus professional ethical behaviour – would be with everyday or “down to earth” situations encountered in professional practice: for example, how to introduce oneself to a patient and/or family, how to communicate and behave with colleagues, how to reflect upon conflicts between personal and professional values, how to deal with conflicts with a supervisor/mentor, and the importance of discussing and reflecting upon personal life challenging experiences (Bebeau and Monson, 2008). These situations are regularly taught as part of “professional or social skills” training, and are clearly rich in implicit ethical issues; as such, they provide an important opportunity within an existing teaching mechanism, to build ES amongst HCP students.

Do not entertain, teach

Students may show preference for studying real, engaging, and complex cases – they are undeniably interesting! But the goal of teaching ethics should not be *entertainment*, nor should pedagogical approaches be driven by student course evaluations (Bebeau and Monson, 2008). In fact, this propensity for evaluating ethics teaching based on what students “like/dislike” may actually be a symptom of an overall resistance to ethics education that

questions existing professional practice (or work environment) and calls for inner reflection about one's attitudes and beliefs (Bebeau and Monson, 2008).

To be ethically sensitive is a challenging responsibility that may trigger inner turmoil. But there are numerous strategies that can be used to help students develop the ability to face situations that force them to confront their values, beliefs or even their identity. For example, asking a student to write and reflect upon personal issues that raise similar tensions (e.g., "faithfulness is central to me, but one of my friends is cheating on his girlfriend") can be an excellent first step to help students "get the taste" for such personal reflection. Constructive feedback from a mentor or a teacher would then help students refine their reflection, the results of which could then be expanded to a more social/professional practice related issue (e.g., group discussion about conflicting views on health). Opposite and different points of views should be acknowledged and valued as necessary to reach the best possible perspective (but not in a strictly consensual fashion) based on the patient's/society's best interests; that is, the best view of a person's health is somewhere at the intersection of *what is recognised as scientifically/professionally good for health* and *what the patient's perspective is of his/her own health*. Arriving at this intersection, the HCP may find very little trace left of their old self, having opened up, with some courage, to accepting a third party's best interests (e.g., patient, community). ES, then, brings into the arena of HCPs' morality the obligation to be empathetic, and to put oneself in another's shoes (Rest and Narvaez, 1994; Weaver, Morse and Mitcham, 2008; Myyry and Helkama, 2002).

Ethics educators have a duty to support HCPs' moral development, and this means providing the conceptual and practical tools so that HCPs can recognise, face and respond to often highly challenging situations that may be emotionally destabilizing. Responding to students' "likes/dislikes" regarding exciting and entertaining cases may be an easy option, but it will be at best insufficient and at worst a distraction from helping HCPs develop the moral competencies necessary to both survive and excel in their chosen professions.

Engage interdisciplinary collaboration and dialogue: show humility

As clearly shown by Bebeau's definition, ES is profession specific; no single professional field of knowledge can respond, by itself, to the full complexity of a particular ethical situation. There are invariably other professionals (and non-professionals) involved and each will "bring to the table" their own legitimate perspective, their own "piece of the truth". It thus becomes all the more important to teach inter- or interdisciplinary collaboration, so that students can see how different professional epistemologies can influence/delimit their respective ES, and thus complement efforts to get the best picture of a situation in order to respond ethically.

Be responsible: walk the talk

Ethical sensitivity is also related to the moral climate in which professionals work (Lützén *et al.*, 2010; Committee on Assessing Integrity in Research Environments, 2002). One may have the best possible ethics curriculum in place, yet if institutions and ethics educators do not provide an environment that promotes and sustains moral leadership (e.g., because of work overload, considering ethics as secondary, a lack of infrastructure to support ethical discussions), then ES will be neglected with the result that HCPs will learn just to "do their job" (Weaver, Morse and Mitcham, 2008). Yet, as many an ethics educator can attest, a problem in the classroom, such as a conflict between students (e.g., workload inequity between team members), can be turned from "something to be resolved" into a "learning opportunity". Suffice to say that one uses the situation as a chance to engage in collective ethical decision making, e.g., by implementing a process involving each of the team members (group discussion) instead of using an authoritarian approach (e.g., the teacher decides), and students can come to better understand the very real challenges they will face in professional contexts.

To summarise, while ethics training programs probably do relatively well with teaching moral judgment, they are likely much less effective at helping HCPs develop the character and motivation necessary to be ethical professionals (Kenny and Shelton, 2006).

Ethical sensitivity, and the four-component model can, I argue, help redress some of these important weaknesses in ethics education and training of HCPs.

Conclusion

Drawing on the important work of Rest and Bebeau, we have argued that the four-component model – and the broader field of psychology of moral development – can be a significant source of inspiration for health care professionals, both to better understand their moral experience and to develop more adequate teaching strategies to support their moral flourishing and professional ethics practice. We have argued that it is important to understand the meaning of ethical sensitivity in the context of HCPs' practice, for a number of reasons. First, ES is, among others, a necessary professional competency for HCPs. Second, moral failure may be the consequence of a lack of ES (Rest, 1994). Third, as there is significant individual and professional variability in the capacity of HCPs to detect ethical issues, ES may be improved by training and education (Rest and Narvaez, 1994; Bebeau, 2002). Yet, because ES is different from moral reasoning (Brabeck *et al.*, 2000; You, 2007), it may not be adequately addressed in educational and professional contexts, assuming that it is not ignored all together.

Ethical sensitivity is and should be treated as a personal and an institutional responsibility. Practicing HCPs, and in particular student or trainee HCPs, should be aware that on the path to becoming an ethical professional, there may be numerous and often painful obstacles; to invest oneself in an ethical HCP practice will be a demanding career and life choice. ES has been shown to be influenced by the institutional moral climate, so institutions (whether academic or health care organisations) should be held accountable for providing workplace conditions that foster ES and, when it occurs, share the blame for moral failure (e.g., institutional policies that limit HCPs' capacity to act ethically). ES should be addressed at the policy level in order to work for concrete changes in institutional structures and processes that can create favourable conditions for ES to flourish.

The truth, though, is that there is no easy way for HCPs to become ethically sensitive and morally competent or mature. The path to professional ethical maturity necessarily

involves an excellent reflexive capacity to sustain the development of a HCP's professional identity. Some professionals, notably in the health care context, are excellent at *talking about* ethics to the audience while their often ungracious and prejudiced behaviours towards patients and colleagues show that their "moral intention" is no more than a self-interested facade. To become ethically sensitive implies often uncomfortable reflexive processes that oblige HCPs to continually call into question their personal and professional views (e.g., "what does this feeling of anger in a particular situation say about me and my way of being in relation with patients and colleagues?", "why is that my colleague sees a problem in a situation and I don't?").

It may be socially valued *to be* a professional and some may wish to profit from all the advantages (e.g., prestige, financial) of this privileged position, but the path *to becoming* professional is a never ending journey that calls for courage and perseverance. It is not enough to show excellence in academia; introspective capacity is also necessary to acquire the necessary moral competencies needed to minimise moral failure that may jeopardise patient and community security and well being. To be a professional may be rewarding, to become one is without doubt, extremely demanding.

To return to the song lyric we cited at the beginning of the paper, there is obviously no line-up at death's door, so to speak, because "Nobody wants to die" or engage in the very hard work of becoming an ethical sensitive HCP. But as fearful and painful as it may be, it is the obligatory passage to get to heaven where "Everybody wants to go".

References

- Arsenio, W.F., E. Adams and J. Gold. **Social Information Processing, Moral Reasoning, and Emotion Attributions: Relations With Adolescents' Reactive and Proactive Aggression.** *Child Development* 2009, **80**(6):1739-1755.
- Baerøe, K. and O.F. Norheim. **Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: a theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS).** *Bioethics* 2011, **25**(7):394-402.

- Bebeau, M.J. **Enhancing professionalism using ethics education as part of a dental licensure board's disciplinary action. Part 2. Evidence of the process.** *The Journal of the American College of Dentists* 2009, **76**(3):32-45.
- Bebeau, M.J. **Evidence-based character development.** In K. Kenny and W. Shelton (eds). *Lost Virtue: Professional character development in medical education.* Oxford, U.K.: Elsevier; 2006: 47-86.
- Bebeau, M.J. **Influencing the Moral Dimensions of Dental Practice.** In J.R. Rest and D. Narvaez (eds). *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994:121-146.
- Bebeau, M.J. **Promoting ethical development and professionalism : insight from educational research in the professions.** *University of St. Thomas Law Journal* 2008, **5**(2):366-389.
- Bebeau, M.J. **The Defining Issues Test and the Four Component Model: Contributions to professional education.** *Journal of Moral Education* 2002, **31**(3):271-295.
- Bebeau, M.J. and V.E. Monson. **Guided by theory, grounded in evidence: a way forward for professional ethics education.** In L. Nucci and D. Narvaez (eds). *Handbook on moral and character education.* New York: Routledge; 2008:557-583.
- Bebeau, M.J., J.R. Rest and C.M. Yamoore. **Measuring dental student's ethical sensitivity.** *Journal of Dental Education* 1985, **49**(4):225-235.
- Bebeau, M.J., J.R. Rest and D. Narvaez. **Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education.** *Educational Researcher* 1999, **28**(4):18-26.
- Bebeau, M.J. and V.E. Monson. **Professional Identity Formation and Transformation across the Life Span.** In A. Mc Kee and M. Eraut (eds). *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development.* Vol. 7. Springer Netherlands; 2012:135-162.
- Blasi, A. **Moral Identity: Its Role in Moral Functioning.** In W.M. Kurtines and J.L. Gewirtz (eds). *Morality, Moral Behavior, and Moral Development.* New York: A Wiley-Interscience publication; 1984:129-139.
- Boudrias, J.-S., A.J.S. Morin and M.-M. Brodeur. **Role of psychological empowerment in the reduction of burnout in Canadian health care workers.** *Nursing & Health Sciences* 2012, **14**(1):8-17.
- Bourbonnais, R., C. Brisson, R. Malenfant and M. Vézina. **Health care restructuring, work environment, and health of nurses.** *American Journal of Industrial Medicine* 2005, **47**(1):54-64.
- Brabeck, M.M., L.A. Rogers, S. Sirin, J. Henderson, M. Benvenuto, M. Weaver and K. Ting. **Increasing Ethical Sensitivity to Racial and Gender Intolerance in Schools: Development of the Racial Ethical Sensitivity Test.** *Ethics & Behavior* 2000, **10**(2):119-137.

- Brazil, K., S. Kassalainen, J. Ploeg and D. Marshall. **Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care.** *Social Science & Medicine* 2010, **71**(9):1687-1691.
- Burkhardt, M. and A.K. Nathaniel. *Ethics and issues in contemporary nursing*. Clifton Park, New York: Thomson Delmar Learning; 2008.
- Cara, C.M., J.J. Nyberg and S. Brousseau. **Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system.** *Nursing Administration Quarterly* 2011, **35**(1):6-14.
- Carlin, N., C. Rozmus, J. Spike, I. Willcockson, W. Seifert, C. Chappell, P.-H. Hsieh, T. Cole, C. Flaitz, J. Engebretson, R. Lunstroth, C. Amos and B. Boutwell. **The Health Professional Ethics Rubric: Practical Assessment in Ethics Education for Health Professional Schools.** *Journal of Academic Ethics* 2011:1-14.
- Carlo, G. and C.P. Edwards. *Moral Motivation Through the Life Span*. Vol. 51. Lincoln, Nebraska: Nebraska symposium on motivation; 2005.
- Carnevale, F.A., C. Farrell, R. Cremer, P. Canoui, S. Séguret, J. Gaudreault, B. de Bérail, J. Lacroix, F. Leclerc and P. Hubert. **Struggling to do what is right for the child: Pediatric life-support decisions among physicians and nurses in France and Quebec.** *Journal of Child Health Care* 2012.
- Carpenter, C. **Moral distress in physical therapy practice.** *Physiotherapy Theory and Practice* 2010, **26**(2):69-78.
- Colby, A., L. Kohlberg, B. Speicher, A. Hewer, D. Candee, J. Gibbs and C. Power. *The Measurement of Moral Judgment*. Reissue edition ed. II vols. Vol. I. New York: Cambridge University Press; 2011.
- Committee on Assessing Integrity in Research Environments. *Integrity in Scientific Research: Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct*. Washington, DC: National Research Council, Institute of Medicine, The National Academies Press; 2002.
- Comrie, R.W. **An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity.** *Nursing Ethics* 2011, **19**(1):116-127.
- Damasio, A. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Gosset/Putnam Press; 2005.
- De Sousa, R. *The Rationality of Emotion*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 1987.
- Dworkin, R. *Taking rights seriously*. Cambridge: Harvard University Press; 1977.
- Fields, S.K., P. Mahan, P. Tillman, J. Harris, K. Maxwell and M. Hojat. **Measuring empathy in health care profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider-student version.** *Journal of Interprofessional Care* 2011, **25**(4):287-293.
- Fisher, J. *Biomedical ethics: a Canadian focus*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press; 2009.

- Fitzgerald, A. and G. Davidson. **Innovative health care delivery teams: Learning to be a team member is as important as learning other specialised skills.** *Journal of Health Organization and Management* 2008, **22**(2):129-146.
- Ford, G. *Ethical reasoning for mental health professionals.* Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2006.
- Frumovitz, M.M. **Unverifiable Accomplishments and Publications on Applications for Gynecologic Oncology Fellowships.** *Obstetrics and gynecology* 2012, **119**(3):504-508.
- Gewirth, A. *Human rights: essays on justification and applications.* Chicago: University of Chicago Press; 1982.
- Grady, C., M. Danis, K. L. Soeken, P. O'Donnell, C. Taylor, A. Farrar and C. M. Ulrich. **Does Ethics Education Influence the Moral Action of Practicing Nurses and Social Workers?** *The American Journal of Bioethics* 2008, **8**(4):4-11.
- Greene, J. and J. Haidt. **How (and where) does moral judgment work?** *Trends in Cognitive Sciences* 2002, **6**(12):517-523.
- Habermas, J. *Justification and application: remarks on discourse ethics, Studies in contemporary German social thought.* Cambridge, Mass.: MIT Press; 1993.
- Haidt, J. **The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment.** *Psychological Review* 2001, **108**(4):814-834.
- Hardy, S.A. and G. Carlo. **Identity as a Source of Moral Motivation.** *Human Development* 2005, **48**(4):232-256.
- Hermesen, M. and M. van der Donk. **Nurses' Moral Problems in Dialysis.** *Nursing Ethics* 2009, **16**(2):184-191.
- Hunt, M.R. **Moral Experience of Canadian Health care Professionals in Humanitarian Work.** *Prehospital and Disaster Medicine* 2009b, **24**(6):518-524.
- Hunt, M.R. **Patient-Centered Care and Cultural Practices: Process and Criteria for Evaluating Adaptations of Norms and Standards in Health Care Institutions.** *HEC Forum* 2009a, **21**(4):327-339.
- Hunt, M.R. and F.A. Carnevale. **Moral experience: a framework for bioethics research.** *Journal of Medical Ethics* 2011, **37**(11):658-662.
- Jordan, J. **Taking the First Step toward a Moral Action: A Review of Moral Sensitivity Measurement across Domains.** *Journal of Genetic Psychology* 2007, **168**(3):323-359.
- Kenny, N. and R. Chafe. **Pushing Right against the Evidence: Turbulent Times for Canadian Health Care.** *The Hastings Center Report* 2007, **37**(5):24-26.
- Kenny, N. and W. Shelton (eds). *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education.* Vol. 10: *Advances in Bioethics.* Oxford, U.K.: Elsevier; 2006.
- Killen, M. and J. Smetana. *Handbook of Moral Development.* Mahwa, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2006.

- Kohlberg, L. *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row ed., Essays on moral development v. II; 1984.
- Lantz, M.S., M.J. Bebeau and P. Zarkowski. **The Status of Ethics Teaching and Learning in U.S. Dental Schools**. *Journal of Dental Education* 2011, **75**(10):1295-1309.
- Lapsley, D.K. **Moral Stage Theory**. In M. Killen and J. Smetana (eds). *Handbook of Moral Development*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2006:37-66.
- Lemerise, E.A. and W.F. Arsenio. **An Integrated Model of Emotion Processes and Cognition in Social Information Processing**. *Child Development* 2000, **71**(1):107-118.
- Lichtenberg, J.W., S.M. Portnoy, M.J. Bebeau, I.W. Leigh, P.D. Nelson, N.J. Rubin, I.L. Smith and N.J. Kaslow. **Challenges to the Assessment of Competence and Competencies**. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007, **38**(5):474-478.
- Lütznén, K., T. Blom, B. Ewalds-Kvist and S. Winch. **Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals**. *Nursing Ethics* 2010, **17**(2):213-224.
- Lynn, L. "Everybody Wants To Go To Heaven"; 1965.
- Maxwell, B. and L. Le Sage. **Are psychopaths morally sensitive?** *Journal of Moral Education* 2009, **38**(1):75-91.
- McHugh, M.D., A. Kutney-Lee, J.P. Cimiotti, D.M. Sloane and L.H. Aiken. **Nurses Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care**. *Health Affairs* 2012, **30**(2):202-210.
- Miller, J.F. **Burnout and Its Impact on Good Work in Nursing**. *Journal of Radiology Nursing* 2011, **30**(4):146-149.
- Molewijk, B., D. Kleinlugtenbelt and G. Widdershoven. **The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology**. *Bioethics* 2011, **25**(7):383-393.
- Myyry, L. and K. Helkama. **The Role of Value Priorities and Professional Ethics Training in Moral Sensitivity**. *Journal of Moral Education* 2002, **31**(1):35-50.
- Narvaez, D. **Human Flourishing and Moral Development: Cognitive and neurobiological Perspectives of Virtue Development**. In L.P. Nucci and D. Narvaez (eds). *Handbook of Moral and Character Education*. New York: Routledge; 2008:310-327.
- Nugus, P., D. Greenfield, J. Travaglia, J. Westbrook and J. Braithwaite. **How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care**. *Social Science & Medicine* 2010, **71**(5):898-909.
- Owhoso, V. **Mitigating Gender-specific Superior Ethical Sensitivity When Assessing Likelihood of Fraud Risk**. *Journal of Managerial Issues* 2002, **14**(3):360.
- Ozdogan, F.B. and Z. Eser. **Ethical Sensitivity of College Students in a Developing Country**. *Journal of Teaching in International Business* 2007, **19**(1):83-99.

- Pavlish, C., K. Brown-Saltzman, M. Hersh, M. Shirk and O. Nudelman. **Early Indicators and Risk Factors for Ethical Issues in Clinical Practice.** *Journal of Nursing Scholarship* 2011, **43**(1):13-21.
- Piaget, J. *The moral judgment of the child.* London: Routledge & Kegan Paul; 1932 [original edition].
- Plsek, P.E., and T. Greenhalgh. **The challenge of complexity in health care.** *BMJ* 2001, **323**(7313):625-628.
- Ravitsky, V., A. Flester and A.L. Caplan. *Penn Center Guide to Bioethics.* New York: Springer; 2009.
- Rawls, J. *A theory of justice.* Oxford: Oxford University Press; 1973.
- Rest, J.R. **Background: Theory and research.** In J.R. Rest and D. Narvaez (eds). *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1994:1-26.
- Rest, J.R. *Development in Judging Moral Issues.* Minnesota: Minnesota Press; 1979.
- Rest, J.R. and D. Narvaez. *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1994.
- Rest, J.R., D. Narvaez, S.J. Thoma and M.J. Bebeau. **DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment.** *Journal of Educational Psychology* 1999, **91**(4):644-659.
- Reynolds, S.J. **Moral awareness and ethical predispositions: Investigating the role of individual differences in the recognition of moral issues.** *Journal of Applied Psychology* 2006, **91**(1):233-243.
- Sadler, T.D. **Moral sensitivity and its contribution to the resolution of socio-scientific issues.** *Journal of Moral Education* 2004, **33**(3):339-358.
- Saint Arnaud, J. *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières.* Montréal: Gaëtan Morin; 2009.
- Schluter, J., S. Winch, K. Holzhauser and A. Henderson. **Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review.** *Nursing Ethics* 2008, **15**(3):304-321.
- Schwartz, L., C. Sinding, M. Hunt, L. Elit, L. Redwood-Campbell, N. Adelson, L. Luther, J. Ranford and S. DeLaat. **Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning From the Narratives of Humanitarian Health Workers.** *AJOB Primary Research* 2010, **1**(3):45-54.
- Simmons, H.R. **Unverifiable and Erroneous Publications Reported by Obstetrics and Gynecology Residency Applicants.** *Obstetrics and gynecology* 2012, **119**(3):498-503.
- Sirin, S.R., M.M. Brabeck, A. Satiani and L. Rogers-Serin. **Validation of a Measure of Ethical Sensitivity and Examination of the Effects of Previous Multicultural and Ethics Courses on Ethical Sensitivity.** *Ethics & Behavior* 2003, **13**(3):221-235.

- Sparks, J.R. and D. Hunt Shelby. **Marketing Researcher Ethical Sensitivity: Conceptualization, Measurement, and Exploratory Investigation.** *The Journal of Marketing* 1998, **62**(2):92-109.
- Strech, D., G. Persad, G. Marckmann and M. Danis. **Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research.** *Health Policy* 2009, **90**(2-3):113-124.
- Tosh, Peter. *Equal Rights*. 1977.
- Turiel, E. **Thought, emotions, and social interactional processes in moral development.** In M. Killen and J. Smetana (eds). *Handbook of Moral Development*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates; 2006:7-35.
- Ulrich, C.M., A.B. Hamric, C. Grady, C.M. Ulrich, A.B. Hamric and C. Grady. **Moral distress: a growing problem in the health professions?** *Hastings Center Report* 2010, **40**(1):20-22.
- Ward, J., J. Cody, M. Schaal and M. Hojat. **The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students.** *Journal of Professional Nursing* 2009, **28**(1):34-40.
- Weaver, K. **Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research.** *Nursing Ethics* 2007, **14**(2):141-55.
- Weaver, K., J. Morse and C. Mitcham. **Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis.** *Journal of Advanced Nursing* 2008, **62**(5):607-618.
- You, D. *Interrelationships and gender differences among components of morality for dental students.* Ph.D., ProQuest Dissertations and Theses, University of Minnesota, United States – Minnesota; 2007.

