

Université de Montréal

Les dilemmes éthiques et de professionnalisme rencontrés par les étudiants de 3e années de médecine en stage de chirurgie. Analyse des narratifs rapporter par les étudiants

Par

Gilles Beauchamp, MD

2023-09-18

Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en bioéthique

© Gilles Beauchamp, 2023

Université de Montréal

Unité académique : Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique

Ce mémoire intitulé

Les dilemmes éthiques et de professionnalisme rencontrés par les étudiants de 3e année de médecine en stage de chirurgie. Analyse des narratifs rapportés par les étudiants

Présenté par

Gilles Beauchamp md

Le 5 décembre 2023

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Charles Dupras

Président-rapporteur

Bryn Williams-Jones

Directeur de recherche

Bruce Maxwell

Membre du jury

Résumé

Nous rapportons une analyse des 1045 écrits narratifs produits sur une période de 16 ans par des étudiants de troisième année de médecine, dans le cadre d'un atelier sur l'éthique et le professionnalisme. À l'occasion de chaque stage de chirurgie effectué dans un des centres hospitaliers affiliés au département de chirurgie de l'Université de Montréal, les étudiants devaient identifier les enjeux éthiques ou de professionnalisme, rencontrés durant le stage. Par la suite, ils devaient dans un essai en raconter la nature et aussi discuter de leur accord avec les décisions prises par les supérieurs dans le cas de l'éthique clinique ou dans le cas de professionnalisme émettre une opinion sur les attitudes et comportements observés chez les cliniciens ou des résidents. Nous avons constaté que le questionnement des étudiants était majoritairement dirigé sur les problèmes de professionnalisme. La communication avec les patients et leurs familles, l'annonce de mauvaises nouvelles, l'obtention d'un consentement, la révélation de la vérité ou d'une erreur médicale et les relations avec les collègues représentaient la majorité des dilemmes rapportés par les étudiants dans leurs narratifs. Nous avons pu comprendre, à la lecture des écrits, les préoccupations éthiques de nos étudiants et les bases de leur raisonnement moral. Nous avons découvert la nature du curriculum caché dans notre milieu hospitalier et les rôles modèles que jouaient auprès des étudiants nos cliniciens et des résidents. Nous avons fait la comparaison avec la littérature existante sur le sujet. Ce travail a permis de valider l'efficacité de la stratégie pédagogique adoptée pour initier les étudiants à l'approche narrative en éthique et pour produire des narratifs signifiants et de qualité. Notre étude se distingue par la longueur de l'observation et le nombre élevé de narratifs analysés. Nous pouvons donc à partir de notre expérience suggérer des recommandations pour la formation et la recherche. Développer une compétence narrative chez les étudiants dès le début de la formation en médecine serait un avantage pour une pratique humaniste et participerait à la construction de l'identité professionnelle.

Mots-clés : étudiants de troisième année de médecine, chirurgie, stage, éthique, professionnalisme, dilemmes, narratifs, pédagogie, curriculum caché

Abstract

This is an analysis of 1045 narrative writings produced by third-year medical students over a 16-year period as part of a workshop on ethics and professionalism held during each surgical internship completed in a hospital affiliated with the Department of Surgery at the Université de Montréal. The students were asked to identify an ethical or professionalism issue they encountered during their rotation in surgery, and then to recount this, followed by comments on the ethical rationale for the decisions taken in the actual case. They were also asked to discuss their agreement with decisions made by superiors in the case of clinical ethics or professionalism dilemmas, and the attitudes and behavior observed among clinicians or residents. The analysis indicates that most of the students' questioning focused on issues of professionalism. Communication with patients and their families, giving bad news, obtaining consent, revealing the truth or a medical error, and relationship with colleagues represented most dilemmas reported by students in their narratives. In reading the narratives, I was able to identify our students' ethical concerns and the basis of their moral reasoning. I discovered the nature of the hidden curriculum in our institution and the role models our clinicians and residents played for the students. I further reviewed the literature for a comparison with my own observations. This work validated the effectiveness of the pedagogical strategy adopted to introduce students to the narrative approach to ethics and to produce meaningful, high-quality narratives. This study stands out for the length of the observation and the high number of narratives analyzed. Based on this experience, I can therefore suggest recommendations for training and research. Developing narrative skills in students right from the start of their medical training would be an advantage for humanist practice and would help build their professional identity.

Keywords: third-year medical students, surgery, clerkship, ethics, professionalism, dilemmas, narratives, pedagogy, hidden curriculum

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Définitions et lexique	v
Liste des tableaux	ix
Liste des sigles et abréviations	ix
Remerciements	xi
Introduction	1
Objectifs de l'étude.....	2
Éthique et professionnalisme	4
Évolution de la réflexion de la profession médicale	6
Évolution de l'enseignement de l'éthique.....	7
Chapitre 1 : Revue de la littérature	10
Les études.....	10
Chapitre 2 : Passage des étudiants du préclinique a l'externat	22
Stage de chirurgie	23
<i>L'éthique et professionnalisme en chirurgie</i>	24
<i>L'organisation du séminaire d'éthique</i>	25
<i>Incidents critiques</i>	26
Taxonomie générale des dilemmes d'action et de réflexion	27
Taxonomie spécifique des dilemmes éthiques et de professionnalisme	29
<i>Les dilemmes de l'éthique clinique : réflexion, délibération et question de choix</i>	29
<i>Les dilemmes du professionnalisme : attitude, comportement et code d'éthique</i>	29
<i>Les dilemmes des étudiants en apprentissage</i>	30
<i>Comme soignant en apprentissage avec des responsabilités</i>	30
<i>Comme observateur des professeurs et des résidents</i>	31
<i>Comme victime</i>	31
<i>Conduite non professionnelle des étudiants</i>	31
La production de narratifs par les étudiants lors du stage de chirurgie	32
Réflexion	32
Le raisonnement en éthique.....	33
Délibération et résolution des dilemmes éthiques.....	33
Les autres approches à la résolution de problématiques éthiques	35
<i>Narrativité</i>	36
<i>Délibération sur le respect des normes du code d'éthique de la profession</i>	39
<i>Délibération sur le respect des lois</i>	40
Discussion et réflexion en petit groupe	40
Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude	42
Considérations éthiques.....	45
Chapitre 4 : Résultats	48
Abstract	48
Introduction	50
Methods	52

Data Collection.....	53
Ethical Considerations	54
Analytic Approach	55
Study Aim.....	55
Data Analysis	56
Results	56
<i>Ethical dilemmas (n=396)</i>	57
<i>Professional behavior(n=724)</i>	60
Analysis.....	65
<i>Prevalence and importance of ethical issues by combination of subgroup</i>	65
<i>Student judgment</i>	66
<i>Justifications: values, principles, and code of ethics</i>	66
<i>Emotions of the students</i>	66
<i>Evaluation of the seminar</i>	67
Discussion.....	67
Limitations	69
Conclusion	69
References.....	71
Les réponses à nos questions : le résumé.....	73
Validité, généralisation et limites de l'analyse.....	73
Chapitre 5 : Discussion	75
Réflexions sur les dilemmes éthiques vécus par les étudiants et les implications pour la formation	75
<i>Les dilemmes</i>	75
Réflexion sur le curriculum caché révélé par les narratifs des étudiants	85
Réflexion sur la construction de l'identité professionnelle	85
Réflexion sur les stratégies pour l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme a l'externat	87
Objectif de la formation	87
Méthodes pédagogiques.....	88
Éthique narrative et attention aux dilemmes des étudiants comme approche pédagogique.....	89
<i>Rôle modèle des chirurgiens et des résidents</i>	91
Conclusion.....	93
Recommandations	94
<i>Pour la formation</i>	94
<i>Pour la recherche</i>	102
Bibliographie	104
Annexes	114
Annexe 1 : Approbation du comité d'éthique	114
Annexe 2 : Taxonomie des dilemmes : tableau résumé	116
Annexe 3 : Enseignement de l'éthique faculté médecine Université de Montréal	119
Annexe 4 : Textes des étudiants (tel quel).....	121
<i>Exemples concrets de narratifs produits par les étudiants</i>	121

Définitions et lexique

Bioéthique : la bioéthique s'intéresse aux problèmes pratiques touchant la prise de décisions tant sur le plan clinique et professionnel que sur le plan de l'élaboration de politiques. En fait, la bioéthique tente de définir les limites de ce qui est moralement acceptable par rapport à ce qui est inacceptable, dans les domaines de la recherche et des découvertes scientifiques et biomédicales. Avec le discours de la bioéthique, on peut aussi aider à définir ce qui est « normal », c'est-à-dire ce que la majorité de la population trouve moralement acceptable, et distinguer ce qui est contraire aux valeurs de la majorité dans une société donnée.

CanMeds : le référentiel CanMEDS définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins.

Casuistique : une approche éthique, qui consiste à résoudre les problèmes pratiques par une discussion entre, d'une part, des principes généraux ou des cas similaires et, d'autre part, la considération des particularités du cas étudié.

Code de déontologie médicale : ensemble des règles régissant la pratique indiquant les devoirs du médecin et les droits des patients. Le code définit la conduite et l'attitude que devrait avoir un médecin dans sa conduite professionnelle. Un manquement au code peut entraîner réprimande et sanction par la profession.

Conséquentialisme : constitue l'ensemble des théories morales qui soutiennent que ce sont les conséquences d'une action donnée qui doivent constituer la base de tout jugement moral de ladite action.