* * * * *

Si la sensibilité éthique et certains concepts directeurs de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990) s'avèrent utiles dans le développement d'un MDR pour les PDS, celui-ci ne sera complet que dans la mesure où il prend en compte le problème relié à l'action. En d'autres termes, si notre recherche propose des pistes de réflexion sur les questions normatives (article du chapitre précédent) qui mettent en lumière la structure philosophique du MDR (*what ought to be done?*), pour nous entraîner ensuite vers le monde plus subjectif du PDS (*how and who should do?*) en démontrant la complexité psychologique de l'expérience éthique (article du présent chapitre), ces réflexions soulèvent à leur tour l'interrogation suivante : qu'est-ce qui motive le PDS à agir éthiquement?

L'analyse du concept de sensibilité éthique et de certains concepts clés de la « petite éthique » de Ricœur nous offre déjà quelques éléments de réponses à cette question. Un manque de sensibilité éthique, les conflits de rôle, une formation inadéquate (trop analytique), une analyse limitée de la situation, un manque de temps et de ressources, une culture organisationnelle fondée sur la performance ainsi que les jeux de pouvoir entre les corps professionnels en sont quelques exemples. Certains, davantage influencés par une vision kantienne, répondront que c'est là le *devoir* du PDS; d'autres, plus aristotéliens, proposeront que c'est en vertu de sa qualité d'*être responsable* que le PDS sera porté à agir selon les critères d'excellence de sa pratique (le respect de l'intégrité de la personne, par exemple).

Située quelque part entre ces deux visions, notre analyse abordera la question du point de vue identitaire en s'inspirant de la *théorie du soi* (Blasi, 1984) et des modes identitaires de Blasi (1993). Dans cette optique, le prochain article s'intéresse à la question de l'identité professionnelle comme source de motivation à l'action morale et souhaite répondre à la question suivante : qui est ce PDS sur lequel le patient/communauté/société peut compter (*who is acting?*)?

Chapitre 4. “An image may be worth a thousand words, but not in professional ethics”: using Blasi’s identity modes to build professional ethics identity tendencies (PEIT)

Soumis au *Advances in Health Sciences Education*.

Abstract

There is a widespread belief that being an ethically reliable health care professional (HCP) is based primarily on the accuracy of one’s judgment. This article argues that while ethical judgment is an essential competency for HCPs, being ethical necessarily also involves other equally important and more subjective dimensions, namely the experiential dimension of a HCP’s professional identity. Inspired by Augusto Blasi’s work on identity modes, I elaborate a normative framework based on three main *professional ethical identity tendencies* (PEIT) – i.e., *legal dualistic identity*, *deontological identity*, and *reflexive deontology* – and show that the type of relation a HCP has with his/her self provides an important source of motivation for a HCP to act ethically. From this perspective, professional ethics is no longer solely a rational act or a compliance to deontological standards, but becomes a characteristic of the person that is constructed on chosen and highly demanding ethical standards of the health care professions.

Keywords

Bioethics, identity, identity mode, professional identity, professional ethics, clinical ethics, Augusto Blasi, core competencies, ethics education, self, self theory, PEIT.

Acknowledgments

I would like to express gratitude to Dr. Bryn Williams-Jones for his in depth revision, comments, support and discussion that have improved this manuscript over the course of its development. M.-J. Potvin was supported by graduate scholarships from the Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CREUM), the Faculty of Medicine and the ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS, Quebec).

Introduction

Popular television shows such as *Emergency*, *Dr House* or *General Hospital* present thrilling medical adventures in which health care teams are confronted with intriguing and complex cases that raise challenging ethical issues, many that would be familiar to practicing health care professionals (HCPs). Besides their good looks, the characters in these series often show great intelligence, composure, resilience, and strong leadership that seem to come naturally. Even less sympathetic characters, such as the cold and contemptuous – and often unethical – Dr House still inspires viewers through the deployment of brilliant intelligence and judgment to treat the highly enigmatic medical conditions of patients while at the same time addressing the related ethical complexity of the situation. For Dr House, what seems to count, above all, is the *survival* of the patient, even if this implies borderline unethical behaviour (e.g., explaining the patient's condition in a cold and cynical tone that makes the patient feel guilty).

Even if these TV shows are mostly accurate and reflect situations with which real-life HCPs may be confronted, what the viewer sees is a rather *uncluttered*, often *happy ending* representation of the health care setting and the work of HCPs. One might enjoy Dr House's sharp intelligence, his biting humour and the fact that he always saves the patient's life. As one of his real patients, you would probably be less enthusiastic to discover the foundational motto of his singular professional *wisdom*: "Treating illness is why we became doctors. Treating patients is actually what makes most doctors miserable". The central question for Dr House is "*what ought to be done* medically to save people's lives?" To figure out *how* this ought to be acted out and experienced in an ethical manner seems to be irrelevant, even

superfluous. Whatever it takes to save the sick body, even at the expense of the person's dignity, Dr House is your man. Certainly, one may encounter these misanthropic personalities among HCPs, but one would hope that this would be the exception rather than the rule.

Shows such as *Dr House* clearly do not do justice to the full complexity of the ethical challenges that HCPs experience in practice, and in particular, the often *hidden part* (the emotional inner world of the HCP) of what it means *to become* a health care *professional*. While an image may be worth a thousand words (e.g., to illustrate a complex situation), an image – such as that of the brilliant Dr House – may also be worth a thousand lies. Who is this HCP on whom vulnerable patients must rely? What makes this person ethically reliable and responsible, besides having met the high standards required for ethical professional practice, standards that are mostly intellectual (knowledge) and behavioural (skills)? Is it enough to rationally master a professional code of ethics? Does any individual who aspires to engage in a health care profession have the potential to become an ethically reliable professional? Is academic excellence the only criteria that should be taken into account when selecting aspiring HCPs for admission into professional programs? Is the motivation (e.g., obedience, self-promotion, self-consistency) behind the ethical act of any significance or is it only the observed 'ethical' behaviour and related consequences that count in the context of health care practice?

The domain of moral psychology – and specifically, Augusto Blasi's research on identity modes – can, I suggest, offer some useful tools to tackle these questions. In a developmental sequence, from less to more mature, Blasi identifies three possible ways that people may relate to their experiential self: 1) the *social-role identity mode* (pre-identity), where one defines him/herself through superficial external landmarks (e.g., appearance, impulses, feelings, roles, social expectations); 2) the *identity observed mode* (early identity), characterized by the individual's discovery of an inner psychological world where one mostly defines him/herself by general attributes (e.g., intuitive thoughts and feelings, beliefs); and 3) the *management identity mode*, where feelings are superseded by ideals, standards and a philosophy of life. At the advanced maturity stage of this third mode, we may observe a more universal stance towards identity (e.g., self affirmation, special attention to truth and reality), higher sensitivity for conflicts and greater inner flexibility (Blasi, Noam *et al.*, 1993).

From Blasi's identity modes, I derive a theoretical model or normative framework for HCPs, consisting of three *professional ethics identity tendencies* (PEIT). These PEITs describe, for example, how HCPs may well rationally understand the normative landmarks (e.g., codes of ethics, rules) of their respective professions, but this knowledge may be irrelevant or even ineffective at constructing a sound professional identity that fosters ethical professionalism (e.g., responsibility, ethical behaviour), particularly if the inner 'terrain' (how one relates to his/herself) is insufficiently mature. As Blasi puts it: "[...] a profession, an ideal or a political commitment determine an identity only to the extent that the person subjectively relates to his/her profession or ideals as constitutive of his or her essential true self [subjective self]" (Glodis and Blasi, 1993). Applying this to HCPs, my premise is that professional identity may be a strong source of motivation to act ethically. Specifically, if a HCP experiences ethical professional ideals and principles as the core pillars of his/her identity, then he/she is more likely to act according to these ideals or principles. There is then no distance, so to speak, between their personal and professional identities; ethics is no longer solely an intellectual exercise but becomes a characteristic of the person as a professional.

The aim of this paper is to explore the experiential dimension of professional ethics in order to better comprehend and identify some hidden aspects of HCPs' 'ethical world'. In other words, how do the particularities of the HCPs' inner world (relation to his/herself) impact on professional ethics identity construction? In helping refine this understanding of the inner processes involved in the ethical experience of HCPs, and in particular, what is entailed in becoming an ethically mature professional, I will make the case that tools from moral psychology, i.e., Blasi's identity modes, can contribute to enriching the domain of professional ethics education and practice.

Identity According to Blasi: A Brief Background

Identity can be defined in multiple ways and from a variety of epistemological perspectives (e.g., philosophy, sociology, psychology) (Blasi, Noam *et al.*, 1993; Ricœur and Blamey, 1995; Weinreich and Saunderson, 2003; Noonan, 2011). In the context of this paper, identity is defined through a psychological perspective, inspired mostly by Erikson's work,

and refers to “[...] a special kind of sense of self (more conscious, more specifically individual, more ‘strenuous’), that begins to appear in middle adolescence” (Blasi, Noam *et al.*, 1993)¹⁴ and that is perceived “[...] as the highest developmental transformations of the self” (Blasi, 2004). The special kind of self that defines an individual is qualified by Blasi as one’s sense of *true self*. According to Erickson (Erikson, 1968) identity is composed of three closely inter-related aspects: 1) *structural* (e.g., processes underlying identity development); 2) *social* (e.g., processes of personal integration in some social roles and cultural ideology); and 3) *phenomenological* (e.g., subjective experience of oneself, notably influenced by occupational choices, and political, religious, or moral ideals)¹⁵ (Blasi and Milton, 1991b). It is in this third subjective, phenomenological component of identity that Blasi is interested, and that has been mostly neglected in psychology research (Blasi and Milton, 1991b).

Previous to his work on identity modes, Blasi formulated the *self model of moral behaviour* (Blasi, 1980; Blasi, 1983) that proposed an account of the relation between moral understanding and moral action. He was interested in the question: *why act or not according to one’s moral judgment?* This nascent theoretical self model, which provided the basis for Blasi’s subsequent identity modes, suggested that one’s moral judgment is more likely to produce moral behaviour if moral ideals are integrated into personal identity. From there, one experiences a sense of moral responsibility from which springs a psychological need for self-consistency, that is, to act according to one’s moral/ethical¹⁶ ideals (Blasi, 1983). Blasi’s self model shows that, in a general manner, an individual develops his/her identity both around moral (e.g., equity, care) and non-moral (e.g., professional success, friendship, ecological) values and principles. In a very simplified way, the relative value – considered as defining who someone is (true self) – that one actively and consciously attributes to each of these for

¹⁴ It is worth noting that the self model is particularly relevant to addressing moral identity issues in the precise context of adulthood.

¹⁵ The other point in which Blasi distances himself from Erikson’s conception of identity is that, from Erikson’s perspective, there are multiple socio-psychological issues (e.g., choice of an occupation, adoption of a value system and determination of one’s sexuality and sex roles) essentially involved in the domain of one’s identity; from Blasi’s perspective, in principle any issue taken individually or in relation to other issues may offer a ground for one’s identity (Blasi, 1991).

¹⁶ The tendency in the domain of health care is to use the term *ethics* instead of *moral*, but it seems that in psychology, *moral* and *morality* are used as synonyms for *ethics*.

the development of oneself (identity construction) is likely to have an impact on how one would act (ethically or not) facing particular situations.

So for example, a physician may express concerns about his professional ethics values or duties because they are experienced as important for who he/she is, as a professional. But he/she may experience these ethical values as being a *natural given*, something over which he/she has little control; they simply exist side by side other personal non-ethical values (e.g., professional recognition) and do not particularly contribute to construct a special sense of self (true self). Other professionals, however, may “[...] relate to their moral ideals as being personally chosen over other ideals or demands, sense their fragility, and feel responsible to protect them and to thus protect their sense of self.” (Blasi, Noam *et al.*, 1993). From this premise that identity is a potential motivational source of action, Blasi built his identity modes that highlight three different ways that people may relate to themselves.

Based on a reanalysis of Loevinger’s ego development stages¹⁷ (Loevinger, 1976; Loevinger, 1979) Blasi developed three modes – *social-role identity*, *identity observed*, and *management identity* – from which one can experience the self, and organize them in a developmental sequence consisting in three stages that corresponded with Loevinger’s main and transitional ego development stages¹⁸ (Blasi and Milton, 1991b; Blasi, Noam *et al.*, 1993; Glodis and Blasi, 1995). These three different modes are each characterized according to five particular dimensions (senses) proper to identity (self-experience) (Table 3):

- 1) The sense of **true self** or the inner experience of a particular individuality/uniqueness constructed around singular ideals that constitutes the core from which a person defines him/herself; a sense of *being at home* with oneself (e.g., my group of friends defines who I am);

¹⁷ Ego, according to Loevinger, refers to “that aspect of personality that establishes a basic unity by constructing the meanings that one gives to oneself, other people, and the surrounding world” (Blasi, 1993:103). Her main work was to outline different developmental and sequential stages related to this broader construction of meaning.

¹⁸ The stages of ego development from which were developed Blasi’s identity modes, are respectively: “stage 1-3 or Conformist; stages 1-3/4 or Conscientious-Conformist; stages 1-4/5, 1-5, and 1-6, or Individualistic, Autonomous, and Integrated” (Blasi, 1993:121).

- 2) The sense of **sincerity** or the perspective (more or less superficial) from which one will experience his/herself as being phony or sincere (e.g., sincere when responding to social expectations);
- 3) The sense of **responsibility** for the self or the degree to which one feels responsible, be it actively involved, towards the development of one's self (e.g., if the self is experienced as a natural given, there is no real sense of responsibility);
- 4) The sense of **true self-betrayal** or how and from which perspective one experiences not acting according to one's true self (e.g., it is unimaginable);
- 5) The sense of **true commitment to one's identity** or how and to what extent one is committed to one's true self throughout daily activities and the protection of his/her self integrity (e.g., will act according to peer expectations).

Table 3. Blasi's identity modes & characteristics

(Blasi, 1991a; Blasi and Milton, 1991b; Blasi, Noam *et al.*, 1993)

	Social Role Identity	Identity Observed Mode (Early Identity)	Management Identity Mode
True self	<ul style="list-style-type: none"> • Experience no particular inner psychological world and <i>true</i> self; • Define self mostly from emotionally detached external landmarks (e.g., preferred activities, appearance, social roles, relationships, rewards) and "natural" tendencies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discover an inner world of spontaneous, intuitive feelings and perceptions, intimate thoughts, opinions and beliefs that are perceived as the true self; • Consider true self as a given, natural; • Differentiate the inner self from the outside world (e.g., external appearance, action guided by social pressure). 	<ul style="list-style-type: none"> • Define the self and driven from actively chosen ideals, goals and standards; personal philosophy of life becomes one with the self; • Experience the self (mostly) as something that one can change and shape to some extent.

Sincerity	<ul style="list-style-type: none"> • Define sincerity as acting according to one's 'natural' tendencies; being phony elicits fear of authoritative reprisals; • Show difficulty, not to say incapacity, to identify significant goals underlying actions (agency) and reflexivity. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define sincerity by focusing on the correspondence between inner feelings and behaviour; being phony elicits strong self-critique; • Give importance to self-reflection, observation and expression of self feelings (e.g., confusion, self-confidence, pride, self-respect, and disappointment with oneself). 	<ul style="list-style-type: none"> • Define sincerity as projecting an image that corresponds to one's chosen ideals, goals and standards (unquestionable given).
Responsibility for the self	<ul style="list-style-type: none"> • Deploy no active, responsible effort for self development; • Have not yet identified and internalized core self interests and ideals from which to construct identity; • Confound ideals with preferred activities and perceive them as a means for external projects. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chosen ideals are important for the emotions they generate, for the sense of self, not yet for the ideals themselves. 	<ul style="list-style-type: none"> • Show agency in self construction (e.g., face one's problems and responsibilities, improving oneself, achieving one's ultimate goals); • Feel responsible in actively making choices towards ideals, standards and goals that are no longer spontaneously given; duty and responsibility become central self-categories.
True self betrayal	<ul style="list-style-type: none"> • Experience self-betrayal when succumbing to social pressure at the expense of one's natural inclinations; • Do not experience self betrayal as a threat to identity nor does it illicit much self-critique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Understand self-betrayal as behaving inconsistently with these attributes; • Experience self betrayal as a mere change in personality traits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define self betrayal as not being attuned with one's ideals; seen as unimaginable and experienced as a fracture in one's identity.
True commitment to one's identity	<ul style="list-style-type: none"> • Express responsibility through respecting natural inclinations and in "resisting" social pressure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Express responsibility and choice through the acting out of one's spontaneous feelings to which one is passively attached. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incarnate one's very commitments into everyday activities; identity must be realized in action.

Peoples' identities are usually defined by, for example, life-style, ethnicity, gender/sexual orientation, or profession, factors that are recognised as essential to one's self-definition (Frost and Regehr, 2013; Rus, Tomsa *et al.*, 2013; Willetts and Clarke, 2013). Blasi's assumption is that these or other characteristics will determine an identity if particular characteristics of the sense of self are present and if the individual experiences these characteristics as related to their basic sense of self (Blasi and Milton, 1991b). These

characteristics correspond to higher manifestations of each of the above categories. For example, a physician who has a deep emotional attachment to her professional ideals (sense of true self at the management level) would likely be more affected by the lack of time to adequately listen to her patient in need (e.g., experienced as guilt) than another physician who considers professional ideals as mere legalistic duties that are essentially barriers to more superficial self driven goals (e.g., promotion).

Blasi's modes and characteristics are helpful in making the point that identity, as experienced by HCPs, is not a vague impression but something that can be qualified, understood and described in such a way that different patterns emerge to illustrate more or less mature personality profiles. Indeed, in Blasi's view, "identity must be primarily defined in subjective terms, as a special, identifiable sense of self", as opposed to a more dominant conception that considers identity principally from external objectifiable content, such as, for example, religious, cultural, sexual and professional landmarks. One may understand rationally what it means to be just/fair and have strong thoughts and feelings (e.g., want to change the world) and act to foster *a just world* (e.g., be a militant in a peace organisation) because it makes one feel good (e.g., for social recognition, inclusiveness). Nevertheless, if one's actions are mainly guided by those attributes (thoughts and feelings) that a person experiences, one does not act for the sake of justice itself, but for the positive emotion that one experiences. This may lead a person to avoid any action (e.g., to bring up for discussion the questionable practice of a colleague) that could induce a negative inner experience (e.g., group rejection) and consequently be less reliable in emotionally challenging situations.

Professional ethics identity tendencies (PEIT)

Blasi's modes and characteristics, while applicable to adults and even to professionals, are not specific to the domain of health care. As such, I have drawn inspiration from these modes and characteristics to propose a model or normative framework – which I have termed *professional ethics identity tendencies* (PEIT) – that maps on to the identities particular to HCPs, and thus can serve as the basis for developing educational approaches that encourage more mature identity tendencies. It should be noted, however, that unlike Blasi's work, the

model proposed here is not derived from the results of empirical research on HCPs. Although essentially a theoretical exercise, the model is nonetheless grounded in Blasi' work and tested against many years of personal experience working in the health care context as a nurse and as a bioethicist involved in the ethical and professional training of HCPs. As such, I have chosen to translate Blasi's *modes* as *tendencies* so that I could re-formulate them in a way that is suitable for the HCP context while avoiding a reductionist or simplistic translation.

From Blasi's five identity characteristics (i.e., *true self*, *sincerity*, *responsibility for the self and commitment to identity*, *true self betrayal*, *true commitment to one's identity*) I have deduced four categories pertinent to HCPs:

- 1) The sense of *true self* that speaks of a special sense of unity; uniqueness is translated into the particularity of the HCP's *relation to and experience with professional ethics landmarks* (e.g., more or less emotionally attached);
- 2) The sense of *sincerity* refers to how acting ethically is experienced by the HCP (e.g., experienced as an adverse compliance to codes of ethics);
- 3) The sense of *responsibility* and *true commitment to one's identity* are grouped together and translated into *the professional responsibilities as experienced by the HCP* and the expression of more or less mature *reflexive capacity*;
- 4) The sense of *true self betraying* which highlights the experience of acting against how one defines oneself, is translated in the experience of the *HCP confronted with acting unethically*.

These categories then support the translation of the three modes (i.e., *social role identity*, *identity observed*, and *management identity*) into three matching professional ethics identity tendencies for HCPs (i.e., *legal dualistic identity tendency*, *deontological identity tendency*, *reflexive deontology identity tendency*) (Table 4).

Table 4. Blasi's modes and characteristics translated to PEIT

Blasi	PEIT	Blasi	PEIT
<i>Characteristic</i>	<i>Category</i>	<i>Mode</i>	<i>Tendency</i>
True self	Experience of and relation with professional ethics landmarks	Social role identity	Legal dualistic identity
Sincerity	Experience/meaning of acting ethically	Identity observed	Deontological identity tendency
Responsibility for the self and commitment to identity	Experience of being professionally responsible and reflexive	Management identity	Reflexive deontology identity
True self betrayal	Experience of acting unethically		
True commitment to one's identity			

In this act of translation, I have highlighted how the particular senses of identity that Blasi developed would appear if applied to those professionals working in the health care context. In the following sections, I will explain in more detail what each of the three PEITs would look like in practice (Table 5).

Table 5. Professional ethics identity tendencies (PEIT) and categories

	Legal dualistic identity tendency	Deontological identity tendency (early professional identity)	Reflexive deontology identity tendency
Experience of and relation to professional ethics landmarks	<ul style="list-style-type: none"> • Consider professional ideals and ethical standards as coercive legal barriers; • Show no emotional attachment to professional ideals; • Act mostly according to superficial cues (e.g., preferences, mood, egoistic self promotion); • Show a dualistic attitude towards authority (opposition and fear); • Draw motivation to become a HCP mainly from external factors (e.g., parents). 	<ul style="list-style-type: none"> • Confound professional ideals with general attributes (e.g., feelings, opinions, beliefs and perceptions) perceived as a given nature; • Have a naïve and idealistic view of being an HCP; • Less influenced by external pressure but mainly rely on general attributes for career orientation; • Relate to professional ideals mostly in a self-serving manner, privileging the positive emotions generated. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experience professional ethics landmarks as part of who one is becoming; • Consciously choose and prioritize professional standards as part of identity; • Relate to professional ideals in both a self/other serving way for the sake of these ideals; • Characterised by a deep emotional attachment to professional ideals; • Draw motivation to engage in a health care profession from professional ideals.