Curriculum formel : historiquement, la notion de curriculum n'est pas un concept savant. Dans les pays anglo-saxons, on parle de curriculum pour désigner le parcours éducatif proposé aux apprenants, alors qu'en français on dira plus volontiers plan d'études, programme ou cursus, selon qu'on met plutôt l'accent sur la progression des connaissances, les contenus successifs ou la structuration de la carrière scolaire.

Curriculum caché : c'est la part des apprentissages qui n'apparaît pas programmée par l'institution scolaire. Cet apprentissage au moyen d'interactions informelles entre étudiants et professeurs ou l'apprentissage est influencé par le contexte organisationnel, structurel ou culturel

propre aux établissements de formation, dont les règles, les coutumes et les rituels implicites, pour survivre dans le milieu de l'enseignement médical.

Dilemmes : situation dans laquelle une personne doit prendre une décision entre des options également mauvaises ou bonnes où les valeurs et les principes s'opposent et rendent les décisions difficiles. Les dilemmes surviennent parce que les gens partagent des valeurs, des normes, des attentes sociales, des devoirs, des sentiments de culpabilité, des espoirs, qui leur sont propres.

Déontologique : L'éthique déontologique met l'accent sur les notions de devoir, d'obligation et d'impératif moral pour déterminer la moralité d'une action. Il faut se référer au devoir moral de l'agent.

Éthique : réflexion sur les valeurs plutôt que sur des obligations qui nous servent à prendre une décision et à mesurer son impact et qui sont à la base du professionnalisme. Dans ce travail, l'éthique est souvent entendue comme éthique clinique. Par ailleurs, on entend souvent par éthique le processus de raisonnement que doit posséder un médecin pour dénouer des situations complexes où s'affrontent des valeurs et des principes. Il faut donc développer un raisonnement moral ou éthique chez les étudiants dans leur préparation à devenir un clinicien adéquat.

Éthique clinique : a pour but d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients ainsi que la qualité du travail des intervenants cliniques en proposant des pistes de solutions aux dilemmes éthiques qui se présentent en pratique clinique.

Éthique narrative : l'éthique narrative s'intéresse aux récits, aux interactions survenant entre les patients et les professionnels de la santé.

Éthique des soins : l'éthique des soins propose une méthode pratique et théorique de délibération éthique. La délibération encourage les professionnels à prendre leurs propres décisions responsables sur la base de valeurs, de vertus et de dialogue. Elle relie tous les acteurs dans les soins : usagers, proches et professionnels.

Éthique de la vertu : la médecine peut être considérée comme une « pratique morale », avec des vertus décrivant les qualités requises des médecins, en plus des connaissances scientifiques et médicales, des aptitudes pratiques et de l'expérience qui garantissent que le médecin fait ce qu'il faut en adoptant la bonne attitude pour atteindre les objectifs de la médecine. C'est la base du professionnalisme.

Incident critique : Un incident critique est un événement marquant qui s'inscrit dans une situation délicate, déstabilisante, transformée positivement ou non, propice à une pratique réflexive.

Médecin comme professionnel selon CanMeds : En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être individuel et collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé. Les médecins jouent un rôle essentiel dans la société en tant que professionnels responsables de la prestation de soins. Leur travail requiert la maîtrise de l'art, de la science et de l'exercice de la médecine. L'identité professionnelle du médecin est un élément fondamental de ce rôle. Il reflète les attentes de la société envers la profession, y compris la compétence clinique, l'engagement envers le maintien de la compétence, la promotion de l'intérêt public, le respect des normes éthiques, et des valeurs tels l'intégrité, l'honnêteté, l'altruisme, l'humilité, le respect de la diversité et la transparence relativement aux éventuels conflits d'intérêts. On admet généralement que, pour optimiser les soins aux patients, les médecins doivent veiller à leur propre santé et bien-être qu'à ceux de leurs collègues. Le professionnalisme des médecins constitue la base du contrat social entre la société et la profession médicale. En retour, la société reconnaît aux médecins le privilège de l'autoréglementation de leur profession, pourvu qu'ils restent redevables envers la société et la profession.

Princippisme : cette théorie éthique (version de Beauchamp et Childress) est constituée de quatre grands principes : autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice. Les principes d'autonomie et de justice peuvent être considérés comme étant d'origine déontologique, car il est considéré comme étant du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient et de répondre à une certaine exigence de justice dans la manière de prodiguer les soins et les traitements. En revanche, la non-malfaisance et la bienfaisance relèvent du conséquentialisme dans la mesure où ils invitent à se soucier des effets de l'acte effectué sur la vie et la qualité de vie du patient.

Profession : groupe professionnel qui possède des connaissances et des compétences spécifiques, des codes éthiques propres et l'autonomie nécessaire pour contrôler, organiser, définir et développer la pratique, l'éducation et l'admission de nouveaux membres, sans contrôle extérieur, au cours du processus.

Professionnalisme : cela représente la capacité à adopter une attitude juste et idéale, mais aussi une conduite en accord avec les principes de la profession. Ce terme regroupe les façons d'agir,

le savoir-être, les valeurs, la compétence, les qualités interpersonnelles ainsi que les normes morales que l'on attend d'une personne durant l'exercice de ses fonctions.

Raisonnement : lorsque l'on réfléchit à un dilemme, que l'on se demande s'il faut suivre l'une ou l'autre voie, on organise les raisons comme dans une argumentation, en jouant sur l'équilibre des justifications et des critiques.

Réflexion : retour de la pensée sur elle-même en vue d'examiner plus à fond une idée, une situation. La réflexion est comprise comme une activité se déroulant dans le cadre d'une interaction au cours de laquelle une personne réfléchit à la situation d'une autre personne. L'autoréflexion porte sur ses propres pensées et sentiments afin de comprendre les expériences vécues. L'apprentissage réflexif signifie l'évaluation de l'expérience ou de la chose à apprendre à la lumière de l'expérience antérieure, ce qui conduit à l'adaptation ou au rejet de la nouvelle connaissance en tant que telle ou à la transformation de son propre système de signification pour l'adapter à la nouvelle connaissance.

Séminaire ou atelier : groupe de travail d'étudiants sous la supervision d'un enseignant où l'on partage les observations et commentaires et où il y a une rétroaction.

Socialisation professionnelle : les étudiants acquièrent les connaissances, les compétences, les attitudes, les valeurs et les modes de vie établis dans la sous-culture professionnelle. Ce processus comporte des composantes cognitives, pratiques, symboliques, émotionnelles et morales. La socialisation médicale s'effectue principalement par le biais d'interactions sociales avec différentes personnes au sein de la faculté de médecine et de l'hôpital universitaire : les pairs, le personnel de la faculté, du personnel associé (comme les infirmières) et les patients. Les variables structurelles (organisation, personnel, autorité, etc.) préparent le terrain pour la socialisation professionnelle, mais les variables situationnelles (jeux de rôle, modèles, groupe de pairs, coaching et expériences émotionnellement importantes) ont l'influence la plus significative sur le processus.

Théories éthiques : les différents systèmes de pensée qui soutiennent le raisonnement en éthique.

Valeurs : désigne les grands idéaux comme le vrai, le beau, le bien.

Liste des tableaux

Tableau 1: Études des préoccupations éthiques des étudiants en stage de chirurgie	20
Table 1. Category and sub-category of reported narratives	57
Tableau 2 : Taxonomie modifiée des dilemmes éthiques des étudiants	76
Tableau 3	77
Tableau 4	78
Tableau 5	78
Tableau 6	79
Tableau 7 : Publications traitant des préoccupations éthiques des étudiants	116

Liste des sigles et abréviations

BEC: Bureau d'Éthique clinique

CAAHC: Centre d'apprentissage des attitudes et habilités cliniques

CCC: Comité central des compétences

CIAC: Comité d'implantation de l'approche par compétence

CLEO: Considérations sur les aspects légaux, éthiques et organisationnels de la pratique de la médecine

DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées

IDC : cours introduction à la démarche clinique

IMC : cours introduction à la médecine clinique

Préméd. : Année préparatoire à l'entrée en 1re année de médecine

Aux étudiants de médecine avec qui j'ai eu le bonheur de travailler

Remerciements

Ramses Wassef, professeur titulaire de chirurgie, responsable de l'enseignement de l'éthique au département de chirurgie pour avoir amorcé et encouragé le projet.

Mme Sylvie Perreault et Mme Salima Ouane, secrétaires médicales qui ont aidé pendant de nombreuses années à l'organisation du séminaire.

Bryn Williams-Jones, professeur titulaire de bioéthique, pour l'aide apportée dans la rédaction du mémoire.

Hubert Doucet, professeur retraité de la Faculté des arts et des sciences, pour son enseignement à la faculté de médecine.

Danielle Laudy (1958-2019) pour son implication à l'enseignement de l'éthique au département de chirurgie, et sa grande dévotion pour les étudiants.

Monique Depelteau pour son aide de tous les jours et sa patience.

Annie Beauchamp pour son aide précieuse apportée à l'auteur dans la rédaction du texte en français et la maîtrise des logiciels.

Dr Yvette Lajeunesse du Bureau de l'éthique clinique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal pour sa collaboration pour la révision et les suggestions.