Experience of acting ethically	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental compliance with professional rules; • No sense of otherness or ethical sensitivity; act for the sake of oneself; • May create personal frustration due to opposition; • Act mainly within personal comfort zone. 	<ul style="list-style-type: none"> • Act ethically for the sake of oneself and others but in an emotionally detached way; • Experience ethics as ‘acting in coherence’ with one’s professional knowledge and attributes; • Present a dual sense of otherness and limited ethical sensitivity. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experienced as ‘being internally in phase’, ethically self-consistent with actively chosen professional ideals; • Act ethically for the sake of others founded in self-consistency/respect (around professional ethics standards); • High level of ethical sensitivity.
Experience of being professionally responsible and reflexive	<ul style="list-style-type: none"> • Refers to ‘doing the job’; • Experience no sense of responsibility; • Passive towards professional growth and lacks humility; • Little capacity for self-critique and distance from ethical problems; • Reduce ethics to self-serving interest; • Learn the socially and professionally expected ethical answers/behaviours; • Little coherence in decision making; • May express emotionally detached regret, if caught in wrong doing; • Act ethically often within a perspective of avoiding legal consequences; • Very limited inner flexibility. 	<ul style="list-style-type: none"> • Face ethical problems by asking “what should I do to be in line with my professional code of ethics and not get sued”; • Mostly consider professional responsibility as a self-promoting opportunity; • Passive view of his/her professional growth; • Limited capacity to act and ethically reflect in face of challenging emotions; • Take decisions and act according to external authoritative influences and positive emotions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Face ethical situations by asking “what should be done for the good of this particular patient/community in these particular circumstances while respecting myself”; • Constructive reflexivity through intense self-critique; • Experience a deep sense of responsibility towards professional achievement (self-consistency); • High inner flexibility and capacity for professional growth (profound level) in emotionally challenging situations; • Excellent capacity to take a critical distance from one’s own interest.
Experience of acting unethically	<ul style="list-style-type: none"> • Experienced merely as an occasional mistake (e.g., transient weakness, error of calculation) which is not a threat to self; • Tend to minimize deceptive behaviours and attribute them to external factors. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experienced merely as an occasional professional error that generates negative emotions (e.g., guilt); • Stimulates professional self-critique related with incoherence between thought and action, but not perceived as a threat to self. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experienced as unimaginable, as a fracture in one’s personal/professional integrity (may have some level of resilience).

Legal dualistic identity tendency

Derived from Blasi’s *social identity mode*, the *legal dualistic identity tendency* occurs in individuals who have not yet the necessary inner ground (both emotional and rational) to construct an identity that integrates the experience of an inner psychological world

(experienced as unique, as different from others) from which to reflect his/her way of being, thinking and behaving as a HCP. These ‘immature’ HCPs show a superficial attachment to their profession (e.g., my parents are physicians, so I want to be one too); they are often attached to the social prestige associated with the profession along with the financial privileges useful to achieving relatively superficial short term objectives (e.g., travelling, buying a house, being popular among peers). For example, a physical therapist who has a private practice may be well tuned with a primary desire to accumulate wealth and consequently develop the business around minimalistic professional ethics that places the patient (consumer) as a mere means to pursue certain ideals (e.g., wealth). Acting in line with one’s professional ideal, then, would be to do whatever is needed to maximize the wellbeing of the HCP at the expense of the patient’s/community’s/society’s best interests. These HCPs confound their mood, impulsive feelings or preferences with professional standards and partly pursue action based on these superficial landmarks. In other words, they tend to act for the sake of themselves in order to feel good and be able to respond to their impulsive needs/desires/preferences that, in their view, surpass standards of professional practice (often in reaction to others who may try to constrain their impulsivity).

Professional ethics landmarks (e.g., codes of ethics, policies, protocols) are likely to stimulate a *dualistic* attitude in these HCPs. While they generally perceive professional ethics as meaningless in part because these ethical landmarks do not trigger any *negative* emotions (e.g., guilt, disgust, shame), these HCPs ‘fear’ ethical guidelines or codes because of their potential to inhibit the fulfilment of more egocentric interests (e.g., promotion, self-image, social recognition). Such HCPs have a strong tendency to oppose authority figures (e.g., supervisors, educators) whom they often consider as incompetent. Close mentoring, for example, may generate personal frustration due to an immature tendency to oppose perceived external pressures (e.g., codes of ethics, rules, directives). As with Dr House, modesty is not “their cup of tea”. These HCP tend, for example, to perceive ethical instructions or directives that go beyond the technical dimension of their practice (e.g., how to be when doing) as mere repetition of what they already know. As such, they do not learn from their mistakes and show high potential for recurrent unethical behaviour. When caught in a delicate situation that may undermine their professional reputation or image (e.g., they acted unethically with a

colleague), they will give their “side of the story” in order to, for example, position themselves as the victim. This limited capacity to take a distance from problematic situations (e.g., “If this patient would stop complaining, this incident would not have happened”) may put the patient/community at significant risk (e.g., negligence, abuse). From the perspective of these HCPs, their deceptive behaviour is often another’s fault (e.g., circumstances, colleagues, patient).

As they do not identify with professional ideals, the decisions of these immature HCPs are mostly guided by superficial cues (e.g., preferences, impulsive needs, moods) that set the table for inconsistent decision-making and unpredictable behaviour. *Professional responsibility* is usually reduced to external/objective technical tasks; they have “done their job” when an act responds to managerial expectations (e.g., efficiency). When asked to reflect upon professional values and ideals in a classroom setting, these HCPs often show a contradictory attitude, for example, in expressing the inadequacy of values and principles in comparison with the harsh reality of clinical practice. They can show ‘positive’ attitudes towards the patient (e.g., be nice, *listen* well) because these apparently professional behaviours serve some of their interests, such as obtaining recognition and/or rewards from their supervisors. In practice, however, these HCPs show very little empathy towards patients and colleagues, and will be quick to negatively categorize or label as ‘difficult’, patients or colleagues who are, for whatever reason, uncooperative or non-compliant.

Acting ethically for immature HCPs means complying with ethical guidance (e.g., codes of ethics, protocols, senior clinicians, educators) in order to avoid being caught and reprimanded; ethics is perceived as constraining and meaningless, or in the case of particularly challenging situations (e.g., treating a ‘difficult’ patient), means acting inside their own comfort zone, neglecting the patient’s specific needs and reality. To gain acceptance and recognition, HCPs that show little ethical maturity are likely to learn the vocabulary of the socially and professionally competent HCP; nevertheless, their behaviour is unlikely to follow their discourse in more delicate ethical situations. As these individuals have a very limited emotional life and are not inspired by any specific professional values and goals, acting unethically will not be experienced as a threat to their integrity. When doing wrong, they generally minimize the situation (e.g., “I stole pain medication from the hospital pharmacy,

but there's tons of it so not a problem"); and invest their energy in asking themselves "what should I do in order to not get caught?" Having a limited self-reflexivity coupled with little empathetic capacity, they usually show poor ethical sensitivity (e.g., a nurse does not see any problem in posing for a men's magazine) and so are unable to recognize the problematic ethical dimensions of the situations they encounter in practice. If caught, they may express some emotionally detached remorse (e.g., "This was a lack of judgment on my part, I would not do it again"), usually for egocentric purposes (e.g., to save face).

In sum, the legal-dualistic identity tendency characterizes those HCPs who show very little depth in their discourse and behaviour, and who are passive towards professional development. What usually counts for them is being productive and protecting their own interests (usually in a legal perspective), even at the expense of what they treat as *irrelevant humanistic details* (e.g., another's sensitivity) that would require some time to reflect and act upon. Individuals who show this ethics identity tendency usually have very high potential for recurrent unethical behaviour and low potential for professional growth. This tendency is certainly not a suitable profile for the health care professions, but one that, as will be discussed below, is unfortunately all too common in health care institutions.

Deontological identity tendency

Derived from Blasi's *observed identity mode*, the *deontological identity tendency* – unlike the legal dualistic tendency – is the first step in a HCP's journey towards the discovery of an inner psychological world, but still remains somewhat superficial. While the motivation to become a HCP is less influenced by social or parental pressures, for example, and some reflexive concerns are present, the main motivation originates in intuitive processes (e.g., naïve idealism of the sort "I want to change the world") and is experienced mostly in a passive manner (e.g., "I feel I am meant to be a doctor"). As such, *professional ethics landmarks* (e.g., codes of ethics, ethical theories, ideals) are understood as ideals that one is "naturally called for" and that may be actualised through one's engagement in a health care profession and other related activities (e.g., being in a student association, participating in humanitarian work). These HCPs may feel that, for example, caring for people, providing treatment for allor

advocating for the most vulnerable is something they want to participate in because it feels good. They have a superficial emotional attachment to professional ideals that they confound with their general personal attributes (e.g., feelings, intuitions, thoughts, opinions). In other words, professional values and ideals are not at the core of their identity, which is instead constructed around, for example, personal opinions, feelings and thoughts about caring and justice. Consequently, the perception of these HCPs towards their chosen profession is idealistic; becoming a physician, for example, is positive in all aspects, because it is a means to attain their ideal view of the world and to experience positive feelings. Their professional self is experienced as different from their personal self (e.g., a psychologist may listen and care for his/her patients while not taking care of his/her own family members).

When facing ethically challenging situations, these HCPs may ask themselves “what should I do to be in line with my professional code of ethics and not get sued?” This clearly shows a lack of reflexivity towards codes of ethics, which are considered as rules that should be followed “by the book”. These HCPs are at risk of contributing to or reinforcing inequities when faced with emotionally challenging situations, especially if they are personally involved (e.g., in a conflict with their own values). For example, a social worker who is caring for a patient who is a pedophile has been inappropriately touched on her breast by the patient. She wants to tell the health care team so they can be better prepared (i.e., “be careful, he’s sexually aggressive and a pedophile!”) but is bound by her duty to protect patient confidentiality. So she tries to find a way to “legally” breach this duty because she thinks that others (colleagues, patients) are at risk, and finally finds that if the patient “consents to disclosure” (and she *asks* the patient to sign a disclosure form), then she can reveal this information about her patient.

Professional ideals, then, are mostly self-serving as they are privileged for the emotions they generate (e.g., “It feels good to participate in bettering the world”) and not for the ideals themselves (e.g., “for the benefit of my patient, I should express my concern, even if I know that it will provoke strong reactions from my colleagues”). *Professional responsibility*, for these HCPs, is self-promoting in nature (e.g., social recognition, acceptance, positive feelings); they strive to experience the ‘good side’ of being a HCP, believing that it represents the whole reality of the health care practice. Nonetheless, they want to be coherent with their own attributes (e.g., beliefs, opinions, intuitions, inner thoughts) and with theoretically

(passively) learned professional ethical landmarks, i.e., they aspire to “talk the talk”. So while HCPs with a deontological identity tendency are usually highly motivated individuals who strives to attain their ideals (naïvely understood), their ethical motivation is not yet sufficiently aligned with professional ideals that are tested against the reality of the health care system. They do not show any sign of professional agency other than trying to stay in tune with their personal attributes that are experienced as a natural given.

These HCPs show a limited inner flexibility that is not as dramatic as in the first tendency, but is still evident, for example, in discussions where these individuals are emotionally involved. They may be excellent at rationally analysing complex situations regarding macro-level ethical problems (e.g., resource allocation, health policy decisions), but are much less effective when it comes to confronting and reflecting upon emotionally challenging situations (e.g., interpersonal conflicts). They may want ‘justice for all’ but paradoxically be emotionally ill equipped (e.g., limited reflexive capacity) to handle issues of equity involving close relationships. *Professional reflexivity* in group discussions, for example, is mostly self-oriented. Their focus may be on self-reflexivity (e.g., “who am I?”), self-observations (e.g., discovering the impacts of social injustices), self-expression (e.g., engagement with a student association) and expression of self-feelings (e.g., confusion, self-confidence, self-deception, pride).

To *act ethically* refers, on one hand, to acting according to one’s acquired ethical professional knowledge (e.g., “I have to do this because this is what is professionally prescribed”) and personal attributes (e.g., “what I believe”). On the other hand, acting ethically also refers to an action that is theoretically in line with professional ideals and values and that stimulates positive feelings for the HCP (e.g., “to act as my mentor wants me to act, makes me feel recognised by him”). To *act unethically* is experienced as a punctual professional error that engenders negative emotions (e.g., guilt, shame, frustration) and self-critique that is rooted in a dualistic concern: 1) the negative image one may project to others (e.g., “what will my colleagues think?”); and 2) the personal failure of not being able to *walk the talk* (e.g., “I knew that I could not do this but I did anyway because it was easier”). Even if such experiences may be a source of intense self-critique, they are not experienced as a threat to the HCP’s integrity (e.g., “I will do better next time”).

These HCPs show a very good potential for self-corrective measures and professional rehabilitation and growth. Their *reflexive capacity* is relatively advanced (emotionally speaking), compared to the previous tendency, and these HCPs desire the well-being of others in a universal perspective (e.g., “justice for all is important”), but they are nonetheless emotionally limited by three dimensions:

- 1) An idealistic, naïve theoretical view of HCPs’ practice (e.g., “we should provide equivalent care to everyone”);
- 2) A confusion between the emotional content of professional ideals and actions (e.g., “acting ethically should be a positive emotional experience”);
- 3) The difficulty to face negative emotions (e.g., guilt, shame, frustration) resulting from an action that could go against social acceptance (e.g., rejection from peers).

While these HCPs rely mostly on external professional authoritative influences and landmarks (e.g., codes of ethics, mentors, laws) to define themselves professionally, there is a nascent sensitivity that is an important asset for professional identity construction, something that was lacking in the previous legal dualistic identity tendency. Reflexive capacity, while being pulled in many directions, is on the verge of becoming more focused and refined, though still very limited in the context of a health care practice where very complex and ethically challenging situations are encountered on a daily basis.

Reflexive deontology identity tendency

Derived from Blasi’s *management identity mode*, the *reflexive deontology identity tendency* provides the terrain for the construction of a fully mature professional identity. HCP showing this professional identity tendency have an excellent capacity to act ethically in emotionally challenging situations, even if these create significant discomfort (e.g., anxiety) or are a threat to some aspect (considered superficial) of themselves (e.g., self-image). Professional ethical landmarks (e.g., codes of ethics, ethical theories, ideals) are experienced as embodied, “what I ought to do” that harmoniously (although not without difficulty) blend with who one *is becoming* in all spheres of life (personal and professional) and throughout different professional contexts (e.g., they act ethically because they cannot do otherwise).

Ethics is no longer a refined intellectual exercise guided by external factors (e.g., fear of being caught, social pressure) but becomes a characteristic of the person. A nurse who is capable of fair (i.e., not zealous) advocacy for his/her patient's best interests will not act differently in a professional capacity versus family or social contexts; such character traits have been particularly observed and discussed in the literature on moral exemplars (Walker, 2002; Walker and Hennig, 2004; Walker and Frimer, 2009).

An ethical identity, then, is not something that is innate (as in the previous two tendencies), but is instead a reality that should be worked out, in an active and conscious manner, every day in every sphere of one's life. One chooses to prioritise and embody ethical values and ideals to which one is emotionally and deeply attached. These HCPs feel responsible for their professional growth, and are usually highly autonomous and capable of self-critique and readjustment, usually triggered by the need for professional self-consistency (e.g., "I cannot do otherwise, I am responsible for this patient"). Such HCPs are usually, but not always, older and very experienced professionals. They show a high level of inner flexibility that is cultivated over a sense of otherness along with the need for self-consistency that is constructed around professional ethics ideals. In an imaginative way, fairness, for example, will become part of the whole being of the HCP, through *successive emotional pushes* (often painful) that come from reflexive experiences (more or less challenging), and which they have consciously chosen to face and reflect upon while guided, notably, by this ideal. At this level, and contrary to the previous two tendencies, HCPs will not try to avoid conflictual situations because they are not fundamentally guided by the quest of personal comfort, but instead by the search for the truth (as a reality) and thus being fully true to themselves. In other words, these HCPs act ethically because they cannot do otherwise; not to act according to professional standards is unimaginable because it would be to go against who they are as persons.

A HCP who shows such professional maturity generally has a high capacity to recognise ethically challenging situations (ethical sensitivity). The depth of his/her emotional attachment to core professional values (e.g., fairness) usually triggers inner emotions (e.g., anger, deception) that will prompt them to analyse the situation and then to act accordingly. To recognise, analyse and act ethically in more or less challenging situations is experienced as

a deliberate, conscious and active *professional responsibility* even if this may interfere with HCPs' self-interests (e.g., well-being, promotion). For example, when the physical therapist sees that the treatment plan has no positive impact on his/her patient's pain, even in the face of financial or emotional challenges, he/she will choose to sit and discuss the situation with the patient. To maintain self-consistency is necessarily to act for the patient's best interests. These HCPs face ethical situations by asking "what should be done for the good of this particular patient/community, in these particular circumstances, and in line with my self-respect?". In other words, these HCPs do not rely solely on normative landmarks (e.g., code of ethics, rules, policies) in order to find ways for protecting themselves from legal pursuit or challenging emotional experiences, but see the patient's or community's well-being and interest as primary. Codes of ethics or other professional standards are understood rationally, but are only a backdrop that provides the necessary tension for reflexive thinking about a particular situation.

The main motivational driver for these mature HCPs may vary in nature (e.g., family tradition, desire to change the world), but at some point becomes a fully chosen and reflected reality. They know what is entailed (positively and negatively), for example, to *be* a psychologist in the context of the health care system. They relate to professional ideals in both a self-serving way (for self-consistency) and for the sake of these ideals, regardless of the emotions they induce while acting on a situation (e.g., "I must speak up for this vulnerable patient, even if my colleagues think otherwise and reject me"). Flexible, even if emotionally engaged, they handle conflicts well and do not try to avoid them. Paradoxically, these HCP are at a high risk of being involved in conflictual situations, especially in contexts where the management of interpersonal relationships are relegated to a second plan (Table 6). The health care system, with its economically centered processes, is a very challenging place for these HCP. If a mature HCP cannot (e.g., because of institutional barriers) or does not (e.g., by mistake) act ethically in a particular situation, he/she generally experiences this as a fracture of their personal/professional integrity. Here, though, there will also be some level of resilience that will vary from person to person; and some situations are perceived as less threatening than others. If these HCPs do not necessarily succumb every time they are confronted with the

inability to act ethically, their resistance in such contexts is limited; acting unethically is simply not an option.

Table 6. PEIT's implications for teaching and practice

Legal dualistic identity tendency	INCREASED RISK FOR MORAL DISTRESS IN THE HEALTH CARE SYSTEM >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>
<ul style="list-style-type: none">• Poor psychological ground for becoming a HCP;• High potential for recurrent unethical behaviour and low potential for professional growth.	
Deontological identity tendency	
<ul style="list-style-type: none">• Minimal psychological ground for becoming a HCP;• Very good potential for self-corrective measures and professional growth.	
Reflexive deontological identity tendency	
<ul style="list-style-type: none">• Ideal psychological ground for becoming a HCP;• Excellent potential for autonomous professional growth.	

Discussion

There is a difference between an outward professionalism (manifested by particular behaviours) and the inner journey of a HCP who will learn to become a new person in the world (Leach, 2008). The three *professional ethics identity tendencies* (PEIT) I have derived from Blasi's identity modes lead us, I suggest, to conclude that any ethical tools developed for HCPs (e.g., codes of ethics, policies, ethical theories) will likely be ineffective in fostering professional responsibility (i.e., ethical sensibility and action) if HCPs do not have the minimal psychological foundations (i.e., a certain quality of relation to his/herself) necessary to construct his/her professional identity. To accept this proposition does not imply rejecting the valuable nature of analytic ethical reflection; on the contrary, the aim is to show – following Blasi's perspective – that while professional ethics relies mostly on understanding, it cannot be functional without also making reference to the person's self and identity. Who someone is or thinks he/she is, who someone is expected to be, how these expectations are understood, and the importance they attribute to the development of self are all taken to be

part of the moral domain. This perspective gives room for affective, experiential and even existential aspects of professional ethics, while placing moral understanding at its heart.

Professional ethics, then, is no longer solely a rational exercise that is imposed by external constraints (e.g., rules, social values, education) and that is unconsciously and passively acquired; instead, it is a living and conscious matter involving the active and responsible participation of the HCP, who is able to make deliberate choices (e.g., about ideals) based on what he/she wants to become (true self). A nurse, for example, acts ethically (reflexive tendency) in a situation (e.g., confronting a physician who is clearly disrespectful to a patient), despite significant external pressures (e.g., power relationships) and institutional constraints (e.g., workload) because “he/she cannot do otherwise, this is who he/she is.” Being ethically deceptive (e.g., not acting) would be experienced as *self betrayal*, a negative experience that may engender painful emotions (e.g., distress).

To ask the question of whether one would act even if doing so would go against one’s interest is obviously not easy, and not only because it entails epistemological complexity. As this paper has tried to show, the very act of asking the question means there is no room for self-deceptive and self-protective inner psychological mechanisms (e.g., denying the reality, minimizing the facts or consequences, pointing to others for responsibility) that would interfere between the truth encompassing the reality of *what is?*, *what ought to be?*, *what ought to be done?* and *what is done?* While the first three questions are the main backdrop to bioethics, the last brings in a necessary tension to highlight the possible gap between ethical judgment and action. For example, how can a HCP be ethically sensitive and identify an unpleasant truth (e.g., “there is an ongoing unaddressed conflict between members of my team and it makes me anxious”) but not act when, following a sound ethical judgment, there is a need for action (e.g., explicitly naming and discussing the conflict) but this may imply personal costs (e.g., admitting one’s own unfair behaviour in the situation, losing one’s image of perfection, disturbing the atmosphere of work and one’s own productivity, feeling uncomfortable in the face of conflict)?

Following this analysis, to foster HCPs’ ethical maturity, we should add to these four ethical questions (*what is?*, *what ought to be?*, *what ought to be done?*, *what is done?*), three self-oriented questions: *who am I as a professional?*, *who do I aspire to become?* and *who am*

I actually becoming? From the PEIT perspective, the following capacities would constitute an excellent profile for a HCP candidate: 1) relate to one's emotional world (to be in touch with one's self experienced as unique); 2) reflect critically (emotionally and rationally) upon environmental influences and rules (e.g., social pressure, professional standards, policies); 3) actively make conscious and autonomous choices (e.g., about professional action), that 4) spring from professional ideals and life projects (embodied in one's identity).

Yet, it is clearly not easy to become ethically mature (reflexive identity tendency) in the context of the health care system (Bebeau and Monson, 2012) nor to objectively evaluate if an individual's behaviour is the actual manifestation of an ethical maturity that emanates from embodied professional ideals or is instead guided by more a egocentric project. For example, a HCP may experience an unethical behaviour (e.g., "I stole medication in the hospital pharmacy") as the simple betrayal of a principle (legal dualistic identity tendency) with little or no emotional consequences (e.g., "It's not a big deal, there is plenty of medication in the hospital"), while another may experience the same behaviour as emotionally painful and a threat to their integrity (e.g., "I did wrong, this is not me and I feel terribly guilty") as seen in the reflexive identity tendency. These are examples of two stances from which one may experience an unethical action that, I suggest, are worth considering in professional ethics.

PEIT provides direction, inspiration and a step to a refined view on identity construction in the context of health care practice. The three tendencies set the table for accepting the fact that not everyone who engages in the health care professions has the adequate psychological prerequisites. Some HCPs will have the minimal personal assets, as suggested by the deontological identity tendency, while others would tend towards a legal dualistic ethics tendency that offers very limited grounds to even hope for any professional growth without having to eventually invest significant extra resources (e.g., personalised coaching, implementing corrective measures) (Bebeau and Monson, 2012).

As we have seen, while the *legal dualistic ethics identity tendency* provides a very poor foundation for fostering ethical responsibility in HCP (e.g., they do not experience a special sense of self, relate superficially to professional ethics landmarks, and the profession; pursue no ideal whatsoever, use professional status for egocentric goals, show no capacity to take distance from the self), the *reflexive ethical tendency* (e.g., deep emotional attachment to

professional ideals, consider these ideals for their own sake, show inner flexibility and a capacity for self-critique and reflexivity) offers the direction towards which we should align our efforts to support HCPs' ethical maturity (e.g., provide them with reflexive exercises, stimulate self-critique through constructive evaluation). The *deontological ethical tendency*, for its part, highlights the minimal psychological requirements (e.g., start to experience a psychological world, but confound professional ideals with beliefs and spontaneous feelings, act in line with these beliefs, show limited self-critique) for any ethics education to be effective (e.g., has the potential to foster ethical responsibility). If these HCPs are not the best candidates, they show an excellent potential for developing the requisite professional maturity, because at some level, they are emotionally engaged towards their profession's ideals.

Avoid the checklist approach

PEIT should not be used as a *checklist* to judge a HCP or trainee. There may be very clear tendencies that show up in some HCPs, such as in the case of very immature individuals. Nevertheless, the fact that there is a mid-level state, i.e., a deontological identity tendency, should remind us that time and rigorous analysis through, for example, face-to-face encounters, written exercises, and consultation with colleagues is needed before drawing conclusions that could jeopardize a person's career.

Blasi's research was conducted among adolescents and adults (Glodis and Blasi, 1993), and showed some individual variations that may be of particular interest. For example, not all adolescents, classified in the identity observed mode (corresponding to the deontological identity tendency), showed a central concern for self-reflection, for self-protection, or experienced the self as an evolving reality upon which they have power, something that should theoretically be expected in this period of life (Blasi and Milton, 1991b). Another study conducted on adults (Glodis and Blasi, 1993) showed that as people get older, they tend to differ from each other in the ways they experience their self (some showed relational types generally observed in adolescents); this may be due to the fact that adults differ in some developmental aspects (Glodis and Blasi, 1993; Glodis and Blasi, 1995). In fact, even if most adults in the study (Glodis and Blasi, 1993) were committed in a relationship and to a

profession, only half actually experienced their self according to the management identity mode. It seems that the way one relates to one's identity is not due solely to age or the fact that one is professionally committed.

So while HCPs are clearly adults, some may nonetheless have immature ways of relating to their identity (legal-dualistic, deontological). To observe, for example, that an adolescent or even an adult experiences themselves as something immutable (e.g., perceive professional expectations as a potential source of self-betrayal, because the level of maturity corresponds to the legal-dualistic tendency) may be particularly problematic in the context of health care where a HCP is expected, from the beginning of his/her practice, to critically reflect upon who he/she is and what is professionally expected. These possible developmental variations remind us that these tendencies are not meant to label HCPs in one category or another, but to refine our understanding and analysis of identity development in the context of the professional health care practice, so that we can recognise that there is more involved in the development of a professional identity than generally considered from a purely rational perspective.

Collateral damage

HCPs may, each in their own way, strive to *change* the world. Nevertheless, they do not all have the psychological capacities to even apprehend this world as it really is (truth), which is the first step for an effective ethics. It is not easy, for example, to face, in a self-critical way, a reality that reflects a darker dimension of ourselves (reflexive identity tendency). It may be painful and challenging to ask for a special ethical maturity, to realise/admit how unfair we may have been in some situations (e.g., lacking in transparency towards a colleague) because we do not want to lose opportunities for self-promoting projects even at the expense of negative consequences (e.g., lost of trust, conflictual work relationships). PEIT helps illustrate that as a HCP becomes more ethically mature, it is the HCP's whole being that resonates through their ethical ideals. To embody professional ethics ideals – to *become* ethical instead of solely *acting* ethically – as in reflexive identity tendency,

means also embracing demanding requirements (e.g., act ethically even if against one's interests) and so can be a tremendous burden in contemporary health care systems.

Paradoxically, mature HCPs may be more vulnerable than immature HCPs in the current health care system due to their more profound emotional attachment to professional ideals. A mature HCP, for example, who is repetitively forced by peer or institutional pressure to act against his/her professional ethical standards may eventually suffer from moral distress. PEIT is thus a good perspective from which to better explain why some HCPs are more vulnerable to suffer from such a condition than others, and to find ways to minimize, to the extent possible, this prevalence (Hamric and Blackhall, 2007; Ulrich, Hamric *et al.*, 2010; Pauly, Varcoe *et al.*, 2012). Inspired by the PEIT perspective, and in order to create optimal conditions for professional identity development, four important observations follow for institutions (health and educational) and for educators and future students in the health care professions (including bioethics):

- 1) As the development of a mature professional identity is notably based on the agency capacity of the HCP (e.g., one makes active choices in determining his/her core values, actualises and protects them), minimal transparency on the part of educational bodies should be expected (e.g., explain the reality of being a HCP and the associated risks);
- 2) Tensions are to be expected and so must be addressed, between students and educators and induced by the confrontation of students' personal values and beliefs with professional values and rules in the early stage of theoretical professional education;
- 3) Anxiety, disillusionment and even moral distress might be experienced by students who are exposed to real world situations where theoretical professional ideals (known or embodied) are seriously brought into question;
- 4) The need for an excellent reflexive capacity is essential for both educators (academic and clinical) and students in order to face complex ethical situations and support those who struggle with them.

If students, educational resources (university and clinical level) and institutions (education, workplace) are not well prepared either to face these tensions or to support those who face them, we may expect some form of professional disengagement (emotional or ideological), moral failure and even malpractice resulting in a degradation in the quality of

care and patient security. Considering that the distance between professional ideals and the reality of contemporary medical practice – especially in its moral dimensions – is not improving, action is needed; and this action should be, I suggest, a shared responsibility.

Conclusion

To predict human behaviour has long been a goal in the social sciences in general (Carrington, Neville *et al.*, 2010; Goel, Hofman *et al.*, 2010), and in the psychology of moral development in particular (Kish-Gephart, Harrison *et al.*, 2009; Walumbwa and Schaubroeck, 2009). After all, would it not be great to be able to predict how a person is going to act in particular circumstances so that we could have some control over their actions? But to rely on specific frameworks (e.g., theories, checklists), be it ‘empirically proven’ or not, in order to explain and predict a human phenomenon is to reduce and restrain a person’s individuality and the reality in which he/she is involved. Thorough evaluation of problematic situations involving particular HCPs and contexts should be done in face-to-face encounters that involve sufficient time, maturity and openness in order to provide these individuals with constructive feedback to support their professional maturity.

Ethical behaviour is of such complexity that, at its best, PEITs can only be one tool among many others (e.g., sensitivity, listening, judgment, scientific knowledge) to enrich our perspective on particular ethical issues. This paper is thus a modest contribution to the field of bioethics and professional ethics, aimed at providing a psychological perspective to address the complexity of identity development in the health care domain (practice, education) where ethical professional standards and ideals call for sustained self-development. In other words, there is neither caring, nor treating without the one who cares or treats. This perspective provides a view on professional ethics that avoids an identity approach guided by a purely rational integration of professional standards. HCPs must also be able to each find, in their professional practice, a means to flourish as individual human beings. Professional ethics is not, then, only a question of responding to rules or socially accepted behaviour, but about how one actively works on who one chooses to become. Nor is professional ethics only about HCPs striving individually for ethical excellence. There is a need for recognition of the

importance of mobilizing HCPs as actors in institutional change, and for a transparent and reflexive approach (what it entails to become a HCP) on the part of newcomers to a profession and from mentors or educators. Society has high ethical expectations of HCPs, but we jeopardize peoples' integrity (patients and HCPs) in not looking at strategies that may seriously – positively or negatively – impact on institutional ethical climates. An approach that fosters self-emancipation through professional ethics must also recognize that greater ethical maturity may also correspond with a reduced 'resistance' to conflictual values and behaviour; acting ethically to change situations may also lead to moral distress.

To sum up,, HCPs' identity can be understood as a core motivational power for ethical action, but all too frequently, this is still seen from the perspective of objectively observable and assessable criteria that suggest that a HCP (e.g., physician, nurse, psychologist) is reliable if he/she has gone successfully through standardised professional evaluative processes (e.g., ethics training, exams). Going back to Dr House, while he has certainly done his homework as a student in medicine, and he can juggle with dexterity a vast array of complex knowledge (e.g., medical, deontological) that even surpasses the collective intelligence of his elite team of young medical experts, does this certify that Dr House is an ethically mature HCP? The answer is clearly "no". Even apparently ethical behaviour (e.g., he invests all possible resources to find the cause of his patient's disease) may be done to feed his egocentric needs (e.g., professional recognition, a psychological protective mechanism) and combined with a deep inner contempt for his patients. Rejecting such a purely consequentialist approach, I argue that the motivational source for a HCP's ethical action – and thus professional identity – should also be considered as equally important in professional ethics education and professional practice. It is neither the refined ethical knowledge of the person, nor his/her actions that should be valued, but who this person is in terms of inner predispositions that make him/her a good candidate to enter the highly challenging domain of practice that is contemporary health care.

References

Bebeau, M.J. and V.E. Monson. **Professional Identity Formation and Transformation across the Life Span.** In A. Mc Kee and M. Eraut (eds). *Learning Trajectories,*

- Innovation and Identity for Professional Development*. Vol. 7. Springer Netherlands; 2012:135-162.
- Blasi, A. **Bridging moral cognition and moral action: A critical review of the literature.** *Psychological Bulletin* 1980, **88**(1):1-45.
- Blasi, A. **Moral cognition and moral action: A theoretical perspective.** *Developmental Review* 1983, **3**(2):178-210.
- Blasi, A. **Neither Personality nor Cognition: An Alternative Approach to the Nature of the Self.** In C. Lightfoot, C. Lalonde and M. Chandler (eds). *Changing Conceptions of Psychological Life*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2004:272.
- Blasi, A. **The development of identity: Some implications for moral functioning.** In G.G. Noam and T.E. Wren (eds). *The Moral Self*. Massachusetts: The MIT Press; 1993:99-122.
- Blasi, A. **The self as subject in the study of personality.** In D.J. Ozer, J. Healy, J.M. and A.J. Stewart (eds). *Perspective in personality*. Vol. 3. London: Kingsley; 1991a.
- Blasi, A. and K. Milton. **The development of the sense of self in adolescence.** *Journal of Personality* 1991b, **59**:217-241.
- Carrington, M.J., B.A. Neville *et al.* **Why ethical consumers don't walk their talk: Towards a framework for understanding the gap between the ethical purchase intentions and actual buying behaviour of ethically minded consumers.** *Journal of Business Ethics* 2010, **97**(1):139-158.
- Erikson, E.H. *Identity, youth, and crisis*. New York: W.W. Norton; 1968.
- Frost, H.D. and G. Regehr. **"I AM a Doctor": Negotiating the Discourses of Standardization and Diversity in Professional Identity Construction.** *Academic Medicine* 2013.
- Glodis, K. and A. Blasi. **The Development of Identity. A Critical Analysis from the Perspective of the Self as Subject.** *Developmental Review* 1995, **15**(4):404-433.
- Glodis, K. and A. Blasi. **The Sense of Self and Identity among Adolescents and Adults.** *Journal of Adolescent Research* 1993, **8**(4):356-380.
- Goel, S., J.M. Hofman *et al.* **Predicting consumer behavior with Web search.** *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2010, **107**(41):17486-17490.
- Hamric, A.B. and L.J. Blackhall. **Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate.** *Critical care medicine* 2007, **35**(2):422-429.
- Kish-Gephart, J.J., D.A. Harrison *et al.* **Bad apples, bad cases, and bad barrels: meta-analytic evidence about sources of unethical decisions at work.** *Journal of Applied Psychology* 2009, **95**(1):1.
- Leach, D.C. **Medical professionalism and the formation of residents: A journey toward authenticity.** *U. St. Thomas LJ* 2008, **5**:512.
- Loevinger, J. *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Josey-Bass; 1976.

- Loevinger, J. **Theory and data in the measurement of ego development.** *Scientific ways in the study ego development.* Worcester, MA: Clark University Press; 1979.
- Noonan, H. **Identity.** *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*; 2011. Retrieved July 5th 2013. [<http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/identity/>]
- Pauly, B.M., C. Varcoe *et al.* **Framing the issues: Moral distress in health care.** *HEC Forum* 2012, **24**:1-11.
- Ricœur, P. *Oneself as Another.* Translated by Kathleen Blamey. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
- Rus, C.L., A.R. Tomsa *et al.* **Teachers' Professional Identity: A Content Analysis.** *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013, **78**(0):315-319.
- Ulrich, C.M., A.B. Hamric *et al.* **Moral distress: A growing problem in the health professions?** *Hastings Center Report* 2010, **40**(1):20-22.
- Walker, L.J. **Moral exemplarity.** In W. Damon (ed.). *Bringing in a New Era in Character Education.* Stanford, California: Hoover Institution Press; 2002:65-83.
- Walker, L.J. and J.A. Frimer. **Moral personality exemplified.** In D. Narvaez and D.K. Lapsley (eds). *Personality, Identity and Character: Explorations in Moral Psychology.* New York: Cambridge University Press; 2009:232-255.
- Walker, L.J. and K.H. Hennig. **Differing conceptions of moral exemplarity: just, brave, and caring.** *Journal of personality and social psychology* 2004, **86**(4):629.
- Walumbwa, F.O. and J. Schaubroeck. **Leader personality traits and employee voice behavior: mediating roles of ethical leadership and work group psychological safety.** *Journal of Applied Psychology* 2009, **94**(5):1275.
- Weinreich, P. and W. Saunderson. *Analysing Identity: Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts.* London: Routledge; 2003.
- Willetts, G. and D. Clarke. **Constructing nurses' professional identity through social identity theory.** *International Journal of Nursing Practice* 2013, **19**(5).

* * * * *

Si la sensibilité éthique et certains concepts directeurs de la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990) sont utiles pour poser les fondements philosophiques du MDR pour les PDS, celui-ci ne sera complet que dans la mesure où il traite du problème relié à l'action. En d'autres termes, si notre recherche propose des pistes de réflexion sur les questions normatives (chapitre 2) mettant en lumière la structure philosophique du MDR (*what ought to be done?*), pour nous entraîner ensuite vers le monde plus subjectif du PDS (*how and who should do?*) en

démontrant la complexité psychologique de l'expérience éthique (chapitre 3), le chapitre 4 a permis de mieux comprendre, d'un point de vue identitaire, les motivations à la base de l'action éthique des PDS (*who is doing?*). Plus précisément, ce sont les modes identitaires de Blasi qui ont permis le développement d'un outil novateur offrant une perspective permettant de mieux comprendre l'univers complexe du développement identitaire chez le PDS – *professional ethics identity tendencies (legal dualistic identity tendency; deontological identity tendency; reflexive deontological identity tendency)*.

Alors que ces trois temps de notre thèse ont contribué à mettre en lumière les constituants (morceaux du casse-tête) de l'éthique professionnelle en santé pour le développement ultérieur du MDR, chacune des analyses correspondant aux trois articles possède des limites et des avantages que nous pouvons d'ores et déjà voir déteindre sur notre modèle en construction. Le prochain chapitre vise donc à discuter des limites et des avantages liés à l'ensemble de nos choix théoriques afin de permettre au lecteur d'apprécier à sa juste valeur le résultat de notre entreprise doctorale.

Chapitre 5. Discussion : Limites et avantages du modèle de la déontologie réflexive

Le modèle de la déontologie réflexive (MDR) est un premier pas vers une proposition d'organisation systémique du paysage de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé. Sa prétention est modeste, sa perspective théorique pluraliste. Le développement des différents piliers théoriques du MDR (philosophiques ou psychologiques, par exemple), bien qu'il soit réalisé avec le plus de rigueur possible, comporte des limites auxquelles aucune entreprise de recherche ne peut se soustraire. En adoptant une vision pluraliste par le recours à une diversité de domaines (philosophie et psychologie), nous complexifions le processus d'analyse et nous nous exposons à des choix théoriques (valoriser une perspective au détriment d'une autre, notamment) qui ont comme principale conséquence l'inévitable réduction des problématiques à l'étude (Van der Maren, 1996). Il devient donc important, pour rendre compte de la valeur de cette thèse et en apprécier les principaux avantages pour l'enrichissement de l'éthique professionnelle dans le domaine de la santé, de mettre en lumière ses principales limites et ses avantages (Tableau 7).

Tableau 7. Limites et avantages du MDR

LIMITES	AVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"> • Requiert des conditions de base (individus et organisations) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bon climat moral (milieu de pratique et d'enseignement); ○ Temps; ○ Personnel éthiquement mature (<i>reflexive identity tendency</i>); ○ Aspirants PDS de maturité minimale (<i>deontological identity tendency</i>); ○ Volonté politique; • Met la table pour la détresse morale des PDS au sein des organisations; • Centre le développement éthique principalement sur le soi (« <i>mini me</i> »); 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrichit la perspective rationaliste contemporaine de l'éthique professionnelle en santé (p. ex. : sensibilité éthique, identité); • Peut inspirer les stratégies de développement des compétences éthiques au sein des organisations; • Responsabilise le PDS (p. ex. : développement éthique identitaire et institutionnel); • Regroupe, définit et dynamise les principaux éléments de l'éthique professionnelle (p. ex. : relation patient/PDS/société; sagesse pratique); • Enrichit la compréhension du phénomène de la détresse morale chez les PDS; • Conjugue normatif/prescriptif et personnel : tient compte de l'épanouissement personnel et professionnel du PDS;

<ul style="list-style-type: none"> • Segmente le développement éthique (de l'adolescence à l'âge adulte); • Ne développe pas les dimensions sociopolitique et culturelle de l'éthique professionnelle (autrement qu'en nommant le contrat social du PDS); • Expose à une approche « liste d'épicerie »; • Se fonde sur une approche semi-spéculative; • Intègre plusieurs concepts et épistémologies (p. ex. : philosophie et psychologie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Met en lumière et utilise les tensions éthiques propres aux systèmes de santé (p. ex. : respect de la personne vs respect des contraintes budgétaires; vertu vs utilitarisme); • Diversifie le questionnement en éthique professionnelle d'une perspective identitaire (p. ex. : qui agit?); • Suggère une perspective développementale et pratique de l'éthique professionnelle; • Propose des fondements éthiques communs aux professions de la santé; • Privilégie le développement d'une sagesse pratique au détriment d'une idéologie professionnelle; • Nourrit la tension nécessaire au questionnement éthique en conjuguant philosophie et empirisme; • Rend compte de la complexité de l'éthique professionnelle; • Propose des orientations concrètes pour la recherche et la formation en éthique professionnelle.
--	--

PERSPECTIVE MÉTHODOLOGIQUE

Limites et avantages associés à l'approche théorique

Toute entreprise de recherche requiert des choix méthodologiques. Le développement de notre modèle, qui vise à répondre à la question générale « Comment les professionnels de la santé peuvent-ils faire face aux défis éthiques rencontrés en pratique? », repose sur une approche de type théorique. Ce choix est principalement motivé par le fait, tel que déjà discuté, d'une littérature relativement ténue en matière d'éthique professionnelle dans le domaine de la santé, et particulièrement en ce qui a trait aux outils pour soutenir la formation et la pratique éthique des PDS. Cette avenue peut sembler paradoxale pour certains. En effet, une incursion au sein de certains milieux de pratique des PDS, sous forme d'une recherche qualitative par exemple, aurait pu permettre de formuler, de manière inductive, un certain nombre de concepts utiles à l'élaboration d'un modèle visant à guider la pratique éthique de ces professionnels. En privilégiant une telle avenue, nous devons restreindre considérablement

le focus de la recherche à un ou deux principaux concepts afin d'assurer la faisabilité d'un projet de doctorat dont les ressources sont particulièrement limitées (temps, financement, etc.).