Introduction

Le mémoire que je présente est le fruit d'un travail de recherche qui s'est imposé après avoir œuvré comme responsable du stage de chirurgie à l'externat et participé à la formation de plus de 1000 étudiants durant 16 années dans un des hôpitaux d'enseignement affilié au département de chirurgie de l'Université de Montréal. J'ai été à même d'observer les étudiants durant leur stage de chirurgie à l'externat, leur comportement, leurs préoccupations, leurs réflexions et à l'occasion leur stress. J'étais aussi témoin du milieu hospitalier et du comportement du personnel, y inclus les résidents de chirurgie et les chirurgiens. Dans le cadre de l'enseignement de l'éthique, j'ai eu le privilège de recueillir les écrits produits par les étudiants dans le cadre d'un séminaire sur l'éthique et le professionnalisme tenu durant le stage de chirurgie et que j'animais. J'ai été à même de constater l'existence du curriculum caché dans notre institution. Sur la période de 16 ans, il ne semblait pas y avoir eu de changement important dans la pratique médicale; malgré l'avènement de CanMeds en 2005 pour la formation des résidents, on n'avait pas constaté une influence directe sur l'enseignement du professionnalisme au niveau prégradué. Il y a eu bien sûr une certaine influence indirecte sur la formation des résidents et d'une partie du corps professoral sensibles aux questions d'éthique. Il m'apparaissait utile de faire le bilan et de mieux saisir les dilemmes éthiques ou de professionnalisme vécus par les étudiants durant leur stage de chirurgie. Je désirais constater leur habileté à identifier des problèmes d'éthique ou de professionnalisme et leur capacité à porter un jugement, à justifier leur opinion.

Cette étude, qui s'ajoute aux études déjà existantes, vient corroborer les préoccupations ou dilemmes éthiques que rencontrent les étudiants lors d'un stage de chirurgie. Nous avons confirmé que des dilemmes liés à l'éthique clinique et au professionnalisme existaient et étaient confirmés par nos étudiants dans leurs narratifs. À cette taxonomie, nous avons ajouté et distingué les dilemmes liés à la formation des étudiants qui méritent une attention particulière. Notre analyse a aussi confirmé que le curriculum caché existe bel et bien dans nos milieux d'enseignement. En parallèle, cette étude permet de mieux connaître le tableau de la culture chirurgicale dans notre milieu. On constate à partir des narratifs que les supérieurs des étudiants manifestent des préjugés qui n'ont pas leur place dans la pratique de la médecine. Les étudiants indiquent que le problème le plus souvent mentionné est la mauvaise communication des chirurgiens avec les patients ou son absence. La formation des professeurs mérite davantage d'investissement humaniste. Notre étude nous a permis de réaliser que les professeurs ne semblent pas être suffisamment au fait de l'existence du curriculum caché. Nous avons pu

recueillir des témoignages sur une longue période et avons constaté très peu de changement au cours de la période d'observation, dans les dilemmes que vivent les étudiants. D'autre part, notre étude rapporte le plus grand nombre de témoignages en comparaison avec les études publiées jusqu'à ce jour. De plus, aucun auteur n'a fait une réelle compilation des études sur le sujet : personne n'a vraiment cherché à comparer les études consacrées spécifiquement au stage de chirurgie. Comparer nos résultats avec d'autres recherches publiées sur le sujet apparaissait intéressant d'autant plus que les publications sur le comportement des étudiants à l'externat sont rares.

Notre expérience avec la production de narratifs par les étudiants a été relativement facile, intéressante et s'avère utile pour donner l'heure exacte du niveau de professionnalisme dans notre département de chirurgie. C'est une méthodologie reproductible. Des efforts sont maintenant faits par la faculté pour utiliser la narrativité lors de rencontres d'enseignement s'adressant à de grands groupes, toutefois lors des stages, la narrativité semble mal connue et peu utilisée. La formation des étudiants et des professeurs dans l'art de la communication s'avère une tâche qui nécessite une attention particulière tout au long du curriculum.

Objectifs de l'étude

Dans la réalité journalière, ce sont souvent des situations médicales ou sociales complexes qui saisissent la conscience des étudiants et les forcent à réfléchir. Souvent, ils ne sont que des témoins de ces situations; cependant. À l'occasion, ils sont des acteurs personnellement impliqués. C'est en prenant des décisions et en vivant avec les conséquences que l'éthique cesse d'être pour les étudiants seulement une discipline théorique et devient peu à peu un code de conduite professionnelle et personnel. L'éthique, présentée comme une théorie morale ou un ensemble de principes, ne peut pas à elle seule aller très loin dans la résolution des problèmes professionnels ancrés dans la réalité clinique. Il faut donc articuler et intégrer l'éthique dans la réalité clinique de tous les jours. C'est dans le contexte du stage clinique de chirurgie, que nous avons voulu examiner les problèmes éthiques et de professionnalisme que vivent nos étudiants.

L'objectif de cette étude est de d'abord identifier et analyser les dilemmes éthiques et de professionnalisme rencontré par les étudiants de 3^e année de médecine durant leur stage de chirurgie de six semaines et rapporté dans leurs narratifs.

Dans le cadre du séminaire, les étudiants devaient en cours de stage de chirurgie identifier un incident critique d'éthique clinique ou d'éthique professionnelle qui générerait une réflexion, qui

pouvait être déstabilisant et qui stimulait le questionnement à savoir si l'incident était éthique ou non. Par la suite, les étudiants devaient produire un écrit narratif décrivant le dilemme éthique rencontré. La narration d'un incident critique lié à l'éthique avait pour but d'alimenter la réflexion sur les enjeux éthiques, les valeurs et les principes impliqués dans la situation problématique ou sur le code de déontologie. La réflexion devrait aussi éventuellement servir de base aux discussions de groupe. C'est sous la supervision d'un chirurgien-facilitateur formé en éthique que se tenait un séminaire en fin de stage pour réviser les narratifs, les discuter, donner de la rétroaction et compléter l'enseignement en éthique et les stimuler à trouver leur identité professionnelle en les invitant à définir leur relation au temps et à choisir quel genre de médecin ils voulaient devenir.

Notre étude est celle de la réalité éthique racontée et commentée dans des narratifs écrits par des étudiants en stage de chirurgie. Le but avoué de cette étude est de mieux connaître les véritables problèmes éthiques et de professionnalisme rencontré par nos étudiants, d'en évaluer l'incidence et de répertorier leurs réactions et ainsi, saisir leur opinion sur la résolution ou non de ces dilemmes (1). À travers les écrits des étudiants, on a tenté de connaître quand il l'exprimait leurs réactions face aux différents dilemmes qu'ils rencontrent et d'identifier les différents mécanismes d'adaptation des étudiants face à des problèmes éthiques qu'ils rencontrent pour la première fois.

Nous voulions aussi comparer les dilemmes éthiques répertoriés chez nos étudiants avec ceux qui sont rapportés dans la littérature. La revue de la littérature nous a démontré l'intérêt que plusieurs auteurs ont eu à identifier les dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants (2-20). L'analyse des narratifs devrait nous permettre aussi de mieux saisir le curriculum caché qui existe dans notre institution (20) et d'explorer les aspects éthiques de ce curriculum caché que nous avons observés dans les narratifs analysés et lors des discussions de groupe avec les étudiants (21). Notre étude était aussi l'occasion d'évaluer de façon rétrospective la méthode que nous avons adoptée pour sensibiliser les étudiants à l'éthique et au professionnalisme (22). L'analyse des observations de nos étudiants devrait stimuler la communauté chirurgicale et favoriser une réflexion sur l'enseignement de l'éthique et sur le rôle des éducateurs. Une meilleure connaissance par les éducateurs des véritables dilemmes éthiques vécus par les étudiants permettrait de mieux adapter le contenu du curriculum et les méthodes d'enseignement. Des recommandations à la faculté de médecine pourraient provoquer des changements dans la formation des éducateurs et des étudiants.

Dans un premier temps, nous ferons une courte rétrospective sur l'éthique et le professionnalisme qui sont finalement l'objet de notre étude et nous verrons l'évolution de l'enseignement de l'éthique aux étudiants, car notre étude s'inscrit dans un projet pédagogique pour sensibiliser nos étudiants à l'éthique et au professionnalisme. Par la suite, nous réviserons la littérature sur les préoccupations éthiques des étudiants qui s'initient à la clinique avant de présenter nos résultats et d'aborder la discussion des résultats. Enfin, nous espérons que notre travail confirmera l'importance d'entendre la voix des étudiants et la nécessité de leur participation dans leur propre formation en éthique.

Éthique et professionnalisme

L'intérêt pour l'éthique médicale existe depuis les débuts mêmes de la pratique médicale dans l'antiquité. L'éthique médicale s'intéresse aux dilemmes moraux que pose la pratique de la médecine, mais aussi de façon très pragmatique à la conduite que les membres de la profession médicale devraient idéalement adopter. L'expression « éthique médicale » a été utilisée pour la première fois par Thomas Percival en 1803 pour décrire les responsabilités du médecin envers leurs patients, les collègues et le public. Il rappelle la morale fondamentale de la médecine qui est le service au patient (23-24). La médecine étant considérée davantage comme une vocation à cette époque, on n'utilise pas le terme professionnalisme, alors que l'éthique de Percival correspondait déjà à une certaine conception du professionnalisme.