De plus, et tel que déjà mentionné dans cette thèse, « une théorie est une représentation abstraite et générale d'une portion de l'univers applicable à un ensemble d'objets ou de situations; elle est constituée d'une suite d'énoncés définissant des variables et les relations entre ces variables. Le modèle est une opérationnalisation particulière de la théorie afin de l'appliquer à un objet (dans le sens : théorie-objet) [...] » (Van der Maren, 1996:8). Développer un modèle appelle donc la mise en relation d'une diversité de concepts. Suivant ces considérations, un modèle ne peut être réduit à l'analyse d'un concept unique. Par exemple, si le concept de *sensibilité éthique* peut mobiliser à lui seul les efforts soutenus de plusieurs équipes de recherche et malgré sa fonction pivot dans le MDR, comme nous l'avons déjà démontré, il ne peut, à lui seul, constituer un modèle dont la prétention est de proposer une organisation des principaux éléments de l'éthique professionnelle en santé. L'approche empirique, dans ce cas, aurait notamment l'avantage de pourvoir à une meilleure validité du concept de *sensibilité éthique*, mais le désavantage d'isoler le concept de la complexité propre à l'éthique professionnelle. L'approche théorique, pour sa part, offre l'opportunité de considérer une diversité de concepts – certains empiriquement évalués – puisés au sein d'une vaste littérature spécialisée dans l'une ou l'autre dimension de l'objet à l'étude (l'éthique professionnelle). Le développement d'un cadre théorique, dans un contexte de recherche empirique en émergence, comme c'est le cas en éthique professionnelle chez les PDS, peut être un atout significatif pour les chercheurs intéressés par cette problématique.

Notre recherche repose donc sur une méthode théorique. Moins précise en matière de définition des concepts à l'étude, notamment parce que réalisée en dehors des contextes de pratique, l'approche théorique nous permet néanmoins d'élaborer une proposition théorique permettant de rendre compte plus justement de la complexité de l'éthique professionnelle en santé. Dans la mesure où notre analyse s'inspire de certains concepts (tels que la *sensibilité éthique*) et de théories fondées sur des données de la recherche empirique (le modèle des quatre composantes de Rest [1994] ou les modes identitaires de Blasi [1988], par exemple), et est influencée par notre expérience professionnelle comme infirmière et bioéthicienne (ainsi que nous l'avons expliqué dans la préface), nous considérons notre approche comme étant

semi-spéculative. Aussi la conjugaison des résultats de la recherche empirique (psychologie du développement moral) et de la philosophie propre à notre démarche d'analyse théorique n'est-elle pas sans soulever quelques questions, que nous aborderons dans la prochaine section.

Limites et avantages associés à l'approche théorique conjuguant philosophie et empirisme

En effet, le débat qui tend à opposer les tenants d'une éthique empirique à ceux d'une éthique philosophique est caractéristique de la bioéthique contemporaine (Borry, Schotsmans and Dierickx, 2004; Musschenga, 2005). Si notre recherche soulève des enjeux épistémiques en bioéthique (éthique contextuelle ou éthique purement normative, par exemple), notre objectif n'est pas de reprendre les arguments à la base de cette discussion et de faire valoir une position ou l'autre. Par ailleurs, nous sommes de ceux qui considèrent que l'éthique est à risque de perdre son essence si elle se réduit exclusivement à des fins logiques et à la factualité (Borry, Schotsmans and Dierickx, 2005; Racine, 2008). Nous considérons nécessaire, dans une perspective éthique de l'action, de bien connaître la réalité dans laquelle le questionnement éthique s'inscrit, mais l'exercice ne doit pas s'arrêter là. Un effort de la pensée afin de décontextualiser les faits pour les interpréter à des niveaux plus universels (tels des idéaux) de la réalité est nécessaire pour dépasser la simple logique de prédiction (à quoi doit-on s'attendre?) et accéder à une sagesse en pratique qui commande le geste approprié aux circonstances particulières de la situation (ce qui doit-être fait). Un des avantages de notre recherche est de jumeler des perspectives conjuguant philosophie (l'éthique de Paul Ricœur) et empirisme (la psychologie du développement moral), contribuant ainsi à conserver intacte la tension nécessaire (entre le fait et l'idéal) à la question éthique du « comment faire mieux? ». Si le débat divisant les tenants de l'éthique empirique et ceux de l'éthique philosophique peut être une riche source de données pour l'éthique professionnelle, le contexte de notre thèse ne permet pas d'approfondir cette question. Nous souhaitons plutôt démontrer que notre approche théorique n'est pas purement spéculative. À ce titre, nous discuterons brièvement de certains enjeux théoriques soulevés par la mise en relation de perspectives à la fois philosophiques (Ricœur, 1990) et empiriques (Blasi, 1988; Rest and Narvaez, 1994) dans le cadre de notre thèse.

La contribution empirique, que nous qualifierons de « secondaire », se traduit par l'utilisation de certains *concepts* (tels les modes identitaires de Blasi [1988]) induits à partir de recherches effectuées auprès de populations différentes des PDS. Cette situation est source de biais d'analyse et contribue à limiter la portée de notre modèle en construction. En effet, l'exercice de traduction des modes identitaires de Blasi (1988), par exemple, d'une perspective non professionnelle vers une perspective professionnelle, n'est pas sans comporter certaines limites. La composition des échantillons des sujets à l'étude (petit nombre, non professionnels, etc.) et les différences contextuelles (notamment sociales et politiques) ne rendent pas compte du contexte et des acteurs de l'éthique professionnelle contemporaine en santé. Ainsi, les modes et caractéristiques induits de ce contexte particulier représentent un lieu important de biais d'analyse qui sera par la suite accentué par leur traduction vers le contexte professionnel – *professional ethical identity tendencies* (PEIT).

Par ailleurs, quatre conditions contribuent, à notre avis, à minimiser les impacts de ces biais d'analyse :

- 1) Nous en sommes consciente;
- 2) La traduction des *modes* en *tendances* permet d'éviter une catégorisation trop hermétique intermodes/tendances et intratendances;
- 3) L'idéal clairement éthique de Blasi (1980, 1984, 1983, 1988), à l'égard du développement identitaire, malgré son approche descriptive, met en lumière le fait que l'identité personnelle peut se développer prioritairement autour de valeurs de nature non éthique (amitié, richesse) chez certaines personnes;
- 4) L'étude de la dimension existentielle de l'identité réalisée par Blasi (1980, 1984, 1983, 1988) décrit explicitement son choix d'*isoler* (aux fins d'analyse) cette perspective au détriment des autres dimensions/processus (cognitifs, contextuels) impliqués dans le développement identitaire, ce qui, croyons-nous, lui confère un angle d'analyse relativement *neutre* qui permet de transcender (aux fins d'analyse) les dimensions temporelles et contextuelles.

Si ces conditions peuvent contribuer à minimiser les biais d'analyse liés notamment à l'échantillonnage et au contexte, elles n'écartent en rien la pertinence de soumettre nos résultats d'analyse à l'éventuelle épreuve de la recherche empirique. Dans le cadre des travaux

de cette thèse, nous ne nous engageons pas dans cette entreprise d'évaluation. Notre approche est, pour ainsi dire, *semi-spéculative* : théorique, elle s'inspire, en partie et indirectement, d'une éthique en pratique (via l'expérience professionnelle du chercheur), de résultats de recherche empiriquement évalués (les modes identitaires de Blasi) et de concepts philosophiques issus d'une théorie (la « petite éthique » de Paul Ricœur) dont la visée est l'action en pratique. Ces différents choix théoriques, par ailleurs, ne sont pas le fruit du hasard et peuvent imposer certaines limites au MDR, que la prochaine section tentera de mettre brièvement en lumière.

PERSPECTIVE THÉORIQUE

Limites et avantages associés au chercheur

La perspective théorique, en plus d'affecter de manière plus ou moins importante la validité des résultats de la recherche, comme discuté précédemment, impose certaines contraintes épistémologiques relevant des choix théoriques auxquels doit nécessairement se soumettre le chercheur. Ces choix, s'ils doivent être effectués prioritairement au profit des intérêts de la recherche (évolution des connaissances, bien commun, problématique à l'étude, etc.), ne sont pas étrangers à l'appartenance professionnelle, aux valeurs et à l'histoire de vie du chercheur, tel que déjà discuté dans la préface de cette thèse. En d'autres termes, si la recherche vise une forme de « neutralité » et d'objectivité, elle ne peut jamais être totalement neutre et objective. Dans cette perspective, notre conception de l'objectivité en recherche s'inspire largement de la tradition phénoménologique qui la décrit, à peu près en ces mots, en tant que « conscience de notre incontournable subjectivité » (Lyotard, 1967).

S'il y a une problématique de recherche à examiner – celle notamment d'une formation en éthique professionnelle trop largement axée sur le développement de compétences analytiques (par exemple le jugement) au détriment de compétences émotionnelles et expérientielles (telle la sensibilité) –, il y a également un chercheur qui s'exprime à travers la problématisation, l'analyse et la proposition de solution. Notre parcours professionnel et

personnel de près de trois décennies, axé principalement sur le développement de compétences réflexives, s'inscrit donc en toile de fond à cinq années de recherche doctorale. Ainsi, si la recherche, comme entreprise scientifique, se veut idéalement *objective*, elle ne peut (et ne devrait pas en certains cas) (Van der Maren, 1996), particulièrement en sciences humaines, nier le fait de la richesse et des limites que lui confère l'unicité du chercheur (subjectivité).

Limites et avantages associés aux choix des perspectives théoriques

L'éthique professionnelle en santé est d'une grande complexité : elle implique notamment des dimensions sociale, politique, culturelle, anthropologique, légale, psychologique et existentielle dont ne saurait rendre compte à elle seule notre thèse. Si, dans un souci de mise en perspective, nous avons nommé et posé la plupart de ces dimensions comme éléments contributifs à l'éthique professionnelle, nous avons fait le choix d'approfondir quelques-uns de ces concepts (notamment la sollicitude, la sensibilité éthique et l'identité), recherche oblige. Les impacts de tels choix peuvent être, par exemple, de donner l'impression de réduire l'éthique professionnelle à ses seules composantes émotionnelles ou, à l'inverse, d'en « mener trop large » en voulant « tout » nommer. Le premier a l'avantage de contrebalancer le développement d'une éthique professionnelle rationaliste, et le deuxième, de faire les premiers pas vers une proposition de fondements éthiques communs aux professions de la santé.

Par exemple, la qualité sociale de l'éthique fait de plus en plus consensus au sein de la communauté de recherche (Borry, Schotsmans and Dierickx, 2005) – l'éthique est d'abord relationnelle. Notre thèse *néglige* les dimensions sociopolitique et culturelle de l'éthique professionnelle au profit d'un approfondissement de la relation à soi. La perspective psychologique de Blasi (1980, 1984, 1983, 1988) sur le développement identitaire a notamment été critiquée pour son orientation perçue comme trop centrée sur le soi (« *mini me* ») et ne tenant pas suffisamment compte de la dimension sociale (Nucci, 2000). Cette critique peut certainement s'appliquer à notre recherche et met en évidence un impact possible (réduction d'un phénomène) des choix théoriques pourtant nécessaires à la recherche. Dans ce cas précis, en n'approfondissant pas la dimension contextuelle du développement identitaire,

nous ne nions pas son rôle, mais nous posons la fonction de la relation à soi comme étant prioritaire au développement identitaire.

Si ce focus sur la dimension émotionnelle de l'éthique professionnelle du MDR comporte des limites, il a l'avantage de contribuer au questionnement et à l'enrichissement d'une éthique contemporaine exagérément rationnelle, et de positionner le PDS comme principal responsable de son devenir professionnel. De plus, en mettant en scène les tensions éthiques générées par la rencontre du normatif/prescriptif avec le factuel (Ricœur) ainsi que les impératifs d'un développement identitaire dont le sujet est l'agent (Blasi), nous proposons une éthique qui valorise à la fois :

- 1) Le respect du normatif (code de déontologie);
- 2) Le respect du factuel (contingence de la situation);
- 3) Le respect de la personne dans le rôle du patient (dans son processus de rétablissement) et dans le rôle du PDS (dans son processus d'épanouissement personnel et professionnel);
- 4) Les tensions éthiques que les exigences de ces trois formes de respect génèrent (entre, par exemple, respect de la personne et respect des contraintes budgétaires).

Il n'est pas non plus banal de mentionner qu'un des avantages du MDR, en intégrant la dimension identitaire, est d'enrichir le questionnement classique (centré sur les faits et l'action) de l'éthique professionnelle et de la bioéthique (*what is?*, *what ought to be?*, *what ought to be done?*) (Borry, Schotsmans and Dierickx, 2005). Comme déjà discuté, agir éthiquement ne va pas de soi (*what has really been done?*), et la capacité d'analyse du PDS n'est pas suffisante pour s'assurer qu'il agira éthiquement lorsque nécessaire et malgré les difficultés que cela peut impliquer (rejet des pairs, perte d'une opportunité de promotion, etc.). À cet effet, dans une perspective identitaire, le MDR intègre quatre questions permettant de rapprocher le soi des multiples outils de l'éthique (les codes de déontologie, les théories éthiques, les politiques, les règlements) et de soutenir la formation de PDS éthiquement responsables :

- 1) Qui suis-je?
- 2) Qui s'attend-on à ce que je devienne?
- 3) Qui est-ce que je choisis de devenir?

4) Qui est-ce que je deviens en réalité?

Le MDR non seulement s'intéresse au problème de l'action éthique – soit qu'un bon jugement éthique ne conduit pas nécessairement à l'action –, mais propose certaines avenues concrètes (tel le développement identitaire) pouvant contribuer à le « résoudre ».

Une autre critique formulée à l'égard de la perspective identitaire de Blasi et qui rend compte d'une autre limite de notre recherche est sa réduction du processus de développement identitaire à la période comprise entre l'adolescence et l'âge adulte (Narvaez, 2013). En effet, les récentes données de l'anthropologie mettant en lumière le développement d'un « biais moral » (au sens de prédisposition) dans la petite enfance (Narvaez *et al.*, 2013) nous semblent une perspective qui pourrait enrichir les données de l'éthique professionnelle et contribuer éventuellement à nuancer certains résultats de notre analyse. Or, si nous reconnaissons la contribution de la petite enfance sur le développement moral des personnes, nous avons fait le choix de ne pas approfondir cette question.

Par ailleurs, l'idée de ce « biais moral » qui souligne de manière particulière la qualité empathique développée durant l'enfance (notamment par des soins, un attachement et un encadrement adéquats) est également centrale à notre thèse. En effet, nous avons démontré, au chapitre 3, que la sensibilité qualifiée d'« éthique » ne peut se soustraire aux processus empathiques. Une « tendance » à tenir en compte autrui (« tendance empathique ») est un prérequis de l'éthique professionnelle qui s'exprime également dans notre proposition liée à la maturité éthique minimale – *deontological ethics tendency* – requise pour s'engager dans une profession de la santé. Nous considérons, tel que proposé par Blasi, que l'adolescence marque un point où la conscientisation d'une « quasi-substance » psychologique (un monde intérieur) confère à la personne un terrain minimalement propice au développement identitaire proprement dit (Blasi and Milton, 1991). Le lecteur doit tenir compte de cette limite dans le cadre de recherches ultérieures utilisant les résultats de recherche de cette thèse.

PERSPECTIVE PRATIQUE

Le MDR considère le PDS comme le sujet de l'action éthique. Le PDS est reconnu responsable et imputable de ses gestes, mais avant tout de qui il *est* et de ce qu'il *devient*, car, selon le MDR, c'est son identité même qui est le siège de son action éthique. Les exigences professionnelles auxquelles sont assujettis les PDS en devenir sont multiples et de haut niveau. Le PDS n'est toutefois pas le seul acteur impliqué dans le projet social d'amélioration des pratiques professionnelles en santé. En effet, le développement éthique au sein des professions de la santé est soumis à la fois aux limites relatives à certaines qualités internes au PDS (la qualité de la relation à soi, par exemple) ainsi qu'à plusieurs conditions qui lui sont externes (telles que le climat moral de l'organisation).

Les limites internes à la personne

Cette thèse démontre notamment que la personne qui souhaite s'engager dans une profession de la santé doit posséder certaines prédispositions psychologiques (niveau de relation particulière à soi – *deontological ethics identity tendency*) et intellectuelles (excellente capacité de jugement) pour rendre possible le développement d'une maturité éthique (*reflexive ethics identity tendency*) optimale, requise par l'ampleur des défis éthiques qu'impose le contexte actuel des soins de santé. Le PDS en devenir doit franchir de difficiles étapes de maturation identitaire (soumettre, par exemple, ses idéaux à la réalité et à soi-même). Par conséquent, les différents acteurs (enseignants, mentors, superviseurs, patrons, etc.) impliqués de près ou de loin dans la formation et la pratique des PDS doivent également démontrer un niveau de maturité éthique supérieure (*reflexive ethics identity tendency*) s'ils veulent contribuer à la maturation professionnelle des aspirants PDS sous leur responsabilité. Tout modèle éthique, quel qu'il soit, est nécessairement assujéti aux limites humaines individuelles. Un modèle de nature normative, tel que le MDR, n'échappe pas à cette réalité en posant d'importantes exigences pour les aspirants aux professions de la santé.

Par ailleurs, notre thèse démontre également que ce sont les PDS les plus éthiquement matures – *reflexive ethics identity tendency* – qui sont les plus vulnérables à la détresse morale. Aussi le rôle des organisations est-il central au projet éthique professionnel et peut y imposer d'importantes limites.

Les limites externes à la personne

Le MDR prend également en compte l'exigence des conditions externes aux PDS (par exemple institutionnelles) : en plus d'être assujetti aux limites individuelles, il est exposé aux limites propres aux organisations. Le manque de temps, les compressions budgétaires, la priorisation de la productivité au détriment des soins de qualité aux personnes sont quelques conditions qui imposent des limites importantes au MDR. Notre expérience à titre de PDS et de bioéthicienne au sein de diverses organisations de la santé démontre que la volonté politique des gouvernements à contribuer concrètement à l'amélioration de l'éthique dans les soins est encore bien tenue. Le MDR met en lumière qu'une amélioration de la formation à l'éthique des PDS qui n'est pas appuyée par des conditions de travail permettant la mise en application des standards d'excellence de la pratique professionnelle peut être très risquée (cela peut notamment contribuer à augmenter plutôt qu'à réduire la détresse morale). Un des principaux avantages du MDR est de rendre explicite cette réalité.

CONCLUSION

Notre recherche comporte plusieurs limites (théoriques et pratiques) que nous avons tenté de mettre en lumière pour le lecteur qui désire mieux comprendre la valeur du MDR que nous souhaitons développer ultérieurement, et à partir des fondements théoriques que propose notre thèse. Une approche théorique qui peut parfois négliger certains détails contextuels significatifs à la pratique ou qui fait trop transparaître « les couleurs » de l'auteure, une vision peut-être trop audacieuse qui suggère des fondements éthiques communs aux différentes professions de la santé, un idéal de la pratique professionnelle en santé qui peut sembler

utopique, voire risqué, à une époque où *parler* d'éthique se confond aisément avec *être* éthique sont certes des objections auxquelles le MDR s'expose.

Le recul critique que nous venons de prendre nous fait effectivement constater que le MDR est une forme d'anthologie de notre parcours professionnel et personnel. En ce sens, il ne fera pas consensus. Les influences du chercheur, tel que déjà discuté, sont toujours au rendez-vous de la recherche. Malgré la quête d'objectivité du « scientifique » (dans son rôle et son entreprise), nous ne pouvons compter que sur sa rigueur et son intégrité pour assurer la production de « traces » de données valides et utiles à la pratique. Ce modèle normatif, s'il est un bien modeste pas vers une compréhension plus systémique de l'éthique professionnelle en santé, repose sur les milliers de kilomètres d'un parcours tortueux qu'a exigé la construction d'un chemin entre le soi et la réalité.

Conclusion

L'aventure que propose notre doctorat ne s'arrête pas là, car loin des certitudes, elle nous fait plonger au cœur même de l'imprévisible humanité. L'éthique professionnelle en santé, si elle repose sur des fondements composés principalement des repères normatifs de la déontologie, ne peut se substituer à l'unicité de celui ou de celle qui choisit de s'y identifier, c'est-à-dire le PDS lui-même. La responsabilité de « devenir » professionnel repose en grande partie sur celui ou celle qui fait le choix de le devenir.

Le statut de PDS peut, pour plusieurs, constituer le chemin vers l'accomplissement ultime de soi parce qu'il fait miroiter sécurité (financière, personnelle), reconnaissance et autorité. Or, nous avons vu que si ces attributs peuvent représenter certains avantages bien réels des professions de la santé, ils n'en définissent toutefois pas l'essence. La déontologie professionnelle ne rend pas magiquement responsable celui qui s'y soumet : elle sert d'étalon de mesure pour entrevoir la réelle distance entre qui je suis et qui je choisis de devenir (PDS). Paradoxalement, cette tension de l'ordre de l'obligation qu'impose la déontologie n'est effective que dans la mesure où l'agent se livre consciemment et activement à cet exercice réflexif, lequel n'est pas sans poser des défis émotionnels (déception, culpabilité, colère, etc.). Nous l'avons vu, *tout le monde veut aller au ciel, mais personne ne veut mourir*; nous souhaitons tous vivre dans un monde fondé sur le respect humain, mais la réalité nous démontre que nous ne sommes pas toujours prêts à en payer le prix. La réflexivité comporte ses risques, et ni les acteurs de l'enseignement et de la pratique ni ceux de la recherche ne peuvent en faire l'économie. Tout cela est beaucoup plus facile à dire qu'à faire, et cette banale constatation, dans un monde où la productivité est le principal moteur de l'action, devrait peser lourd dans nos décisions.

Cet exercice de prise de distance vis-à-vis de la pratique et de l'éthique professionnelle nous a permis de consolider l'idée que les professions de la santé devraient être des lieux privilégiés pour l'émancipation des personnes qui s'y engagent. Par ailleurs, notre expérience personnelle et professionnelle nous démontre que le meilleur côtoie souvent le pire. Encore une fois, l'émancipation personnelle et professionnelle au sein de la société libérale actuelle est beaucoup plus facile à formuler qu'à actualiser. Bien que cette difficulté puisse relever

principalement de l'effort qu'exige le développement d'une identité professionnelle « robuste », elle ne s'y limite pas. La crise des valeurs d'humanité qui secoue les sociétés modernes doit nous inquiéter, car elle pose effectivement des barrières qui deviennent, petit à petit, quasi insurmontables, empêchant ainsi plusieurs PDS de satisfaire aux obligations professionnelles qui leur incombent. La recherche en éthique professionnelle devient, dans ces conditions, l'incontournable d'une société fondée sur la démocratie et les droits de l'homme.