À partir des années 1980, dans un contexte de néo-libéralisme, la profession médicale a réalisé le besoin d'un réajustement moral. Ce sont les facteurs sociaux émergents et les critiques de la profession médicale qui sont venus influencer la profession médicale et inciter à la mise en place, par des organismes de la profession, d'une éthique appliquée contemporaine plus pragmatique et intimement liée à la pratique de la médecine clinique qui est le professionnalisme. L'avènement du professionnalisme comme concept est assez récent (25). Le cheminement intellectuel des médecins a conduit à élargir et moderniser la notion d'éthique médicale utile pour la résolution de dilemmes et à favoriser l'émergence dans la conversation professionnelle et public d'un concept plus exigeant pour encadrer la conduite des médecins, soit le professionnalisme (26).

Le professionnalisme se définit sur le plan des valeurs fondamentales de la profession : altruisme, respect, humanisme et responsabilité ainsi qu'un engagement envers les patients, la société, et le maintien de la compétence de même que la qualité des soins. L'éthique médicale est la réflexion sur ce qu'il est bien de faire et est à la base du professionnalisme qui propose une attitude et un comportement vertueux : ceci se fait par la promotion des soins de bonne qualité, le respect de la

confidentialité et l'autonomie des patients, la vérité dans les relations entre le patient et le médecin, et la promotion du respect de la dignité, de la justice et de l'imputabilité. Ici, on fait appel à la morale de la médecine. Le professionnalisme c'est le barème pour la qualité et la prévention des conduites non professionnelles (24-25). C'est une promesse de la profession de servir le public d'une part et d'autres de s'appliquer à une pratique vertueuse avec une sagesse pratique (27-29). Le professionnalisme n'est pas un droit acquis, mais un privilège accordé par la société en retour desquels les membres de la profession jouissent d'une certaine autonomie et d'une autorégulation (30-31).

Les piliers du professionnalisme sont l'expertise, l'éthique et le service à la population. À notre avis, le professionnalisme doit être entendu comme une éthique professionnelle donc inspirée et intimement lié à l'éthique médicale. Le professionnalisme, comme tout phénomène normatif, comprend des valeurs et des comportements idéaux. N'étant pas une question de fait, mais d'idéal proposé aux conduites professionnelles, il renvoie à l'éthique. L'éthique cherche à guider l'action humaine pour le mieux-être de l'humanité... et le professionnalisme inclut l'adhérence à des principes éthiques et au raisonnement moral.

Depuis l'Antiquité, la relation professionnelle a toujours été perçue comme potentiellement dangereuse à cause de la domination possible d'une personne sur l'autre. Pour réussir le vivre ensemble et diminuer les rapports de domination, on a fait un retour à l'éthique en général et à l'éthique professionnelle en particulier pour servir de guide et comprendre les forces et limites des approches du professionnalisme. Les dilemmes liés au professionnalisme sont de nature éthique, car cela implique la réflexion sur l'attitude ou le comportement des médecins. On porte alors un jugement sur le respect des valeurs et normes de la profession. (25,32-36). Lors de la délibération éthique, on accepte que les principes comme la justice envers le patient de même que l'autonomie, la bienfaisance, et la non-malfaisance soient bien réfléchis et respectés. Les valeurs reliées aux croyances et à la culture que l'on retrouve dans la société et que le professionnel se doit de considérer comme important le respect de la vie. Le professionnalisme doit être compris comme faisant partie de l'éthique médicale (24-25).

L'éthique clinique s'est développée à l'université de Chicago à partir de 1972, sous l'impulsion du Dr Siegler, et s'est intéressée à des questions cliniques comme le consentement, la confidentialité, les soins de fin de vie et une approche humaine dans la relation du médecin avec les malades. Dans cette vision, le but ultime de l'éthique clinique est d'améliorer la qualité des soins en identifiant, analysant et résolvant les problèmes éthiques qui surviennent dans le pratique quotidien (37). L'éthique clinique propose donc une approche analytique et un esprit critique et se

différencie du professionnalisme qui définit une façon d'être et de pratiquer la médecine en indiquant les attitudes et comportements acceptables par la profession.

La bioéthique apparue à partir des années 1970 pourrait aussi être incluse comme de l'éthique médicale. La bioéthique est une réflexion qui propose aux médecins de changer la priorité morale exclusive des médecins pour les soins des patients. Le mouvement bioéthique propose de considérer une éthique qui tient en compte les besoins en santé des populations (26). Ainsi, la réflexion de la bioéthique a sûrement influencé la profession médicale sur les questions liées à l'autonomie des patients, à leurs droits de consentir aux examens médicaux ou aux traitements et au respect de ces choix par les médecins. D'autre part, le mouvement de la bioéthique a aussi soulevé la question des ressources du système de santé, de la justice, et les droits des patients dans le système de santé. Ces questions de plus en plus complexes ont suscité, la réflexion des membres de la profession médicale (38-40).

Évolution de la réflexion de la profession médicale

L'éthique médicale a longtemps été transmise par osmose, de façon exclusive par les médecins entre eux. L'enseignement était teinté par un certain corporatisme avant que la profession réalise l'importance de réfléchir sur l'éthique de la profession et à l'enseignement structuré de l'éthique et du professionnalisme (49). À la suite de l'adoption de la chartre des médecins, ce sont les organismes professionnels et les universités qui se sont impliqués dans le choix des contenus et des méthodes pédagogiques pour enseigner l'éthique et le professionnalisme aux futurs médecins (54-55).

Comme d'autres organismes qui sont responsables aux É.-U. et en Grande-Bretagne de la formation des futurs médecins, le collège Royal du Canada pour qui la mission principale est d'encadrer la formation post-graduée – a élaboré le référentiel CanMed en 2005 dont le but initial est de favoriser l'épanouissement du professionnalisme chez les futurs spécialistes (56-57). On y traite du professionnalisme comme une compétence à consolider durant toute la carrière.

Le professionnalisme tel qu'entendu par le Collège Royal du Canada et proposé aux résidents en formation est fondamentalement un comportement moral et éthique qui comporte un engagement réel envers les patients, incluant de l'altruisme, de la compassion et de la bienveillance, de même que de l'intégrité et de l'honnêteté. On vise à développer une pratique médicale vertueuse et humaine. Selon le Collège, les résidents en formation doivent travailler sur la connaissance de soi et des convictions personnelles qui peuvent avoir une incidence sur les soins. Le professionnalisme tel que défini dans le référentiel CanMEDS est aussi associé à des

considérations sociétales (58). Ce document inclut aussi des considérations sur les changements d'attitude et de style de vie chez les médecins et reconnaît l'importance de la qualité de vie dans la pratique médicale.

Évolution de l'enseignement de l'éthique.

Selon Brody, avant 1970 l'éducation des futurs médecins dans les facultés de médecine dans le contexte d'un enseignement traditionnel se faisait par osmose et par la transmission informelle des valeurs de la profession médicale (41). À partir des années 1980, presque toutes les facultés de médecine en Amérique du Nord et en Europe ont adopté un enseignement obligatoire de l'éthique. En 1985, Culver propose dans un article du *New England Journal of Medicine* un curriculum de base en éthique (42). L'intégration de l'éthique au curriculum médical est devenue une priorité comme le démontrent les enquêtes faites sur ce sujet depuis les années 1970. Au Canada, à partir des années 1970, les facultés de médecine ont graduellement introduit l'enseignement de l'éthique, habituellement sous la forme de cours magistraux et quelquefois sous forme de discussion de patients. À la fin des années 1990 et au début des années 2000, l'intégration de l'éthique au curriculum (incluant le concept du professionnalisme) est devenue un enjeu majeur dans la formation des futurs médecins (43,51-53).

Aujourd'hui, toutes les écoles de médecine au Canada enseignent l'éthique comme partie intégrale du cursus médical. Le défi des facultés de médecine est de préparer de futurs médecins dans un monde en changement constant. L'explosion de l'information et de toutes les technologies demande donc une vision et de l'innovation pour être capable d'équiper les étudiants avec tout ce dont ils ont besoin pour devenir de bons médecins.

Au début de l'introduction de l'enseignement de l'éthique dans le curriculum médical. L'enseignement portait sur l'acquisition d'un jugement moral à l'aide de cas classiques de dilemmes éthiques et de notions théoriques de philosophie. Ce sont des théologiens et des philosophes qui assuraient l'enseignement, le but étant de doter les futurs médecins d'un solide raisonnement moral avec comme base des notions de philosophie comme l'utilitarisme, la déontologie et le principisme. À l'époque, cette approche était louable, mais ne s'inscrivait pas exactement dans la réalité des étudiants et pouvait même irriter les étudiants venus en médecine d'abord pour soigner des patients (45). On a gardé dans le curriculum préclinique ce modèle traditionnel et analytique de l'enseignement de la délibération morale pour préparer les étudiants à affronter les dilemmes en clinique (59).

Toutefois, de nombreuses critiques ont souligné le fait que l'approche traditionnelle ne tenait pas compte du contexte spécifique de l'éthique des soins de santé et ne répondrait pas nécessairement aux besoins des étudiants (60). L'éducation médicale traditionnelle ne semblait pas stimuler les étudiants à se former une identité professionnelle et à développer toutes les habiletés morales dont ils ont besoin pour une pratique qui semble présenter de plus en plus de défis d'ordre éthiques (61-63). L'enseignement de l'éthique médicale en clinique est passé de l'enseignement des dilemmes éthiques classiques et du raisonnement moral à l'étude des comportements et attitudes éthiques que les médecins doivent démontrer dans la pratique de tous les jours, c'est-à-dire le professionnalisme. C'est d'ailleurs l'enseignement du professionnalisme et la construction de l'identité professionnelle des futurs médecins qui a pris de l'expansion dans plusieurs universités à partir des années 1990 (64-65). Sous l'influence de la bioéthique, les questions qui concernent la relation de la profession médicale avec la société, les institutions, et le public se sont imposés. (67-69)

Il y a donc eu un changement de paradigme dans l'enseignement de l'éthique et le passage d'un curriculum traditionnel jusqu'alors basé sur l'enseignant à une approche davantage centrée sur l'étudiant en considérant davantage l'opinion des étudiants sur leur propre réalité éthique (29-38). On a vu apparaître dans la littérature une réflexion sur le curriculum caché (70-72), la question de la construction de l'identité professionnelle (73-75), la socialisation des étudiants (76-77), la contribution importante des rôles modèles (78-79), comme des moyens pour aider la formation de l'étudiant à l'art de la médecine (70,72). À cela s'ajoute l'intérêt de plusieurs auteurs pour la question des dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants dans leur formation; on constate dans la littérature que les expériences de dilemmes éthiques rencontrées par des étudiants qui font des stages cliniques sont différentes de celles qui sont présentées lors des cours en éthique du curriculum préclinique. La formation des étudiants devrait leur permettre de comprendre et d'apprendre à répondre aux dilemmes éthiques qu'ils rencontreront durant leur formation et éventuellement dans la pratique médicale (1,61-63).

Bickel, en 1991, critique les éducateurs médicaux pour n'avoir pas donné aux étudiants des occasions favorables pour le questionnement et la réflexion. Il notait que les vrais dilemmes éthiques auxquels ils sont confrontés sont très souvent ignorés par les supérieurs (62). La suggestion de Bickel, c'est que l'enseignement de l'éthique devrait se concentrer davantage sur les dilemmes fréquemment rencontrés par les étudiants pour les aider à découvrir l'aspect moral de la pratique médicale et à réfléchir aux valeurs qui soutiennent les décisions qui sont prises lorsque l'on doit donner des soins aux malades. C'est une approche qui se veut respectueuse de

l'expérience des problématiques éthiques que vivent les étudiants et qui reconnaît cette contribution comme valable et importante.

Toutefois, une approche qui limiterait l'enseignement de l'éthique aux seuls dilemmes identifiés par les étudiants risque de dénaturer leur sensibilité et de faire oublier certains aspects importants dans la construction d'une identité professionnelle (63,65,66,74). L'Enseignement de l'éthique est aussi devenu une priorité au post- gradué.

Comme d'autres organismes qui sont responsables aux É.-U. et en Grande-Bretagne de la formation des futurs médecins spécialistes, le collège Royal du Canada pour qui la mission principale est d'encadrer la formation post-graduée – a mis sur pied en 2005 le référentiel CanMed dont le but initial est de favoriser l'épanouissement du professionnalisme chez les futurs spécialistes (56-57). On y traite du professionnalisme comme un rôle dévolu au spécialiste, mais aussi comme une compétence à consolider durant toute la carrière.

Le professionnalisme tel qu'entendu par le Collège Royal du Canada et proposé aux résidents en formation est fondamentalement un comportement moral et éthique qui nécessite un engagement réel envers les patients, en faisant preuve d'altruisme, de compassion, de bienveillance, d'intégrité et d'honnêteté. On vise à développer une pratique médicale vertueuse et humaine. Selon le Collège Royal, les résidents en formation doivent aussi travailler sur la connaissance de soi et leurs convictions personnelles qui peuvent avoir une incidence sur les soins. Le professionnalisme selon le référentiel CanMeds inclut aussi des considérations sur les changements d'attitude et de style de vie chez les médecins et reconnaît l'importance de la qualité de vie dans la pratique médicale. Le professionnalisme, entendu par le Collège, est aussi associé à des considérations sociétales (58). L'attention portée par le Collège Royal sur le professionnalisme a influencé l'enseignement au niveau du curriculum formel en médecine Examinons maintenant la littérature pour découvrir ce que certains auteurs ont rapporté sur les dilemmes éthiques et de professionnalisme rencontrés par des étudiants en stage clinique.

Chapitre 1 : Revue de la littérature

Déjà en 1989, Osborne signalait l'importance de se mettre à l'écoute des étudiants dans l'enseignement de l'éthique (1). On rapporte dans cet article une nouvelle façon d'enseigner l'éthique par petit groupe à partir de cas qu'ils rencontraient dans leur formation et des dilemmes éthiques qu'ils rencontraient. Il s'agit d'une des premières expériences qui se détache de la façon habituelle d'enseigner l'éthique pour se rapprocher des préoccupations des étudiants. Toutefois, on ne rapporte pas dans cet article les narratifs d'étudiants, mais simplement la méthode. Le message des éducateurs et des étudiants était clair et stipulait que l'enseignement de l'éthique pouvait être mieux recentré sur les besoins et préoccupations des étudiants. Plusieurs éducateurs ont entendu le message et ils ont étudié la question. Nous présentons une revue des principaux travaux sur la question des préoccupations éthiques des étudiants en médecine avant de présenter notre analyse dans le chapitre 4 concernant les résultats.

Les études

Nous avons revu 17 publications s'étendant de 1993 à 2020 sur le sujet de l'identification des préoccupations éthiques d'étudiants s'étendant de 1993 à 2020 (2-20). Les étudiants inclus dans les études rapportées ici étaient pour la grande majorité des étudiants de troisième année en stage dans l'une ou l'autre des spécialités. Parmi ces publications, sept étaient des narratifs (8,9,11,15,17,19), trois des études de cas (3,10,14,), trois des enquêtes (7,16,20), trois essais (2,5,13) et un journal de bord (12).

Shapiro (1994), É.-U., dans le cadre d'un cours sur l'éthique, racontent l'expérience de 92 étudiants de deuxième année qui devaient écrire un texte sur un événement éthique rencontré durant le stage et décrire leur approche personnelle à la résolution de ce dilemme. Dans ce groupe, il y avait 54 hommes et 38 femmes (2). Les femmes se sont montrées intéressées à des problèmes d'ordre social comme les droits des patients et leurs familles tandis que les hommes s'intéressaient plutôt aux questions d'autorité, de contrôle personnel, de responsabilité, et à l'approche utilitariste et au contrôle des coûts. Cet article est assez unique, car il est le seul qui explore la différence de pensée entre homme et femmes.

The women tended to be interested in issues involving broad social perspectives; to favor arguments emphasizing the rights of patients and families; and to incorporate personal responses, as well as abstract theories, in their essays. The men tended to be interested in issues involving personal control, authority, and responsibility; to advocate utilitarian, costcontainment thinking, and to rely exclusively on abstract, logical arguments. Further research should determine whether these differences can be identified in actual clinical decision making, and whether the differences have implications for the nature or quality of clinical decisions.

Christakis et coll. en 1993, à l'université de Pennsylvanie (É.-U.), ont reconnu les dilemmes des étudiants comme étant une composante importante de l'externat en médecine interne. Dans le cadre d'une recherche, ils ont demandé à 152 étudiants de leur soumettre des cas qui illustraient les dilemmes rencontrés sur les étages. Les thèmes récurrents étaient l'éducation des étudiants et les soins, l'éthique de l'équipe et l'éthique personnelle, les effets de l'ignorance relative des étudiants pour prendre des décisions, le patient comme personne sans pouvoir dans le système de santé. Ils ont développé une taxonomie des dilemmes (3-4). Comme le spécifie Christakis et Feudtner, c'est en prenant des décisions et en vivant avec les conséquences que l'éthique cesse d'être théorique et devient un code de conduite professionnelle (3). L'éthique des futurs médecins commence à s'articuler lors de leur contact avec des cas concrets de dilemmes éthiques et de professionnalisme, Feudtner et Christakis ont été à l'origine d'une réflexion sur la réalité éthique des étudiants en médecine (38).

Les situations problématiques identifiées par les étudiants étaient, selon Christakis et Feudtner, que l'éducation et les soins aux patients peuvent être en conflit dans la performance d'actes médicaux quand les étudiants apprennent de nouvelles techniques sur les patients. Obtenir un consentement ou informer adéquatement les patients malgré l'inexpérience est perçue comme des tâches difficiles. Les étudiants subissent, sous la pression des évaluations et de l'autorité et à l'occasion l'impatience des chirurgiens ou des résidents; ajouter à cela la perception de l'inconfort subi par des patients quand ils ont à subir des techniques invasives ou inconfortables.

Faire partie d'une équipe est particulièrement important pour les étudiants, mais en faisant partie les étudiants peuvent ne pas être toujours en accord avec l'attitude ou les comportements de l'équipe. Comme membre de l'équipe, il y a la nécessité d'une éthique d'équipe qui peut parfois aller à l'encontre d'une éthique individuelle. Par exemple, quand un résident exige d'un étudiant qu'il écrive une note au dossier pour un patient qu'il n'a pas examiné lui-même afin d'accélérer le travail de l'équipe, la situation peut rendre l'étudiant mal à l'aise et stimuler chez lui un

questionnement sur le fait d'accomplir une tâche qui ne correspond pas à une bonne pratique médicale.