Nous avons vu que la recherche et l'éducation en éthique professionnelle s'inscrivent principalement dans une trajectoire rationnelle. Cette approche non seulement ne permet pas de former des PDS capables de répondre adéquatement à la complexité des défis éthiques rencontrés en pratique, mais contribue également à valoriser une éthique « hors de soi-même ». Cette éthique du discours et du paraître est, d'une part, inefficace pour exercer la pression nécessaire à la mise en œuvre de changements dans les systèmes de santé et est, d'autre part, dangereuse (notamment pour l'intégrité des PDS et des patients) parce qu'elle contribue principalement à nous distraire et à détourner notre attention des réelles causes à la base des problématiques éthiques auxquelles sont confrontés les PDS et les plus vulnérables de notre société.

La détresse morale de PDS préparés inadéquatement, combinée à une éclosion sans précédent des technologies biomédicales, aux fortes pressions provenant d'intérêts politiques et économiques, aux mesures d'austérité, à une détérioration des conditions socioéconomiques et au vieillissement de la population, pose de nombreux défis sur les plans de la recherche et de la pratique en éthique professionnelle dans le domaine de la santé. Suivant une approche globale, la santé s'inscrit dans une perspective sociale qu'il ne faut pas perdre de vue. Quel type de société (en termes de valeurs) souhaitons-nous pour les générations à venir? Quelles sont les conditions socioéconomiques et politiques pour y arriver? Que sommes-nous prêts à investir? Ces questions nous conviennent notamment à considérer les sciences sociales comme essentielles à la bioéthique contemporaine et, de manière plus spécifique, à l'éthique professionnelle. Notre approche de la recherche en éthique professionnelle dans le domaine de la santé est ancrée dans la question plus large d'un projet social.

Notre formation (multidisciplinaire) et notre expérience professionnelle ont largement contribué à notre vision globale et multidisciplinaire de la bioéthique. Enrichie de capacités

plus sensibles (réflexivité, empathie, sensibilité éthique, courage moral) nécessaires à la pratique professionnelle en santé, l'analyse que nous proposons dans notre thèse embrasse une perspective résolument psychologique, philosophique et sociale. De plus, nos compétences en matière de méthodologies de la recherche empirique et théorique nous permettent de concilier pratique et théorie au profit du développement d'une éthique plus robuste, c'est-à-dire ajustée aux réalités de la pratique, tout en offrant le levier nécessaire pour ne pas qu'elle s'y complaise.

Aventure théorique

Le récit de l'aventure théorique de notre entreprise doctorale permettra de mettre en lumière les tenants et aboutissants des nombreux choix qui se sont offerts à nous tout au long de ce parcours, et de prendre le recul nécessaire pour appréhender une première esquisse du modèle de la déontologie réflexive (MDR) que nous développerons ultérieurement à ce projet doctoral.

Fondée sur un ensemble de préoccupations à l'égard de l'enseignement de l'éthique professionnelle en santé (formation peu présente dans les programmes de formation et trop rationnelle; outils riches, mais disparates), notre aspiration première était de développer un modèle permettant de soutenir la formation et la recherche en éthique professionnelle dans le domaine de la santé. Entreprise théorique, ce projet consistait à organiser, de manière systémique et dynamique, un ensemble de dimensions (légale, éthique, clinique, sociale, psychologique) potentiellement à l'œuvre dans l'expérience éthique du PDS et du bioéthicien. Reposant sur les deux principaux constats d'une formation à l'éthique trop rationnelle et nourrie d'outils riches, mais épars et plutôt pragmatiques, notre défi était triple : 1) il nous fallait développer un modèle suffisamment flexible et inclusif qui mettrait en lumière les principaux constituants de l'éthique professionnelle, 2) qui allait prendre en compte ses dimensions à la fois cognitives et affectives, et 3) qui permettrait d'illustrer la dynamique entre l'ensemble de ces constituants.

L'entreprise était plus ambitieuse que nous ne l'aurions cru dans le contexte d'un doctorat. Ce n'est qu'au cours de notre cinquième année de recherche, en pleine écriture de

notre troisième article (chapitre 4) que nous nous sommes *fait rappeler à l'ordre* par notre directeur. Malgré des travaux substantiels déjà amorcés, nous allions devoir faire le deuil d'un quatrième article qui aurait donné naissance au *petit* : le modèle de la déontologie réflexive (MDR). Déçue, mais à la fois soulagée, nous devons nous rendre à l'évidence que, comme le mentionne régulièrement le Dr Williams-Jones, il existe une vie après le doctorat. Notre doctorat nous a quand même permis de mettre les pièces (constituants) de notre casse-tête (MDR) sur la table et de commencer à en apprécier le portrait final qui résultera d'un minutieux travail d'assemblage. C'est donc à cette étape de notre aventure d'identification des constituants de l'éthique que nous souhaitons vous convier.

Il n'est probablement pas superflu de rappeler que, infirmière de formation, nous sommes embarquée dans le bateau de la bioéthique avec une expérience professionnelle dans le domaine de la santé de plus de vingt ans (enseignement, pratique, recherche) – bagage personnel dont on ne révèle plus l'âge – et une idée de projet en éthique professionnelle largement mûrie et déjà enrichie d'une expérience de formation auprès des infirmières en pratique. Comme largement discuté en introduction de cette thèse, nous admettons qu'un certain nombre de biais est à l'œuvre dans cette entreprise, tel que cela est d'ailleurs le cas pour toute entreprise de recherche.

Préludes à l'aventure

Ainsi initiée, dès le début de nos études, à une variété de théories clés en bioéthique (justice, conséquentialisme, principisme, éthique du *care*, « petite éthique » de Paul Ricœur, Lévinas, etc.), nous profitons de cette immersion pour explorer des auteurs qui nous permettraient de mieux articuler nos préoccupations de recherche ainsi que d'y répondre. Nous remarquons, au fil des ans, que nos départs d'entreprise d'études et de recherche sont souvent signés de l'influence d'un auteur « fétiche ». Dans le cas de la bioéthique, pour nous, ce fut Lévinas. L'approche de ce philosophe relativement à la responsabilité et à la souffrance venait probablement faire le pont entre nos intérêts de recherche à la maîtrise (sur l'expérience de la souffrance) et nos visées doctorales à l'égard de l'éthique professionnelle en santé. Or, cet auteur, à l'approche plutôt poétique, posait plusieurs problèmes épistémologiques qui

rendaient la tâche difficile quant à son utilisation dans un contexte de pratique. C'est donc à la suite d'un séminaire de près d'une année portant sur l'œuvre de Paul Ricœur (Ricœur, 1990, 2001), d'un cours en épistémologie de la bioéthique et d'un mentorat en éthique clinique de dix-huit mois auprès d'une bioéthicienne initiée à la « petite éthique » de Ricœur que nous prenons conscience de la richesse des travaux de ce philosophe et de leur potentiel quant à notre projet de recherche.

Base jumping dans la « petite éthique » de Paul Ricœur (1990, 2001) (chapitre 2)

Notre thèse, fidèle à sa prétention réflexive, prendra donc son envol dans un exercice réflexif inspiré de la « petite éthique » de Paul Ricœur (chapitre 2). Cette approche a eu l'avantage de nous contraindre, dès les premiers instants, à une intériorité dont l'exercice théorique aurait pu avoir tendance à nous soustraire. De plus, elle nous permettait de tester le potentiel de la philosophie ricœurienne dans un contexte voué à la résolution de problème, tel que l'est celui de la bioéthique.

D'entrée de jeu, la structure générale de la « petite éthique » et de ses niveaux du jugement médical (réflexif, déontologique et prudentiel) de Ricœur (Ricœur, 1990, 2001) ainsi que certains de ses concepts clés, tels que la *sagesse pratique* et l'*imagination*, nous ont clairement permis d'illustrer, dans une perspective philosophique, comment le PDS peut faire correspondre son idéal clinique à celui de l'exigence éthique. En d'autres termes, cet exercice permet de mieux comprendre les exigences, pour un PDS, d'agir selon les standards d'excellence éthiques des professions de la santé. Il démontre notamment qu'une pratique clinique fondée sur des standards éthiques de haut niveau confronte à d'incontournables tensions (respect de la personne versus système aux ressources limitées, par exemple) et oblige parfois à des choix difficiles (tels qu'un arrêt de traitement) auxquels les PDS ne sont pas toujours bien préparés, tant pour l'analyse que pour l'action.

Le MDR, tel que nous l'avons déjà mentionné, s'enracine principalement dans l'agent (PDS) et devrait nous transporter, comme son nom l'indique, vers le lieu de l'*éthique* professionnelle. Suivant cette vision, le premier article pose les fondements philosophiques du MDR et nous convie aux dimensions normatives de l'éthique professionnelle (*what ought to*

be done?). Par ailleurs, rappelons que l'approche de Ricoeur, malgré la complexité de son œuvre qui aurait pu *suffire* à poser les constituants de l'éthique professionnelle, posait des limites importantes à nos ambitions de recherche (voir le chapitre 5).

Plutôt libre penseuse, nous ne possédons pas les qualités requises pour devenir *disciple* et nous fondre dans une seule approche théorique. De plus, comme nous l'expliquons au chapitre 5 de la thèse, nous avons intérêt, dans le contexte d'un domaine visant l'action en pratique, à greffer des connaissances de type empirique afin, par exemple, d'améliorer la validité du MDR et de nous éloigner le plus possible des débats *disciplinaires* (au sens littéraire du concept). Les niveaux du jugement médical nous ont permis de poser les fondements philosophiques du MDR (*What ought to be done?*), de dévoiler les moments du jugement éthique et de démontrer l'importance de l'acte réflexif de l'agent à l'égard de l'éthique professionnelle. Notre préoccupation de départ à l'effet d'une éthique professionnelle trop analytique nous a tout naturellement menée à la question suivante : au-delà du jugement éthique, quels sont les autres constituants de l'expérience éthique du PDS?

Les moments *spéléologiques* de la thèse : la psychologie du développement moral

Le domaine de la psychologie du développement moral nous apparaissait comme étant le plus indiqué (davantage que la philosophie) pour poursuivre notre réflexion et mieux cerner, dans une perspective psychologique, l'univers intérieur de l'expérience éthique du PDS. De longs mois de lecture pour comprendre les grands courants du domaine de la psychologie du développement moral nous ont permis d'identifier deux auteurs clés qui ont marqué de façon significative ce domaine de recherche.

Premier pas vers la subjectivité – Le modèle des quatre composantes de Rest (1994) (chapitre 3)

Ce deuxième article est, en ce sens, un premier pas (*how and who should do what?*) vers un univers plus subjectif et beaucoup moins exploré de l'éthique professionnelle (*who is doing?*), aspect plus largement traité dans le troisième article de la thèse.

Rest (1994) nous permet de mieux comprendre la complexité de cet acte réflexif décrit par Ricœur en définissant l'expérience éthique en regard de quatre principaux processus psychologiques (la sensibilité, le jugement, la motivation et le caractère). Dans le cadre de ce chapitre et malgré le fondement cognitif du modèle des quatre composantes de Rest, chacun des processus est explicitement reconnu comme étant investi à la fois de processus cognitifs et affectifs. Un bref retour historique sur l'évolution de la dichotomie cognitivité/affectivité en psychologie démontre d'ailleurs clairement que cette perspective n'est plus au rendez-vous de la recherche dans ce domaine. Il n'est plus question de savoir si les émotions sont inhérentes à l'expérience morale de la personne, mais de mieux comprendre comment elles y interviennent. Ce chapitre, afin notamment d'enrichir une éthique professionnelle trop analytique, investit de manière particulière sa composante reconnue comme étant la *plus affective* (ce qui implique le processus empathique) et *préalable* au jugement éthique : la sensibilité éthique.

À ce stade de notre exploration théorique, nous comprenons que le jugement et la sensibilité éthiques sont deux expériences empiriquement distinctes, et que chaque processus doit être investi pour que l'action éthique puisse survenir. Ce constat nous fait notamment entrevoir la nécessité de varier nos stratégies d'enseignement afin de permettre aux PDS de développer l'ensemble des composantes inhérentes à l'expérience éthique. Si le modèle des quatre composantes (MQC) permet de mieux comprendre la complexité de l'expérience éthique, il ne permet toutefois pas de résoudre le problème de l'action. En d'autres termes, si le MQC met en lumière la complexité de l'acte réflexif, il ne permet pas d'expliquer de manière précise ce qui contribue au fait qu'une personne agira ou non en fonction de son jugement éthique. Qui est ce PDS sur qui le patient vulnérable peut compter? L'émergence de cette question nous a forcée à continuer notre recherche afin de mieux cerner cette problématique de l'action, résolument importante dans un contexte de pratique professionnelle.

Destination Identité – Les modes identitaires de Blasi (1984) (chapitre 4)

L'ensemble de notre entreprise, qui vise à identifier les constituants de l'éthique professionnelle, cherche à atteindre les confins de l'identité des PDS. Ricœur (chapitre 2) nous

permet d'abord, dans une perspective philosophique, de poser l'acte réflexif sous la responsabilité du PDS (les trois niveaux du jugement médical). Et avec Rest (1994) (chapitre 3), nous mettons en place les remparts psychologiques permettant de descendre encore plus près de l'univers intérieur du PDS. Cet auteur démontre qu'en plus du jugement éthique, l'expérience éthique du PDS est investie d'au moins trois autres processus psychologiques (sensibilité, motivation, caractère). Si notre analyse inspirée de Ricœur et de Rest permet de voir poindre la lueur de l'identité en matière d'éthique professionnelle, ni l'un ni l'autre auteur (du moins empiriquement) n'ont pu nous permettre de comprendre spécifiquement ce qui fait en sorte, par exemple, que deux personnes d'une même profession et dans des contextes similaires agiront ou non de manière éthique à l'égard d'une *même* situation. En d'autres termes, *who is doing what*, éthiquement?

Cette question nous a mise sur la piste de la proposition des modes identitaires de Blasi qui a permis l'élaboration du modèle des *professional ethics identity tendencies* (PEIT). Brièvement, ce cadre de référence suggère qu'afin que des standards de la pratique professionnelle (idéaux, principes, etc.) entraînent l'action éthique, ces standards doivent être incarnés au sein de l'identité du PDS. Par ailleurs, pour que ces standards puissent être incarnés chez le PDS, celui-ci doit entretenir une relation particulière (plus ou moins consciente, plus ou moins fondée sur des repères internes) avec lui-même (soi). Les PEIT sont une proposition théorique de trois possibles tendances relationnelles plus ou moins déterminantes de l'identité des PDS – *legal dualistic identity tendency*, *deontological identity tendency* et *reflexive deontological identity tendency*.

Somme toute, cette aventure de spéléologie humaine nous a permis de proposer les fondements (philosophiques et psychologiques) d'une épistémologie en éthique professionnelle commune aux PDS. Elle nous a également permis de démontrer que le développement du jugement éthique, s'il est nécessaire, n'est pas suffisant pour permettre le façonnement de PDS éthiquement responsables, que les stratégies d'enseignement de l'éthique doivent tenir compte de cette complexité de l'expérience éthique et, finalement, que les aspirants à une profession de la santé ne présentent pas tous le terrain psychologique adéquat pour devenir un PDS éthiquement responsable.

Programme de recherche

Notre programme de recherche des cinq prochaines années s'inscrit dans cette perspective et vise la poursuite de nos travaux de recherche dans le créneau général de *l'intégrité professionnelle* dans le domaine de la santé. Ce programme se déploiera en un temps, trois mouvements (axes transversaux), et est largement inspiré des résultats d'analyse de notre thèse. Les trois axes offrent des pistes d'orientation pour la réalisation de travaux de recherche et sont susceptibles de se chevaucher.

Premier temps : formulation du MDR

Dans un premier temps, et à très court terme, nous souhaitons formuler le modèle de la déontologie réflexive (MDR) à partir des fondements mis en lumière dans le cadre de cette thèse. Cette esquisse du MDR sera soumise pour publication dans la revue *American Journal of Bioethics* et permettra de définir, de manière plus précise, les bases de notre programme de recherche en intégrité professionnelle dans le domaine de la santé. Ce cadre de référence ainsi que les trois articles qui y ont mené, tout en nous permettant de circonscrire et de formuler un ensemble de projets de petite ou de moyenne envergure, pourront être utilisés pour justifier un projet de plus grande envergure destiné à valider ou à enrichir ce modèle.

Premier axe : la déontologie

La « petite éthique » de Paul Ricœur nous a permis de mieux comprendre qu'une *perspective épistémologique de l'éthique professionnelle* est nécessaire pour fonder le jugement éthique en situation des PDS et des bioéthiciens. Dans le contexte des soins de santé, aucun outil (code de déontologie, théories éthiques, politiques de santé) ne se suffit à lui-même. Le jugement éthique est inévitablement soumis à de multiples pressions (intérêts économiques ou politiques, autonomie et histoire du patient, données de la recherche, déontologie, politiques, etc.). Si le jugement professionnel ne peut faire l'économie de la déontologie, sa complexité ne peut être réduite à ses dimensions purement légales.

La désuétude des codes de déontologie et particulièrement les manières dont ils sont interprétés et utilisés appellent le développement de recherches permettant de les mettre en perspective avec la réalité des pratiques afin d'en raffiner le contenu et de clarifier leur utilité. À ce titre, nous souhaitons poursuivre nos recherches sur la question des conflits d'intérêts dans la pratique professionnelle, amorcés dans le cadre de notre implication dans le groupe sur les conflits d'intérêts de l'Université de Montréal. Nous souhaitons également réaliser un projet empirique s'adressant à des PDS en pratique, et qui consisterait à poursuivre l'adaptation du cadre de référence de Ricœur à la réalité des pratiques professionnelles dans le contexte des soins de santé. Cette version améliorée du cadre, que nous avons partiellement mise à l'épreuve de la pratique en nous en inspirant pour développer le cadre de référence en éthique d'une organisation de santé, pourrait être utilisée pour soutenir les premiers pas dans la formation à l'éthique clinique chez les PDS et les bioéthiciens.

Dans le contexte des professions de la santé, une connaissance des outils normatifs et l'acquisition de compétences analytiques sont, pour des raisons évidentes, nécessaires. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, le jugement éthique, aussi juste soit-il, ne peut garantir à lui seul le façonnement de PDS éthiquement responsables.

Deuxième axe : les compétences éthiques (sensibilité, jugement, motivation, caractère)

Le modèle des quatre composantes de Rest suggère qu'au moins quatre processus psychologiques (sensibilité, jugement, motivation, caractère) doivent intervenir chez la personne afin que puisse se manifester un comportement moral. L'éthique est devenue académique, rationnelle, « hors de nous-mêmes ». La maturité morale est généralement réduite à la simple acquisition de savoirs professionnels spécialisés et à la réussite académique. En raison de cette situation, et considérant que le jugement est nécessaire à la pratique professionnelle en santé, il devient important de porter également notre attention sur les dimensions affectives de l'expérience morale, telles que la sensibilité éthique. Fondée sur des processus empathiques, celle-ci consiste en la capacité à reconnaître les dimensions éthiquement problématiques d'une situation et à imaginer les possibles scénarios et leurs conséquences potentielles sur autrui. Être éthiquement sensible ne va pas de soi : reconnaître

le caractère éthique d'une situation équivaut notamment à reconnaître la distance (souvent importante) entre ce qui est et ce qui devrait être. Cette mobilisation affective du PDS est susceptible de le confronter à de difficiles expériences émotionnelles.

Le développement d'outils permettant le développement de compétences éthiques plus sensibles est un créneau de recherche jeune que nous souhaitons exploiter. Notre expérience en enseignement chez les infirmières, pendant près de quinze ans, ainsi que nos recherches doctorales nous ont permis d'acquérir les compétences nécessaires au développement et au déploiement d'une formation à l'éthique professionnelle destinée à l'acquisition de compétences éthiques à la fois analytique et émotionnelles. À ce titre, nous poursuivons cinq principaux objectifs : 1) enrichir la définition de la sensibilité éthique retenue dans notre deuxième article avec les données des PEIT; 2) tester et raffiner cette définition par voie d'une recherche phénoménologique auprès d'infirmières praticiennes; 3) explorer et définir le portrait actuel de la formation à l'éthique professionnelle chez les infirmières au Canada; 4) développer et proposer un curriculum de formation à l'éthique professionnelle chez les infirmières en nous inspirant du MDR; 5) développer et appliquer un outil d'évaluation pour en analyser les retombées. Ces activités de recherche se veulent en continuité avec nos implications dans le réseau PERN (Professional Ethics Research Network), lequel regroupe des chercheurs d'horizons variés intéressés par l'éthique professionnelle, ainsi qu'avec les activités de formation à l'éthique professionnelle que nous offrons au sein de diverses organisations de santé.

Parce qu'il y a un agent (un PDS, par exemple) qui *reconnaît* la distance entre *ce qui est* et *ce qui devrait être*, cette reconnaissance se traduit (simultanément), suivant la perspective du MDR, par une conscientisation de la distance entre *qui je suis* et *qui je devrais être*.

Troisième axe : l'identité professionnelle

Nos travaux ont notamment mis en lumière le fait que l'identité s'inscrit au cœur d'une éthique professionnelle : sa qualité en détermine l'action. Aussi les modes identitaires de Blasi nous permettent-ils d'élaborer un cadre éthique normatif en matière de développement

professionnel identitaire, composé des *professional ethics identity tendencies* (PEIT). Il ne suffit pas au PDS d'imiter le geste éthiquement approprié : le PDS doit construire son identité autour de valeurs et d'idéaux professionnels collectivement et historiquement choisis, et être soutenu dans ce délicat processus au cours duquel il les apprivoise et les adopte à son tour. *Une image peut valoir mille mots, mais pas en éthique professionnelle*, qui ne peut se réduire au simple comportement *apparemment* éthique. L'éthique professionnelle, pour être efficace, doit devenir une caractéristique de la personne.