Les étudiants sont souvent hésitants à défier la conduite médicale de leurs supérieurs à cause de leur ignorance relative et de leur manque d'expérience. Ainsi, les étudiants vont rarement défier les décisions qui sont prises par l'équipe. Les étudiants capitulent souvent automatiquement même si les décisions ou actions auprès des patients heurtent leur éthique ou leur morale. Quand les étudiants sont témoins de décision ou d'activité non éthique, ils se sentent coupables, mais impuissants à s'opposer ou protester.

Ne pas reconnaître le patient comme une personne à cause du manque de temps embarrasse les étudiants. Pris par leurs préoccupations d'apprentissage, les étudiants arrivent à faire peu de cas des sentiments des patients.

We contend that ethics presented as a moral theory or a set of principles can go only so far: personal problems, culled from the daily events of students' lives and rooted in the complex social situation in the ward, more thoroughly capture their consciences. It is in making decisions and living with their consequences that ethics ceases to be only a theoretical discipline and begins to become personal professional code of conduct.

The authors conclude that some components of ethical education must be participant-driven and developmentally stage-specific, focusing more attention on the kinds of ethical decisions made by medical students as opposed to those made by residents or practicing physicians. (3)

Feudtner, en 1994, publie une enquête faite auprès de 667 étudiants de troisième et quatrième année sur les dilemmes éthiques rencontrés par des étudiants pendant leur stage hospitalier (4). Des répondants, 58% ont avoué avoir posé des gestes non éthiques, 61% ont observé une conduite non éthique d'un membre de l'équipe médicale et 62% avaient l'impression que leur éthique avait changée durant leur passage en milieu hospitalier, mais pas pour le mieux. Ils exprimaient ainsi un certain cynisme.

The ethical dilemmas that medical students perceive as affecting them while serving as clinical clerks are apparently common and often detrimental, and warrant the attention of physicians, educators, and ethicists. (4)

Bissonette (É.-U.), en 1995, identifie certains problèmes éthiques rencontrés par 249 étudiants pendant un stage en médecine interne (1979-80, 1991-1992) (5). Les normes professionnelles,

les limites de l'intervention, la protection défensive des collègues, le respect envers les patients, la communication et les limites des étudiants ont été les principaux thèmes abordés par les étudiants (86). La conduite des éducateurs et l'influence du curriculum caché sont reconnues et contribuent au type de formation que subissent les étudiants. L'auteur constate aussi que les étudiants plus avancés semblent démontrer moins de sensibilité éthique que les plus jeunes.

Ethics education for students in the health care professions has become increasingly prominent in recent years, with nearly all U.S. medical schools now providing some form of it. While belief in the need for ethics instruction for health professions students is widespread, its implementation does not reveal consensus about its objectives, teaching methods, or anticipated results. A common framework would help to ensure that these students receive the ethics education they need.

As part of such a framework, more emphasis should be given to the moral dilemmas that students personally face during their training, particularly their clinical training. Circumstances in which students feel ethically compromised or uncomfortable within the clinical setting have been classified by Bissonnette and colleagues in a category called "student boundaries." Student-boundary cases are not often discussed as part of formal ethics training programs, which tend to focus almost exclusively on clinical patient cases. This is certainly true at my institution; a recent study I made of the kinds of ethics education offered there showed that such education in the student-boundaries area has a low priority. (5)

Satterwhite (É.-U.), en 1998, dans une enquête auprès des 426 étudiants en médecine sur les dilemmes éthiques rencontrés en cours des stages cliniques, tente de connaître la perception des étudiants sur l'environnement éthique dans lesquels ils sont formés (6). Il reconnaît une certaine érosion de l'éthique des étudiants quand les étudiants avouent qu'ils sont obligés d'accepter des conduites non éthiques durant leur formation.

The students reported that exposures to unethical behavior started early and continued to increase with each year in school. For example, 35% of the first year's students reported observing unethical conduct by residents or attending physicians. This percentage rose to 90% of the fourth-year students. The authors found no significant relationship between demographic variables other than the year in school and the ethical dilemma variables. Medical students face perceived ethical dilemmas beginning as early as the first year of medical school. (6)

Hicks (7), en 2001, a mené à l'Université de Toronto (Canada) une enquête auprès de 108 étudiants et il a animé un groupe de discussion afin d'identifier la nature des dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants en médecine. Il est apparu que le conflit entre l'enseignement médical

et les soins, la responsabilité des étudiants qui dépassent leurs capacités et l'implication obligatoire dans des soins non conformes aux normes étaient les problématiques éthiques les plus souvent rencontrées. Cet article est très important, car il met en évidence des problèmes éthiques liés spécifiquement à la formation des étudiants en médecine.

Previous research indicates that medical students experience ethical dilemmas concerning patient care; our study confirms this and goes further by identifying three types of ethical dilemma characteristic of early clinical training. It also suggests that these dilemmas are seldom resolved during medical school. We hope that by learning to recognize and explore these ethical dilemmas medical educators will be able to expose, and ultimately dismantle, deleterious aspects of the "hidden curriculum" which currently hinder the ethical growth of medical student. (7)

Caldicott (É.-U.), en 2005, à analyser des conflits éthiques, rapporte par 327 étudiants de troisième année de médecine de 1999 à 2002 (8). Les étudiants ont identifié 40 problèmes éthiques parmi lesquels on retrouve entre autres les mensonges délibérés, le déni du droit des patients à refuser et les traitements futiles. Cet article est intéressant, car il présente une taxonomie des problèmes éthiques des étudiants : décision de traitements, la qualité de la communication, les problèmes liés à la formation des étudiants, les questions de justice, de qualité de soins et des obligations professionnelles.

Students discerned ethical dilemmas in both "usual and customary" and seemingly incidental situations. Students who described fear of speaking up perceived a tradeoff between academic survival and patients' interests. The cases demonstrated that students still lacked the tools to navigate ethical dilemmas effectively. The authors propose that moral courage is within the realm of professional expectations for medical students; its cultivation is an appropriate formal objective for medical education. (8)

Kelly (Canada), en 2009, a rapporté 100 récits narratifs d'un dilemme éthique vécu par les étudiants pendant l'externat (9). Quatre thèmes ont émergé : consentement, soins inadéquats, ordonnances de non-réanimation et gestion des erreurs. Les étudiants ont signalé que le consentement et la qualité des soins étaient les dilemmes les plus fréquents. Cet article est intéressant, car c'est un rapport qui vient d'une université canadienne, mais qui est assez semblable à ce qui est rapporté dans les universités américaines. L'auteur signale que les étudiants n'ont pas discuté des situations problématiques avec leurs supérieurs par crainte d'être ciblés.

When medical students become members of clinical teams, they enter complex relationships with patients, family When, consultants, residents, nurses, and one another. These relationships may immerse students in ethically charged situations.1 The increase in bioethics education in the preclinical curricula of many medical schools2 allows clinical clerks to identify ethical issues and determine right action. (9)

Gligorov (É.-U.), en 2009, a rapporté son expérience des sessions d'éthique qu'il tenait avec les externes au cours desquels les étudiants identifiaient en petit groupe de discussion une question éthique rencontrée durant le stage de chirurgie (10). Les trois sujets dominants étaient : le consentement éclairé, la vérité et la divulgation des erreurs et la capacité décisionnelle des patients.

The study of this surgery clerkship activity demonstrates that ethics education integrated into a 4-year program of medical education can develop critical sensitivity to ethical issues and prepare trainees to address the ethical issues that they will encounter in clinical practice. It also provides a model for how to do the job well. Furthermore, the themes identified as ethical issues in surgery could be used to develop educational activities for surgical house staff and even surgical faculty to allow these common issues to be preemptively addressed. (10)

Karnieli-Miller (É.-U.), en 2010, a mené une analyse de 272 récits narratifs enregistrés par 135 étudiants en troisième année de médecine sur le professionnalisme, dont 63% étaient positifs et 29% négatifs (11). Les questions éthiques analysées étaient : le respect ou le manque de respect dans l'interaction clinique, la communication, la responsabilité envers le patient, le temps accordé au patient, l'altruisme et le travail en équipe. C'est une première description du curriculum caché que l'on retrouve dans les récits des étudiants. L'auteur nous signale que les étudiants n'ont pas démontré d'émotion dans leurs récits comme si les émotions étaient un sujet tabou dans la pratique médicale. Cette constatation semble être un reflet de la pratique médicale qui trop souvent néglige l'expérience subjective de la maladie. Cet article est très riche dans l'exploration du curriculum caché.

The findings strongly suggest that students' reflective narratives are a rich source of information about the elements of both the informal and hidden curricula, in which medical students learn to become physicians. Experiences with both positive and negative behaviors shaped the students' perceptions of the profession and its values. Interactions that manifest respect and other qualities of good communication with patients, families, and colleagues taught powerfully. (11)

Fard (Iran), en 2010, a étudiée les questions éthiques les plus courantes et les plus importantes auxquelles les étudiants sont confrontés pendant leur stage clinique et a analysé 713 narratifs rapportés par les étudiants dans leur journal de bord (12). Les questions éthiques les plus courantes étaient l'éducation médicale, le professionnalisme, la confidentialité, la relation médecin-patient, le consentement et la relation avec les pairs. La grande majorité des dilemmes des étudiants sont associés soit à l'éducation ou au professionnalisme. À noter que les dilemmes éthiques sont plus fréquents en urologie, chirurgie générale, orthopédie et médecine interne.

The results of this study indicate that professionalism and related elements represent one of the most important areas of concern that need to be addressed when planning courses for medical students. The other significant area of concern is that of ethics in medical education, which, although the subject is not considered essential for medical practitioners, should be taught, and respected so that student sensitivity to medical ethics is maintained and even increase. (12)

Rogers (É.-U.), en 2012, a analysé 134 essais d'étudiants en médecine qui rapportaient des comportements professionnels jugés positifs ou négatifs qu'ils avaient observés durant leur stage clinique dans les années 2008-2009 et 2009-10. Les comportements considérés comme non professionnels étaient les suivants : des conversations malveillantes, le dénigrement de patient, le mauvais traitement du personnel, le traitement grossier de patients, le manque d'attention à l'enseignement aux étudiants, l'ignorance des responsabilités, le non-respect de la vie privée et de la dignité des patients. Cet article explore bien le curriculum caché en chirurgie et décrit comment les conduites non professionnelles et la communication demeurent importantes pour obtenir un consentement ou pour le travail en équipe. De plus, les commentaires négatifs alors que le patient est sous anesthésie causent de la détresse morale chez les étudiants. Étonnamment, les gestes non professionnels étaient discutés par les étudiants avec les éducateurs sans crainte de représailles contre les étudiants.

The hidden curriculum has a substantial influence on the development of professionalism of medical students during the surgery clerkship. It was possible to illuminate and use the hidden curriculum to create an instructional session devoted to professionalism for medical students on the surgery clerkship. (13)

Kaldjian (É.-U.), en 2012, a effectué des analyses du contenu de 272 observations rédigées par 141 étudiants en médecine de troisième année (15). Sept grands domaines relevant de questions éthiques et professionnelles : décisions de traitement, communication, devoirs professionnels, justice, problèmes des étudiants et qualité des soins. On propose une taxonomie inspirée de

Caldicott (8). Les étudiants ont tiré profit de l'occasion d'écrire et de discuter des dilemmes rencontrés et de réfléchir sur les valeurs en jeu dans la pratique médicale, d'autant plus que ces valeurs sont souvent marginalisées par le curriculum caché. Cette étude ressemble beaucoup à la nôtre, car la commande était similaire; on demandait de décrire par écrit une situation d'éthique ou de professionnalisme en laissant à l'étudiant son interprétation personnelle de ces mots. Dans la discussion sur le professionnalisme, les auteurs précisent que le professionnalisme inclut l'adhésion à des principes éthiques et suppose un raisonnement moral.

Students encountered a wide variety of ethical and professional issues that can be used to guide pre-clinical and clinical education. Comparison of our findings with results from similar studies suggests that the wording of an assignment (specifying "ethical" issues, "professional" issues, or both) may influence the kinds of issues students identify in their experience-based clinical narratives. (15)

Kittmer (Canada), en 2013, a rapporté dans un article l'utilisation d'incidents critiques en 2009 pour faire réfléchir sur le professionnalisme 149 étudiants de troisième année en stage de chirurgie au Canada (14). Les thèmes mis en évidence dans cette étude sont la communication, le consentement et l'annonce de mauvaises nouvelles. Il s'agit d'un autre rapport sur le curriculum caché et la chirurgie qui indique que les défis du professionnalisme sont principalement la communication et l'annonce de mauvaises nouvelles. L'article nous propose aussi une taxonomie basée sur la relation entre étudiants et patients, équipe de soin, et système de santé de même que la relation de l'étudiant avec lui-même.

Small group discussions of critical incident reports allow surgical clerks to reflect on their developing professional relationships. The themes that have been identified can be used to guide professionalism education and uncover the hidden curriculum. (14)

Sullivan (É.-U.), en 2014, procède à une enquête auprès de 168 étudiants de troisième année à la suite d'un groupe de discussion afin de déterminer avec eux les qualités professionnelles que devraient posséder les chirurgiens (16). Les étudiants ont répondu que les qualités importantes étaient : le respect, l'altruisme et les habiletés interpersonnelles. Le respect apparaît comme une valeur importante et l'on condamne toute conduite brutale dans le milieu de la santé. Selon les auteurs, on sous-estime le curriculum caché et l'importance des modèles de rôle en chirurgie. Les auteurs proposent une démarche pour l'enseignement et l'acquisition du professionnalisme.

Professionalism is an essential competency that students must demonstrate to graduate from medical school. In addition to formal educational programs, the personal and environmental factors that affect professionalism also need to be considered.

It is important to lead by example and accept the responsibility of preventing such behaviors from being developed in learners. The framework for professionalism in surgery proved to be a helpful tool in providing the foundation and clearly defining the expected behaviors of faculty members, fellows, and residents. (16)

Marsden (É.-U.), en 2019, rapporte une analyse de contenu sur 134 réflexions écrites d'étudiants en troisième année de médecine concernant les questions éthiques pendant l'externat en chirurgie (17). Les questions éthiques étaient réparties comme suit : prise de décision, communication, justice, problèmes en salle d'opération, consentement, professionnalisme et supervision des étudiants. Deux questions éthiques rarement abordées étaient la prestation de soins efficaces et la mauvaise communication entre les consultants. On est surpris que les étudiants ne soulignent pas des enjeux plus contemporains comme l'utilisation simultanée de deux salles d'opération par un même chirurgien, l'impact des dossiers électroniques, et des médias sociaux, les conflits d'intérêts avec l'industrie. On présente aussi une taxonomie des dilemmes incluant les problématiques en salle d'opération.

Students encounter diverse ethical issues during their surgical clerkships. Ethical and contextual considerations related to these issues should be incorporated into a preclinical/clinical surgical ethics curriculum to prepare students to understand and engage the challenges they face during the clerkship. (17)

Moller (Danemark), en 2020, relate une collecte et une analyse de 396 porte-folios d'étudiants en médecine de quatrième année concernant leurs perspectives sur l'éthique dans la réalité clinique (18). Les dilemmes identifiés étaient les questions de confidentialité, les options de traitement et les effets secondaires, le rôle et la responsabilité d'étudiants, la communication et la transmission d'informations. Ce sont des dilemmes de tous les jours et non pas des dilemmes dramatiques. La réflexion des étudiants apparaît comme une riche ressource pour découvrir le curriculum caché et ce que le concept du bon docteur veut dire.

Students' perspectives on ethical dilemmas in the clinical setting provide a unique opportunity to integrate a variety of ethical dimensions into bioethical education and draw attention to overlooked everyday ethical dilemmas. Thus, involving the students' perspectives may be a way to bridge the gap between bioethical theory and the ethics of clinical reality. (18)

Prasad Poola (É.-U.), en 2020, a rapporté une analyse de 411 essais d'étudiants de troisième année de médecine sur le comportement professionnel et non professionnel des chirurgiens produits au cours de la période 2010-2016 (19). L'analyse identifie le temps des chirurgiens consacré aux patients et la protection de la vie privée des patients; en salle d'opération, le contrôle des émotions des chirurgiens et l'attention portée aux étudiants pendant la chirurgie; et la responsabilité envers les patients (98). Poola nous indique qu'il a répertorié plus de narratifs négatifs concernant le comportement des chirurgiens en salle d'opération par rapport au comportement en clinique ou le jugement des étudiants est beaucoup plus positif. Il attribue cette observation au fait qu'en clinique les chirurgiens sont exposés directement au public, contrairement à la salle d'opération, d'où un meilleur contrôle en clinique de leurs émotions et comportements alors que leur réputation et leur salaire pourraient être en jeu. Leur intervention auprès des étudiants serait meilleure en clinique en comparaison avec la salle d'opération. C'est un excellent article qui décrit bien les dilemmes des étudiants durant leur stage de chirurgie et spécialement les défis que représente pour les étudiants le travail en salle d'opération ou en clinique. On dresse un inventaire des comportements et attitudes positives et négatives avec des commentaires très pertinents par un éducateur expérimenté. Cette étude confirme avec plus de précision ce que les études précédentes avaient identifié comme dilemmes des étudiants en stage de chirurgie et démontre bien la présence du curriculum caché.

In clinics, taking time and protecting patient privacy; in the OR, control over emotion during difficult situations and attention to learners; and in the inpatient setting, showing accountability above normal expected behavior were noted as professional. Similarly, unprofessional behaviors in these contexts paralleled lack of these attributes. Behaviors observed and the attributes of professionalism in the surgical learning environment have contextual nuances. These variations in professionalism can be utilized in deliberate development of professionalism in surgery. (19)

Hawking (É.-U.), en 2020, procède à une enquête nationale auprès des étudiants en médecine sur leur expérience quand ils rencontrent un problème éthique ou de professionnalisme (20). 144 réponses ont été reçues dans le cadre de cette enquête nationale. Les thèmes les plus fréquents étaient : le devoir professionnel, la communication, la qualité des soins, le problème de la détresse morale des étudiants. Cette étude confirme l'utilité et la pertinence de la taxonomie de Kaldjian (15). La sagesse (wisdom) apparaît dans cette enquête comme la vertu la plus appropriée à développer durant la formation et plus tard dans la pratique médicale. L'auteur propose le mentorat

et la narrativité pour la formation de l'identité professionnelle des étudiants. Donc une enquête unique qui confirme les travaux antérieurs sur la question des dilemmes éthiques et de professionnalisme dont vivent les étudiants en médecine.