Il ne fait aucun doute que nous poursuivons l'objectif de tester empiriquement le cadre normatif que nous proposons en matière d'identité professionnelle. Cette recherche, que nous souhaitons effectuer dans le cadre d'une profession de la santé particulière (idéalement chez les infirmières), nous permettra de raffiner un outil novateur (PEIT) utile non seulement pour mieux comprendre les questions liées à la motivation morale, mais également pour personnaliser nos stratégies d'enseignement de l'éthique professionnelle en fonction des clientèles visées (public plus ou moins mature ou en situation de faute professionnelle, par exemple). À ce titre, nous avons déjà brodé le canevas de base d'un article qui met en lumière les principales implications pédagogiques découlant de la proposition actuelle des PEIT. De plus, nous comptons réaliser une recherche afin d'adapter les PEIT dans le but d'enrichir les outils de sélection déjà existants dans les professions de la santé (tels que les entrevues de sélection en sciences infirmières et en médecine) et au sein des comités d'éthique clinique et de la recherche dans les organisations de santé.

Notre programme de recherche est bien rempli et, pourtant, il y manque toutes les avenues que nous ne connaissons pas encore.

En conclusion de la conclusion

Nous avons démontré que l'engagement dans une pratique professionnelle en santé, malgré les croyances véhiculées par plusieurs téléséries populaires (*Dr House*, par exemple), est un choix des plus humainement exigeants. Plusieurs de ces exigences, mises en lumière par le MDR (faire preuve de réflexivité, posséder un très bon sens analytique, intégrer des valeurs éthiques et les mettre en pratique au quotidien, etc.), peuvent laisser croire qu'il faut avoir

atteint une forme de « perfection » personnelle pour répondre aux critères d'un PDS « compétent ». Cette perception n'est pas totalement dénuée de sens lorsque l'on considère les standards éthiques de haut niveau dont se sont dotées les professions de la santé au fil de leur histoire. Nous avons vu que cette visée de l'excellence est nécessaire chez les PDS, dont les privilèges accordés par la société dressent la table pour des abus de pouvoir à l'égard des individus et des communautés vulnérables sous leur responsabilité. La plus haute exigence est définitivement celle de l'humilité.

Notre aventure doctorale a tout à la fois renforcé notre idéalisme et nous a rendue plus conciliante, nous osons croire plus humble. La vie est courte et les temps troubles; nous tolérons mal la bêtise humaine qui se déguise (maladroitement) en bonnes manières. Les défis éthiques de notre époque sont beaucoup plus sérieux et profonds que ce que l'on ose voir. Nous les ressentons encore davantage, et nous savons que cette thèse est une goutte de solution dans l'océan des défis humains qui nous attendent.

Bibliographie

- American Society for Bioethics and Humanities (ASBH). *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*; 1998. Consulted March 12th, 2009. [<http://www.asbh.org/publications/core.html>]
- Arsenio, W.F., E. Adams and J. Gold. **Social Information Processing, Moral Reasoning, and Emotion Attributions: Relations With Adolescents' Reactive and Proactive Aggression.** *Child Development* 2009, **80**(6):1739-1755.
- Atun, R.A. **Doctors and managers need to speak a common language.** *BMJ* 2003, **326**(7390):655.
- Baeroe, K. and O.F. Norheim. **Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: a theoretic approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS).** *Bioethics* 2011, **25**(7):394-402.
- Banerjee, S.B. **Corporate social responsibility: The good, the bad and the ugly.** *Critical Sociology* 2008, **34**(1):51-79.
- Beauchamp, T. and J.F. Childress. *Principles of biomedical ethics.* New York: Oxford University Press; 2009.
- Bebeau, M.J. **Enhancing professionalism using ethics education as part of a dental licensure board's disciplinary action. Part 2. Evidence of the process.** *The Journal of the American College of Dentists* 2009, **76**(3):32-45.
- Bebeau, M.J. **Evidence-based character development.** In K. Kenny and W. Shelton (eds). *Lost Virtue: Professional character development in medical education.* Oxford, U.K.: Elsevier; 2006: 47-86.
- Bebeau, M.J. **Influencing the Moral Dimensions of Dental Practice.** In J.R. Rest and D. Narvaez (eds). *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994:121-146.
- Bebeau, M.J. **Promoting ethical development and professionalism : insight from educational research in the professions.** *University of St. Thomas Law Journal* 2008, **5**(2):366-389.
- Bebeau, M.J. **The Defining Issues Test and the Four Component Model: Contributions to professional education.** *Journal of Moral Education* 2002, **31**(3):271-295.
- Bebeau, M.J. and V.E. Monson. **Guided by theory, grounded in evidence: a way forward for professional ethics education.** In L. Nucci and D. Narvaez (eds). *Handbook on moral and character education.* New York: Routledge; 2008:557-583.
- Bebeau, M.J. and V.E. Monson. **Professional Identity Formation and Transformation across the Life Span.** In A. Mc Kee and M. Eraut (eds). *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development.* Vol. 7. Springer Netherlands; 2012:135-162.

- Bebeau, M.J., J.R. Rest and C.M. Yamoore. **Measuring dental student's ethical sensitivity.** *Journal of Dental Education* 1985, **49**(4):225-235.
- Bebeau, M.J., J.R. Rest and D. Narvaez. **Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education.** *Educational Researcher* 1999, **28**(4):18-26.
- Blasi, A. **Bridging moral cognition and moral action: A critical review of the literature.** *Psychological Bulletin* 1980, **88**(1):1-45.
- Blasi, A. **Emotions and moral motivation.** *Journal for the Theory of Social Behaviour* 1999, **29**(1):1-19.
- Blasi, A. **How should psychologists define morality? or, The negative side effects of philosophy's influence on psychology.** In T.E. Wren (ed.). *The moral domain: Essays in the ongoing discussion between philosophy and the social sciences. Studies in contemporary German social thought.* Cambridge, MA: The MIT Press; 1990:38-70.
- Blasi, A. **Identity and the Development of the Self.** In D.K. Lapsley and F. Clark Power (eds). *Self, ego, and Identity: Integratives Approaches.* New York: Springer-Verlag; 1988:226-242.
- Blasi, A. **Loevinger's theory of ego development and its relationship to the cognitive-developmental approach.** In P.M. Westenberg, A. Blasi and L.D. Cohn (eds). *Personality development: Theoretical, Empirical, and Clinical Investigations of Loevinger's Conception of Ego Development.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998:13-25.
- Blasi, A. **Moral cognition and moral action: A theoretical perspective.** *Developmental Review* 1983, **3**(2):178-210.
- Blasi, A. **Moral Functioning: Moral Understanding and Personality.** In D.K. Lapsley and D. Narvaez (eds). *Moral development, self, and identity.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004b:335-347.
- Blasi, A. **Moral Identity: Its Role in Moral Functioning.** In W.M. Kurtines and J.L. Gewirtz (eds). *Morality, Moral Behavior, and Moral Development.* New York: A Wiley-Interscience publication; 1984:129-139.
- Blasi, A. **Moral understanding and the moral personality: The process of moral integration.** In W.M. Kurtines and J.L.E. Gewirtz (eds). *Moral development: An introduction.* Boston: Allyn & Bacon; 1995.
- Blasi, A. **Neither Personality nor Cognition: An Alternative Approach to the Nature of the Self.** In C. Lightfoot, C. Lalonde and M. Chandler (eds). *Changing Conceptions of Psychological Life.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004a:3-25.
- Blasi, A. **Responsibility at work: how leading professionals act (or don't act) responsibly.** *Journal of Moral Education* 2010, **39**(2):235-238.
- Blasi, A. **The development of identity: Some implications for moral functioning.** In G.G. Noam and T.E. Wren (eds). *The Moral Self.* Massachusetts: The MIT Press; 1993:99-122.

- Blasi, A. **The moral functioning of mature adults and the possibility of fair moral reasoning.** In D. Narvaez and D.K. Lapsley (eds). *Personality, Identity and Character: Explorations in Moral Psychology*. New York: Cambridge University Press; 2009.
- Blasi, A. **The self as subject in the study of personality.** In D.J. Ozer, J. Healy, J.M. and A.J. Stewart (eds). *Perspective in personality*. Vol. 3. London: Kingsley; 1991a.
- Blasi, A. and K. Glodis. **The development of identity. A critical analysis from the perspective of the self as subject.** *Developmental Review* 1995, **15**(4):404-433.
- Blasi, A. and K. Milton. **The Development of the Sense of Self in Adolescence.** *Journal of Personality* 1991b, **59**(2):217-241.
- Blondeau, D. *Éthique et soins infirmiers*. Montréal: PUM; 1999.
- Borry, P., P. Schotsmans and K. Dierickx. **What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? An ethical analysis.** *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004, **7**(1):41-53.
- Borry, P., P. Schotsmans and K. Dierickx. **The birth of the empirical turn in bioethics.** *Bioethics* 2005, **19**(1):49-71.
- Boudrias, J.-S., A.J.S. Morin and M.-M. Brodeur. **Role of psychological empowerment in the reduction of burnout in Canadian health care workers.** *Nursing & Health Sciences* 2012, **14**(1):8-17.
- Bourbonnais, R., C. Brisson, R. Malenfant and M. Vézina. **Health care restructuring, work environment, and health of nurses.** *American Journal of Industrial Medicine* 2005, **47**(1):54-64.
- Bouthillier, M.E. *Santé publique, réduction des méfaits et travail de proximité: les problèmes éthiques d'intervenants montréalais* [Thesis]. Montreal: Montreal University; 2006.
- Brabeck, M.M., L.A. Rogers, S. Sirin, J. Henderson, M. Benvenuto, M. Weaver and K. Ting. **Increasing Ethical Sensitivity to Racial and Gender Intolerance in Schools: Development of the Racial Ethical Sensitivity Test.** *Ethics & Behavior* 2000, **10**(2):119-137.
- Brazil, K., S. Kassalainen, J. Ploeg and D. Marshall. **Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care.** *Social Science & Medicine* 2010, **71**(9):1687-1691.
- Brown, R. **Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges.** *European Journal of Social Psychology* 2000, **30**(6):745-778.
- Burkhardt, M.A. *Ethics and Issues in Contemporary Nursing*. Canada: Delmar Cengage Learning; 2007.
- Burkhardt, M.A. and A.K. Nathaniel. *Ethics and Issues in Contemporary Nursing*. Clifton Park, New York: Thomson Delmar Learning; 2008.
- Burkhardt, M.A., A.K. Nathaniel and W. Nancy. *Ethics and Issues in Contemporary Nursing. First Canadian Edition*. Toronto: Nelson Education; 2010.

- Butts, J.B. *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice*. Jones and Bartlett Publishers; 2005.
- Cara, C.M., J.J. Nyberg and S. Brousseau. **Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system**. *Nursing Administration Quarterly* 2011, **35**(1):6-14.
- Carlin, N., C. Rozmus, J. Spike, I. Willcockson, W. Seifert, C. Chappell, P.-H. Hsieh, T. Cole, C. Flaitz, J. Engebretson, R. Lunstroth, C. Amos and B. Boutwell. **The Health Professional Ethics Rubric: Practical Assessment in Ethics Education for Health Professional Schools**. *Journal of Academic Ethics* 2011:1-14.
- Carlo, G. and C.P. Edwards. *Moral Motivation Through the Life Span*. Vol. 51. Lincoln, Nebraska: Nebraska symposium on motivation; 2005.
- Carnevale, F.A., C. Farrell, R. Cremer, P. Canoui, S. Séguret, J. Gaudreault, B. de Bérail, J. Lacroix, F. Leclerc and P. Hubert. **Struggling to do what is right for the child: Pediatric life-support decisions among physicians and nurses in France and Quebec**. *Journal of Child Health Care* 2012.
- Carpenter, C. **Moral distress in physical therapy practice**. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010, **26**(2):69-78.
- Carrington, M.J., B.A. Neville *et al.* **Why ethical consumers don't walk their talk: Towards a framework for understanding the gap between the ethical purchase intentions and actual buying behaviour of ethically minded consumers**. *Journal of Business Ethics* 2010, **97**(1):139-158.
- Clarkeburn, H. **A Test for Ethical Sensitivity in Science**. *Journal of Moral Education* 2002, **31**(4):439-453.
- Clouser, K.D. and B. Gert. **A critique of principlism**. *Journal of Medicine and Philosophy* 1990, **15**(2):219-236.
- Colby, A. and L. Kohlberg. *The Measurement of Moral Judgment: Standard issue scoring manual*. Vol. 2. New York: Cambridge University Press; 1987.
- Colby, A., L. Kohlberg, B. Speicher, A. Hewer, D. Candee, J. Gibbs and C. Power. *The Measurement of Moral Judgment*. Reissue edition ed. II vols. Vol. I. New York: Cambridge University Press; 2011.
- Committee on Assessing Integrity in Research Environments. *Integrity in Scientific Research: Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct*. Washington, DC: National Research Council, Institute of Medicine, The National Academies Press; 2002.
- Comrie, R.W. **An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity**. *Nursing Ethics* 2011, **19**(1):116-127.
- Comrie, R.W. *Identifying and measuring baccalaureate and graduate nursing students' moral sensitivity*. Ph.D., Southern Illinois University at Carbondale; 2005.

- Crumbley, D.L. and K.J. Reichelt. **Teaching effectiveness, impression management, and dysfunctional behavior: Student evaluation of teaching control data.** *Quality Assurance in Education* 2009, **17**(4):377-392.
- Crumbley, D.L., R.E. Flinn and K.J. Reichelt. **Unethical and Deadly Symbiosis in Higher Education.** *Accounting Education* 2012, **21**(3):307-318.
- Crumbley, D.L., R.E. Flinn and K.J. Reichelt. **What is ethical about grade inflation and coursework deflation?** *Journal of Academic Ethics* 2010, **8**(3):187-197.
- Damasio, A. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain.* New York: Gosset/Putnam Press; 2005.
- Damon, W. *The Social World of the Child.* Jossey-Bass Publishers; 1977.
- Dancey, L. **The Consequences of Political Cynicism: How Cynicism Shapes Citizens' Reactions to Political Scandals.** *Political Behavior* 2012, **34**(3):411-423.
- Dauwerse, L., T. Abma, B. Molewijk and G. Widdershoven. **Need for ethics support in health care institutions: views of Dutch board members and ethics support staff.** *Journal of medical ethics* 2011, **37**(8):456-460.
- Davis, P.C. and C. Gilligan. **A Woman Decides: Justice O'Connor and Due Process Rights of Choice.** *McGeorge L. Rev.* 2000, **32**:895.
- Decety, J., K.J. Michalska and K.D. Kinzler. **The Developmental Neuroscience of Moral Sensitivity.** *Emotion Review* 2011, **3**(3):305-307.
- Degeling, P., S. Maxwell, J. Kennedy and B. Coyle. **Medicine, management, and modernisation: a - danse macabre?** *BMJ* 2003, **326**(7390):649-652.
- De Sousa, R. *The Rationality of Emotion.* Cambridge, Mass.: MIT Press; 1987.
- Devinney, T.M. **Is the socially responsible corporation a myth? The good, the bad, and the ugly of corporate social responsibility.** *The Academy of Management Perspectives* 2009, **23**(2):44-56.
- Doucet, H. **Faut-il toujours alimenter une personne malade?** In *Soigner en centre d'hébergement : repères éthiques.* Montréal: Fides; 2008:41-62.
- Drolet, M.-J. *De l'éthique à l'ergothérapie: la philosophie au service de la pratique ergothérapique.* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2013.
- Durand, S. *Optimiser la contribution des IPS pour mieux servir la population québécoise - Mémoire, Ordre de infirmières et infirmiers du Québec.* 2013. Cited October 3th 2013. [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/optimiser-la-contribution-des-ips-pour-mieux-servir-la-population-quebecoise>]
- Dworkin, R. *Taking rights seriously.* Cambridge: Harvard University Press; 1977.
- Éditeur Officiel. *Code des professions.* 2009. Cited September 8th 2009. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.HTM]
- Erikson, E.H. *Identity, youth, and crisis.* New York: W.W. Norton; 1968.

- Fields, S.K., P. Mahan, P. Tillman, J. Harris, K. Maxwell and M. Hojat. **Measuring empathy in health care profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider-student version.** *Journal of Interprofessional Care* 2011, **25**(4):287-293.
- Fisher, J. *Biomedical ethics: a Canadian focus.* Don Mills, Ontario: Oxford University Press; 2009.
- Fitzgerald, A. and G. Davidson. **Innovative health care delivery teams: Learning to be a team member is as important as learning other specialised skills.** *Journal of Health Organization and Management* 2008, **22**(2):129-146.
- Ford, G. *Ethical reasoning for mental health professionals.* Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2006.
- Ford, P.J. and D.M. Dudzinski (eds). *Complex Ethics Consultations.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Frost, H.D. and G. Regehr. **“I AM a Doctor”:** **Negotiating the Discourses of Standardization and Diversity in Professional Identity Construction.** *Academic Medicine* 2013.
- Frumovitz, M.M. **Unverifiable Accomplishments and Publications on Applications for Gynecologic Oncology Fellowships.** *Obstetrics and gynecology* 2012, **119**(3):504-508.
- Gadow, S. **Existential advocacy: philosophical foundations of nursing.** In S.G. Spicker, S. Editors. *Nursing Image and Ideals.* New York: Springer publishing; 1980:79-101.
- Gaucher, N., J. Lantos and A. Payot. **How do national guidelines frame clinical ethics practice? A comparative analysis of guidelines from the US, the UK, Canada and France.** *Social Science & Medicine* 2013.
- Gewirth, A. *Human rights: essays on justification and applications.* Chicago: University of Chicago Press; 1982.
- Gilligan, C. **In a different voice: Women's conceptions of self and of morality.** *Harvard educational review* 1977, **47**(4):481-517.
- Gillon, R. **Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be “first among equals”.** *Journal of medical ethics* 2003, **29**(5):307-312.
- Glodis, K. and A. Blasi. **The Development of Identity. A Critical Analysis from the Perspective of the Self as Subject.** *Developmental Review* 1995, **15**(4):404-433.
- Glodis, K. and A. Blasi. **The Sense of Self and Identity among Adolescents and Adults.** *Journal of Adolescent Research* 1993, **8**(4):356-380.
- Goel, S., J.M. Hofman *et al.* **Predicting consumer behavior with Web search.** *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2010, **107**(41):17486-17490.
- Grace, P.J. *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice.* Jones & Bartlett Publishers; 2009.

- Grady, C., M. Danis, K. L. Soeken, P. O'Donnell, C. Taylor, A. Farrar and C. M. Ulrich. **Does Ethics Education Influence the Moral Action of Practicing Nurses and Social Workers?** *The American Journal of Bioethics* 2008, **8**(4):4-11.
- Graig, D. and G.R. Winslow. **When the patient refuses to eat.** In P.J. Ford and D.M. Dudzinski (eds). *Complex Ethics Consultations: Cases that Haunt Us*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Gravestock, P. and E. Gregor-Greenleaf. *Évaluation des cours: recherche, modèles et tendances*. Conseil Canadien de la qualité de l'enseignement supérieur; 2008. Cited September 21st 2013. [http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.heqco.ca%2FSiteCollectionDocuments%2FEvaluations%2520des%2520cours.pdf&ei=wiJPUtj2Kpir4A00xoHIAQ&usg=AFQjCNFI tq7ag4o7pl-HM4FkHs_mIHhkhQ&bvm=bv.53537100,d.dmg&cad=rja]
- Greene, J. and J. Haidt. **How (and where) does moral judgment work?** *Trends in Cognitive Sciences* 2002, **6**(12):517-523.
- Habermas, J. *Justification and application: remarks on discourse ethics, Studies in contemporary German social thought*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 1993.
- Haidt, J. **The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment.** *Psychological Review* 2001, **108**(4):814-834.
- Hamric, A.B. and L.J. Blackhall. **Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate.** *Critical care medicine* 2007, **35**(2):422-429.
- Hardy, S.A. and G. Carlo. **Identity as a Source of Moral Motivation.** *Human Development* 2005, **48**(4):232-256.
- Harper, M.G. **High tech cheating.** *Nurse Education in Practice* 2006, **6**(6):364-371.
- Heil, J. *Philosophy of mind: A contemporary introduction*. Cited in 2012. [<http://worldtracker.org/media/library/Physics/Consciousness%20Books%20Collection/Heil%20J%20-%20Philosophy%20of%20Mind.%20A%20contemporary%20introduction.pdf>]
- Helwig, C.C. and E. Turiel. **Children's Social and Moral Reasoning.** In P.K. Smith and C.H. Hart (eds). *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2011.
- Hermesen, M. and M. van der Donk. **Nurses' Moral Problems in Dialysis.** *Nursing Ethics* 2009, **16**(2):184-191.
- Herring, J. *Medical law and ethics*. Oxford University Press; 2012.
- Hudon, A., M. Laliberté, M. Hunt, V. Sonier, B. Williams-Jones, B. Mazer, V. Badro, and D.E. Feldman. **What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada.** *Disability & Rehabilitation* 2013, (0):1-6.

- Hunt, M.R. **Moral Experience of Canadian Health care Professionals in Humanitarian Work.** *Prehospital and Disaster Medicine* 2009b, **24**(6):518-524.
- Hunt, M.R. **Patient-Centered Care and Cultural Practices: Process and Criteria for Evaluating Adaptations of Norms and Standards in Health Care Institutions.** *HEC Forum* 2009a, **21**(4):327-339.
- Hunt, M.R. and F.A. Carnevale. **Moral experience: a framework for bioethics research.** *Journal of Medical Ethics* 2011, **37**(11):658-662.
- Huston, C.J. *Professional issues in nursing: Challenges and opportunities.* Wolters Kluwer Health; 2013.
- Jain, S., M.I. Lapid, L.B. Dunn and L.W. Roberts. **Psychiatric residents' needs for education about informed consent, principles of ethics and professionalism, and caring for vulnerable populations: results of a multisite survey.** *Academic Psychiatry* 2011, **35**(3):184-190.
- Janssen, B.M., T. Regenmortel and T.A. Abma. **Balancing Risk Prevention and Health Promotion: Towards a Harmonizing Approach in Care for Older People in the Community.** *Health Care Analysis* 2012.
- Jordan, J. **Taking the First Step toward a Moral Action: A Review of Moral Sensitivity Measurement across Domains.** *Journal of Genetic Psychology* 2007, **168**(3):323-359.
- Keating, B. **L'alimentation et l'hydratation artificielles des patients en état végétatif permanent : la discussion américaine et les interventions romaines récentes.** *Laval théologique et philosophique* 2008, **64**(2):485-525.
- Kenny, N. and R. Chafe. **Pushing Right against the Evidence: Turbulent Times for Canadian Health Care.** *The Hastings Center Report* 2007, **37**(5):24-26.
- Kenny, N. and W. Shelton (eds). *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education.* Vol. 10: *Advances in Bioethics.* Oxford, U.K.: Elsevier; 2006.
- Killen, M. and J. Smetana. *Handbook of Moral Development.* Mahwa, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2006.
- Kim, Y.S., J.W. Park, M.A. You, Y.S. Seo and S.S. Han. **Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses.** *Nursing Ethics* 2005, **12**(6):595-605.
- Kish-Gephart, J.J., D.A. Harrison *et al.* **Bad apples, bad cases, and bad barrels: meta-analytic evidence about sources of unethical decisions at work.** *Journal of Applied Psychology* 2009, **95**(1):1.
- Kohlberg, L. *The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice.* Harper Collins Canada; 1981.
- Kohlberg, L. *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages.* San Francisco: Harper & Row ed., *Essays on moral development v. II*; 1984.
- Kuhse, H. *Caring: nurses, women, and ethics.* Blackwell Publishers Oxford; 1997.

- Laliberté, M., M. Hunt, B. Williams-Jones and D.E. Feldman. **Health Care Professionals and Bedbugs: An Ethical Analysis of a Resurgent Scourge.** Paper read at HEC Forum; 2013.
- Lambert, C. and D. Blondeau. **Chemins et impasses du jugement clinique au quotidien.** In J.F. Malherbe (ed.). *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique.* Québec: Les Éditions Fides; 1999.
- Lantz, M.S., M.J. Bebeau and P. Zarkowski. **The Status of Ethics Teaching and Learning in U.S. Dental Schools.** *Journal of Dental Education* 2011, **75**(10):1295-1309.
- Lapointe, J. *Mémoire - Mourir dans la dignité – Développer d'abord les soins palliatifs. Présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.* 2010. Cited September 10th 2012. [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/euthanasie>]
- Lapsley, D.K. **Moral Stage Theory.** In M. Killen and J. Smetana (eds). *Handbook of Moral Development.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2006:37-66.
- Lapsley, D.K. **Toward an Integrated Theory of Adolescent Ego Development: The “New Look” at Adolescent Egocentrism.** *American Journal of Orthopsychiatry* 1993, **63**(4):562-571.
- Lapsley, D.K. and D. Narvaez (eds). *Moral development, self, and identity.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004.
- Lapsley, D.K. and F. Clark Power. *Self, ego, and identity: integrative approaches.* New York: Springer-Verla; 1998.
- Larson, H.J. and D.L. Heymann. **Public health response to influenza A (H1N1) as an opportunity to build public trust.** *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2010, **303**(3):271-272.
- Leach, D.C. **Medical professionalism and the formation of residents: A journey toward authenticity.** *U. St. Thomas LJ* 2008, **5**:512.
- Lemerise, E.A. and W.F. Arsenio. **An Integrated Model of Emotion Processes and Cognition in Social Information Processing.** *Child Development* 2000, **71**(1):107-118.
- Lichtenberg, J.W., S.M. Portnoy, M.J. Bebeau, I.W. Leigh, P.D. Nelson, N.J. Rubin, I.L. Smith and N.J. Kaslow. **Challenges to the Assessment of Competence and Competencies.** *Professional Psychology: Research and Practice* 2007, **38**(5):474-478.
- Lillemoen, L. and R. Pedersen. **Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care.** *Nursing Ethics* 2013, **20**(1):96-108.
- Lind, R.A. and D.L. Rarick. **Viewer Sensitivity to Ethical Issues in TV Coverage of the Clinton-Flowers Scandal.** *Political Communication* 1999, **16**(2):169-181.
- Loevinger, J. *Ego development: Conceptions and theories.* San Francisco: Josey-Bass; 1976.
- Loevinger, J. **Theory and data in the measurement of ego development.** *Scientific ways in the study ego development.* Worcester, MA: Clark University Press; 1979.

- Longman, P. *First Teach No Harm*. 2013. Cited July 2th 2013. [http://www.washingtonmonthly.com/magazine/july_august_2013/features/first_teach_no_harm045361.php?page=all&goback=gde_2071675_member_256067954#]
- Lovett, B.J. and A.H. Jordan. **Levels of moralisation: A new conception of moral sensitivity.** *Journal of Moral Education* 2010, **39**(2):175-189.
- Lütznén, K., A. Johansson and G. Nordstrom. **Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians.** *Nursing Ethics* 2000, **7**(6):520-530.
- Lütznén, K., T. Blom, B. Ewalds-Kvist and S. Winch. **Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals.** *Nursing Ethics* 2010, **17**(2):213-224.
- Lütznén, K., V. Dahlqvist, S. Eriksson and A. Norberg. **Developing the concept of moral sensitivity in health care practice.** *Nursing Ethics* 2006, **13**(2):187-196.
- Lynn, L. "Everybody Wants To Go To Heaven"; 1965.
- Liotard, J.-F. *La Phénoménologie*. Presses Universitaires de France, Que sais-je, n° 625; 1967.
- MacDonald, H. **Relational ethics and advocacy in nursing: literature review.** *Journal of Advanced Nursing* 2007, **57**(2):119-26.
- MacKenzie, C.R., M. Meltzer, E.A. Kitsis and C.A. Mancuso. **Ethical Challenges in Rheumatology: A Survey of the American College of Rheumatology Membership.** *Arthritis & Rheumatism* 2013, **65**(10):2524-2532.
- Martin, B.R. **Whither research integrity? Plagiarism, self-plagiarism and coercive citation in an age of research assessment.** *Research Policy* 2013, **42**(5):1005-1014.
- Massé, R. **La flexibilité des critères dans la justification éthique des interventions: du principisme spécifié à un modèle centré sur les valeurs phares.** *Les classiques des sciences sociales*. 2002. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/flexibilite_criteres_justification/texte.html]
- Master, Z. and D.B. Resnik. **Hype and public trust in science.** *Science and engineering ethics* 2013:1-15.
- Maxwell, B. and L. Le Sage. **Are psychopaths morally sensitive?** *Journal of Moral Education* 2009, **38**(1):75-91.
- McClimans, L., A.-M. Slowther and M. Parker. **Can UK Clinical Ethics Committees Improve Quality of Care?** *HEC Forum* 2012, **24**(2):139-147.
- McHugh, M.D., A. Kutney-Lee, J.P. Cimiotti, D.M. Sloane and L.H. Aiken. **Nurses Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care.** *Health Affairs* 2012, **30**(2):202-210.
- Mele, A. **Weakness of will and akrasia.** *Philosophical studies* 2010, **150**(3):391-404.
- Michel, J. *Paul Ricœur, une philosophie de l'agir humain*. Paris: Éditions du Cerf; 2006.

- Mill, J.S. **Utilitarianism**. *Robert Maynard Hutchins. Great Books of The Western World* 1980, **43**:466.
- Mill, J.S. **Utilitarianism**. In J.P. Sterba (ed.). *Ethics: the big questions*. Wiley. Com; 2009.
- Miller, J.F. **Burnout and Its Impact on Good Work in Nursing**. *Journal of Radiology Nursing* 2011, **30**(4):146-149.
- Molewijk, B., D. Kleinlugtenbelt and G. Widdershoven. **The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology**. *Bioethics* 2011, **25**(7):383-393.
- Molina-Mula, J. and J.E. De Pedro-Gómez. **Impact of the politics of austerity in the quality of health care: ethical advice**. *Nursing Philosophy* 2013, **14**(1):53-60.
- Murphy, N. and C. Aquino-Russel. **Nurses Practice Beyond Simple Advocacy to Engage in Relational Narratives: Expanding Opportunities for Persons to Influence the Public Space**. *The Open Nursing Journal* 2008, **2**:40-7.
- Musschenga, A.W. **Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism**. *Journal of Medicine and Philosophy* 2005, **30**(5):467-490.
- Myyry, L. and K. Helkama. **The Role of Value Priorities and Professional Ethics Training in Moral Sensitivity**. *Journal of Moral Education* 2002, **31**(1):35-50.
- Narvaez, D. **Human Flourishing and Moral Development: Cognitive and neurobiological Perspectives of Virtue Development**. In L.P. Nucci and D. Narvaez (eds). *Handbook of Moral and Character Education*. New York: Routledge; 2008:310-327.
- Narvaez, D. **The future of research in moral development and education**. *Journal of Moral Education* 2013, **42**(1):1-11.
- Narvaez, D., J. Panksepp, A.N. Schore and T.R. Gleason (eds). *Evolution, early experience and human development: From research to practice and policy*. New York, NY: Oxford University Press; 2013.
- Nickel, J. **Human Rights**. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University; 2006.
- Noonan, H. **Identity**. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*; 2011. Retrieved July 5th 2013. [<http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/identity/>]
- Nucci, L. *The promise and limitations of the moral self construct. Presidential Address presented at the meeting of the Jean Piaget Society, Canada*. 2000. [<http://MoralEd.org>]
- Nucci, L.P. and E. Turiel. **Social interactions and the development of social concepts in preschool children**. *Child Development* 1978:400-407.
- Nugus, P., D. Greenfield, J. Travaglia, J. Westbrook and J. Braithwaite. **How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care**. *Social Science & Medicine* 2010, **71**(5):898-909.
- Oberle, K. and S.R. Bouchal. *Ethics in Canadian nursing practice: navigating the journey*. Pearson Prentice Hall; 2009.

- Oddi, L.F., V.R. Cassidy and C. Fisher. **Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice.** *Nursing Ethics* 1995, 2(3):197-209.
- OIIQ. *Mémoire - Projet de loi no 59 concernant le partage de certains renseignements de santé. Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux par l'Ordre de infirmières et infirmiers du Québec.* 2012a. Cited August 26th 2012. [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/projet-de-loi-no-59-concernant-le-partage-de-certains-renseignements-de-sant>]
- OIIQ. *Prise de position commune - Le tabagisme, un fléau de santé publique - Des professionnels de la santé engagés.* 2012. Cited September 2013. [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/prises_position/oiiq_janvier_2012_tabagisme_fleau_de_sante_publique.pdf]
- OIIQ. *Prise de position - Motion M-312 relative à la personnalité juridique du fœtus présentée par le député conservateur Kitchener-Centre, M. Stephen Woodworth.* 2012b. Cited August 10th 2012. [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/stephenharper_001.pdf]
- OIIQ and FMOQ. *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.* 2005. Cited October 2012. [http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oiiq.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fuploads%2Fpdf%2FFAQ%2Foiq_fmoq.pdf&ei=ngtPUoKDELW44AOIoIDQBg&usg=AFQjCNHxb1p-oBGyozdKhUGKhWQQOFUQwQ&bvm=bv.53537100,d.dmg]
- Oransky, I. and A. Marcus. *Retraction Watch.* 2010. Cited September 20th 2012. [<http://retractionwatch.wordpress.com/>]
- Owens, C. and F.A. White. **A 5-year systematic strategy to reduce plagiarism among first-year psychology university students.** *Australian Journal of Psychology* 2013, 65(1):14-21.
- Owhoso, V. **Mitigating Gender-specific Superior Ethical Sensitivity When Assessing Likelihood of Fraud Risk.** *Journal of Managerial Issues* 2002, 14(3):360.
- Ozdogan, F.B. and Z. Eser. **Ethical Sensitivity of College Students in a Developing Country.** *Journal of Teaching in International Business* 2007, 19(1):83-99.
- Parand, A., S. Burnett, J. Benn, A. Pinto, S. Iskander and C. Vincent. **The disparity of frontline clinical staff and managers' perceptions of a quality and patient safety initiative.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2010, 17(6):1184-1190.
- Pauly, B.M., C. Varcoe *et al.* **Framing the issues: Moral distress in health care.** *HEC Forum* 2012, 24:1-11.
- Pavlish, C., K. Brown-Saltzman, M. Hersh, M. Shirk and O. Nudelman. **Early Indicators and Risk Factors for Ethical Issues in Clinical Practice.** *Journal of Nursing Scholarship* 2011, 43(1):13-21.

- Pedersen, K.L. **Narrated experience from the clinical instructor as “a judge” when giving the nurse student a failing grade for the clinical course -- an analysis based on the text theory of Paul Ricœur.** *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vordi Norden* 2005, **25**(2):21-5.
- Peter, E. and R. Gallop. **The Ethic of Care: A Comparison of Nursing and Medical Students.** *Journal of Nursing Scholarship* 1994, **26**(1):47-52.
- Piaget, J. *The moral judgment of the child.* London: Routledge & Kegan Paul; 1932 [original edition].
- Plsek, P.E., and T. Greenhalgh. **The challenge of complexity in health care.** *BMJ* 2001, **323**(7313):625-628.
- Potvin, M.-J. **Ricœur's “Petite Éthique”: an ethical epistemological perspective for clinician-bioethicists.** *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 2010, **22**(4):311-26.
- Potvin, M.-J. **The Strange Case of Dr. B and Mr. Hide: Ethical Sensitivity as a Means to Reflect Upon One’s Actions in Managing Conflict of Interest.** *Journal of Bioethical Inquiry* 2012:1-3.
- Qualtere-Burcher, P. **The just distance: narrativity, singularity, and relationality as the source of a new biomedical principle.** *Journal of Clinical Ethics* 2009, **20**(4):299-309.
- Quante, M. and A. Vieth. **Defending principlism well understood.** *The Journal of medicine and philosophy* 2002, **27**(6):621-649.
- Racine, E. **Which naturalism for bioethics? A defense of moderate (pragmatic) naturalism.** *Bioethics* 2008, **22**(2):92-100.
- Ravitsky, V., A. Flester and A.L. Caplan. *Penn Center Guide to Bioethics.* New York: Springer; 2009.
- Rawls, J. *A theory of justice.* Oxford: Oxford University Press; 1973.
- Reamer, F.G. **Social Work in a Digital Age: Ethical and Risk Management Challenges.** *Social Work* 2012, **58**(2):163-172.
- Rest, J.R. **Background: Theory and research.** In J.R. Rest and D. Narvaez (eds). *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1994:1-26.
- Rest, J.R. *Cognitive Development, Manual of Child Psychology.* New York: Wiley; 1983.
- Rest, J.R. *Development in Judging Moral Issues.* Minnesota: Minnesota Press; 1979.
- Rest, J.R. and D. Narvaez. *Moral development in the professions: psychology and applied ethics.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1994.
- Rest, J.R., D. Narvaez, S.J. Thoma and M.J. Bebeau. **DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment.** *Journal of Educational Psychology* 1999, **91**(4):644-659.

- Reynolds, S.J. **Moral awareness and ethical predispositions: Investigating the role of individual differences in the recognition of moral issues.** *Journal of Applied Psychology* 2006, **91**(1):233-243.
- Ricœur, P. **Avant la loi morale: l'éthique.** *Encyclopedia Universalis* 1985:42-45.
- Ricœur, P. *Le Juste 2*. Paris: Éditions Esprits; 2001.
- Ricœur, P. **Les trois niveaux du jugement médical.** In *Le Juste 2*. Paris: Éditions Esprit; 2001:227-44.
- Ricœur, P. *Oneself as Another*. Translated by Kathleen Blamey. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
- Ricœur, P. *Réflexion faite : autobiographie intellectuelle*. Paris: Éditions Esprit; 1995.
- Ricœur, P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, Point; 1990.
- Rus, C.L., A.R. Tomsa *et al.* **Teachers' Professional Identity: A Content Analysis.** *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013, **78**(0):315-319.
- Sadler, T.D. **Moral sensitivity and its contribution to the resolution of socio-scientific issues.** *Journal of Moral Education* 2004, **33**(3):339-358.
- Saint-Arnaud, J. *Enjeux éthiques et technologies biomédicales: contributions à la recherche en bioéthique*. Montréal: PUM; 1999.
- Saint-Arnaud, J. *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin; 2009.
- Schluter, J., S. Winch, K. Holzhauser and A. Henderson. **Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review.** *Nursing Ethics* 2008, **15**(3):304-321.
- Schneider, G. **Student Evaluations, Grade Inflation and Pluralistic Teaching: Moving from Customer Satisfaction to Student Learning and Critical Thinking.** Paper read at Forum for Social Economics; 2013.
- Schwartz, L., C. Sinding, M. Hunt, L. Elit, L. Redwood-Campbell, N. Adelson, L. Luther, J. Ranford and S. DeLaat. **Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning From the Narratives of Humanitarian Health Workers.** *AJOB Primary Research* 2010, **1**(3):45-54.
- Shaub, M.K. *An empirical examination of the determinants of auditors' ethical sensitivity*. Texas Tech University; 2012.
- Silverman, H.J., J. Dagenais, E. Gordon-Lipkin, L. Caputo, M.W. Christian, B.W. Maidment, A. Binstock, A. Oyalowo and M. Moni. **Perceived comfort level of medical students and residents in handling clinical ethics issues.** *Journal of medical ethics* 2013, **39**(1):55-58.
- Simmons, H.R. **Unverifiable and Erroneous Publications Reported by Obstetrics and Gynecology Residency Applicants.** *Obstetrics and gynecology* 2012, **119**(3):498-503.

- Sirin, S.R., M.M. Brabeck, A. Satiani and L. Rogers-Serin. **Validation of a Measure of Ethical Sensitivity and Examination of the Effects of Previous Multicultural and Ethics Courses on Ethical Sensitivity.** *Ethics & Behavior* 2003, **13**(3):221-235.
- Sitvast, J.E., T.A. Abma, G.A.M. Widdershoven and H.H.G. Lendemeijer. **Photo stories, Ricœur, and experiences from practice: a hermeneutic dialogue.** *Advances in Nursing Science* 2008, **31**(3):268-79.
- Sorell, T. *Moral theory and anomaly*. United States: Blackwell Publishers; 2000.
- Sorlie, V., A. Kihlgren and M. Kihlgren. **Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses.** *Nursing Ethics* 2005, **12**(2):133-142.
- Sparks, J.R. and D. Hunt Shelby. **Marketing Researcher Ethical Sensitivity: Conceptualization, Measurement, and Exploratory Investigation.** *The Journal of Marketing* 1998, **62**(2):92-109.
- Strech, D., G. Persad, G. Marckmann and M. Danis. **Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research.** *Health Policy* 2009, **90**(2-3):113-124.
- Sugarman, J. and D.P. Sulmasy. *Methods in medical ethics*. Georgetown University Press; 2010.
- Tajfel, Henri. *Social identity and intergroup relations*. Vol. 7. Cambridge University Press; 2010.
- Tappolet, C. **Weakness of Will.** *The International Encyclopedia of Ethics* 2013.
- Taylor, C.C.W. **Plato, Hare and Davidson on akrasia.** *Mind* 1980, **89**(356):499-518.
- Thacker, K.S. **Nurses' Advocacy Behaviors in End-of-Life Nursing Care.** *Nursing Ethics* 2008, **15**(2):174-85.
- Tosh, Peter. *Equal Rights*. 1977.
- Toulmin, S. **The tyranny of principles.** *Hastings Center Report* 1981, **11**(6):31-39.
- Tschudin, V. *Ethics in nursing: the caring relationship*. Edinburg, Toronto: Butterworth-Heinemann; 2003.
- Turiel, E. *The culture of morality: Social development, context, and conflict*. Cambridge University Press; 2002.
- Turiel, E. *The development of social knowledge: Morality and convention*. Cambridge University Press; 1983.
- Turiel, E. **Thought, emotions, and social interactional processes in moral development.** In M. Killen and J. Smetana (eds). *Handbook of Moral Development*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates; 2006:7-35.
- Ulrich, C.M., A.B. Hamric, C. Grady, C.M. Ulrich, A.B. Hamric and C. Grady. **Moral distress: a growing problem in the health professions?** *Hastings Center Report* 2010, **40**(1):20-22.

- Van der Maren, J.-M. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 1996.
- Walker, L.J. **Gus in the Gap: Bridging the Judgment - Action Gap in Moral Functioning**. In D.K. Lapsley and D. Narvaez (eds). *Moral development, self, and identity*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004.
- Walker, L.J. **Moral exemplarity**. In W. Damon (ed.). *Bringing in a New Era in Character Education*. Stanford, California: Hoover Institution Press; 2002:65-83.
- Walker, L.J. and J.A. Frimer. **Moral personality exemplified**. In D. Narvaez and D.K. Lapsley (eds). *Personality, Identity and Character: Explorations in Moral Psychology*. New York: Cambridge University Press; 2009:232-255.
- Walker, L.J. and K.H. Hennig. **Differing conceptions of moral exemplarity: just, brave, and caring**. *Journal of personality and social psychology* 2004, **86**(4):629.
- Walumbwa, F.O. and J. Schaubroeck. **Leader personality traits and employee voice behavior: mediating roles of ethical leadership and work group psychological safety**. *Journal of Applied Psychology* 2009, **94**(5):1275.
- Ward, J., J. Cody, M. Schaal and M. Hojat. **The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students**. *Journal of Professional Nursing* 2009, **28**(1):34-40.
- Weaver, K. **Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research**. *Nursing Ethics* 2007, **14**(2):141-55.
- Weaver, K., J. Morse and C. Mitcham. **Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis**. *Journal of Advanced Nursing* 2008, **62**(5):607-618.
- Weinreich, P. and W. Saunderson. *Analysing Identity: Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts*. London: Routledge; 2003.
- Welchman, J. and G.G. Griener. **Patient advocacy and professional associations: individual and collective responsibilities**. *Nursing Ethics* 2005, **12**(3):296-304.
- Whitehead, J.M., D.K. Sokol, D. Bowman and P. Sedgwick. **Consultation activities of clinical ethics committees in the United Kingdom: an empirical study and wake-up call**. *Postgraduate medical journal* 2009, **85**(1007):451-454.
- Willets, G. and D. Clarke. **Constructing nurses' professional identity through social identity theory**. *International Journal of Nursing Practice* 2013, **19**(5).
- You, D. *Interrelationships and gender differences among components of morality for dental students*. Ph.D., ProQuest Dissertations and Theses, University of Minnesota, United States – Minnesota; 2007.