Originally developed from students' clinical experiences in one institution, the Kaldjian taxonomy appears to serve as a useful analytical framework for categorizing a variety of clinical experiences faced by a national sample of medical students. In the virtue's taxonomy, the most frequent virtue coded was Wisdom (23.6%), followed by Respectfulness (20.1%) and Compassion or Empathy (13.9%). This study also supports the development of virtue-based programs that focus on cultivating the virtue of wisdom in the practice of medicine. (20)

Nous avons revu une série de publications concernant les préoccupations éthiques et de professionnalisme rencontré par des étudiants de deuxième à quatrième année du cours de médecine. Notre sélection de 17 articles s'étend sur une longue période de 1993 à 2020. La méthodologie pour recueillir l'information est variable allant de l'étude de cas à l'occasion d'un cours sur l'éthique, à l'enquête, au journal, à l'essai écrit, au narratif avec réflexion. Les nombres de participants sont une variable de 51 à 411 (cf. Tableau 7 en annexe). Les thèmes abordés sont le professionnalisme, l'éducation des étudiants, la communication, le respect et la confidentialité.

Nous avons recueilli 7 publications qui concernaient le stage de chirurgie à l'externat publié entre 2009 et 2020 et qui répertorie les dilemmes éthiques des étudiants durant leur stage (10,12-14,16,17,19). Les techniques pour recueillir l'opinion des étudiants varient de l'identification de cas et de la présentation de ces cas, à la rédaction d'observations écrites (logbook), à l'enquête auprès des étudiants, à l'essai écrit, enfin à l'écriture avec réflexion. Les sujets abordés par les étudiants tournent autour des questions d'éthique clinique et de professionnalisme. On fait allusion au curriculum caché dans trois publications (13,14,19) (cf. tableau 8 en annexe). Le tableau 1 résume les diverses publications apparues entre 2009 et 2020 qui traitent des préoccupations éthiques des étudiants à l'externat en chirurgie.

Tableau 1: Étude des préoccupations éthiques des étudiants en stage de chirurgie

Auteur	Année	No.	Type de recherche	Domaine d'intérêt
Gligorov (2009) (É.-U.) Ref (10)	3 rd year	172	presentation, review of literature, small group discussion	Consent, truth, errors, decisional capacity, Professionalism

Fard (2010) (IRAN) Ref (12)	3 rd year	241	Logbook 2006-07	Ethics in medical education, professionalism, consent, truth telling
Rogers (2012) (É.-U.) Ref (13)	3 rd year	134	Essay writing 2008-09	Professional behavior, communication, dignity Use of hidden curriculum to teach professionalism
Kittmer (2013) (Canada) Ref (14)	3 rd -4 th year	149	Reflective writing 2009	Communication, decision for Rx, care, Resource, students stress Hidden curriculum to reflect on professionalism
Sullivan (2014) (É.-U.) Ref (16)	3 rd year	168	survey	Respect, altruism, interpersonal skills, competence 53% witness of unprofessional behavior
Marsden (2020) (USA) Ref (17)	3 rd year	134	Reflective writing 2017-18	Rx decision communication, justice, or, consent, professionalism, student's supervision Non maleficence most frequently mentioned
Prasad (2020) (USA) Ref (19)	3 rd year	411	Reflective writing 2020	Taking time with patients; control of emotion in or; attention to learners; accountability Patterns of professional and unprofessional behavior identified in the hidden curriculum.

On peut donc affirmer que les dilemmes éthiques rencontrés chez les étudiants sont fréquents et importants. Nous ajoutons maintenant notre propre expérience qui s'étale sur une période de 16 années, ce qui en fait l'étude sur la plus longue période concernant les dilemmes éthiques des étudiants. Notre étude s'adresse aussi spécifiquement au stage de chirurgie à l'externat et compte 1745 témoignages des étudiants ce qui en fait l'analyse la plus importante en nombre de participants.

Nous allons, dans un premier temps, indiquer la démarche qui nous a permis de produire les narratifs, toutefois, malgré notre humble étude, il reste encore des questions à répondre sur la nature des dilemmes, leur raison, et surtout de leurs effets à court et long terme sur la compétence éthique des médecins.

Chapitre 2 : Passage des étudiants du préclinique vers l'externat

Les étudiants arrivent du préclinique avec peu d'exposition à la réalité clinique. Un monde nouveau s'ouvre pour les étudiants de troisième année de médecine, car ils seront dorénavant en contact direct avec des patients. Les étudiants se déplaceront dans différents milieux hospitaliers et ils exploreront différentes spécialités médicales pour se former et découvrir en même temps la réalité de la pratique médicale. Les étudiants à l'externat seront en contact avec des patients parfois assez complexes et vont participer à toutes les démarches d'investigation de leur équipe. Ils vont apprendre à reconnaître les symptômes des patients, à écrire une histoire de cas, à établir un diagnostic et à discuter du traitement.

La transition du préclinique à l'externat n'est pas toujours simple pour les étudiants qui doivent passer du livre et de l'apprentissage par problème à une étude directe des maladies des patients. Ainsi plutôt que d'apprendre des entités pathologiques, comme au préclinique, l'étudiant est maintenant confronté à de véritables maladies ou à des traumatismes chez des patients souvent complexes. Le passage d'un enseignement très théorique à une immersion en milieu clinique peut être stressant et déstabilisant pour plusieurs. Les enseignants doivent être sensibles à cette transition parfois difficile et reconnaître ceux de quels étudiants sont plus vulnérables pour leur accorder une certaine sécurité psychologique (80).

Les nouveaux externes, quand ils arrivent dans les unités de soin, peuvent ressentir une certaine frustration quand ils réalisent le peu de place qui leur est souvent laissé dans la hiérarchie de l'équipe de soins (81). À l'externat, les étudiants en médecine deviennent par nécessité des membres de l'équipe soignante et doivent apprendre à vivre dans un monde chaotique et souvent imprévisible. Ils sont maintenant à même de constater les choix difficiles et les conflits de valeurs que les soignants doivent affronter. Ils découvrent qu'ils sont maintenant responsables comme soignant, et par conséquent, qu'ils doivent posséder les compétences cognitives, les habiletés et les attitudes pour bien faire leur métier et servir les patients dans le respect de leurs droits.

Quand les étudiants en médecine deviennent membres d'une équipe clinique, ils entrent dans une nouvelle expérience dans la relation complexe avec des patients, des familles et des consultants. Les réponses médicales aux problèmes des patients demandent connaissances et réflexion. Les étudiants apprennent en voyant et examinant des patients, en discutant avec leur superviseur, en interagissant avec les résidents et en suivant les sessions scientifiques tenues à

l'hôpital durant le stage. Ils doivent reconnaître les aspects psychosociaux de la médecine et développer des habiletés de communication lors des rencontres avec les patients et les familles.

C'est à l'externat que les étudiants vont affronter de réels dilemmes éthiques et débiter à exercer leur jugement éthique. Ils doivent faire des choix, prendre des décisions et vivre avec les décisions. Il arrive que ces choix provoquent de l'anxiété et de la détresse morale, surtout quand les décisions vont heurter leur propre valeur morale ou quand ils sont associés avec la souffrance et la mort. À l'externat, au contact des patients et de l'hôpital, les étudiants réalisent toute la complexité du monde de la santé. Ils apprennent vite que la pratique médicale n'est pas simplement les connaissances scientifiques et techniques appliquées au diagnostic et au traitement d'une maladie, mais comportent aussi une dimension morale dans ce métier qu'ils doivent apprivoiser. La reconnaissance de cette réalité entraîne donc l'étudiant dans une réflexion à savoir quel genre de médecine il veut pratiquer et quel genre de médecin il veut être pour affronter les défis que pose une médecine centrée sur le patient. C'est un début de la réflexion de l'étudiant sur l'identité professionnelle (65,66,74,82-84).

Stage de chirurgie

Le stage de chirurgie, qui survient durant la troisième année, sera la première exposition à cette spécialité. Les étudiants vont progressivement apprendre comment examiner un patient, diagnostiquer une maladie et donner les soins à des patients chirurgicaux dans les unités d'hospitalisation, lors des cliniques de suivi ou à l'urgence. Durant leur stage en chirurgie, les étudiants seront exposés à l'environnement de la salle d'opération et ils vont assister à quelques chirurgies. Pour le soin des malades, ils vont agir avec responsabilité et compassion en accord avec ce qui leur a été enseigné durant les deux premières années de l'école de médecine. Ils seront aussi impliqués dans les discussions à propos de dilemmes éthiques rencontrés par l'équipe de chirurgie. Le stage de chirurgie, à cause de ses exigences, engendre chez plusieurs étudiants un certain nombre d'appréhensions quant à leur qualité de vie, leur capacité à garder le rythme au travail, et à répondre à certaines demandes qui semblent dépasser leur expertise (7).

Avant et pendant le stage, il circule parmi les étudiants des rumeurs négatives sur leur manque de connaissances, sur le peu de temps qu'il leur reste pour d'autres activités, sur la crainte d'un épuisement professionnel, de l'intimidation ou du harcèlement et quelques fois des mauvais traitements qu'ils pourraient subir. La plus grande appréhension tient probablement à l'évaluation du stage qui est souvent perçue comme subjective (8). Les étudiants se parlent beaucoup entre eux et n'hésitent pas à critiquer le stage de chirurgie. Par ailleurs, il y a toujours un certain nombre

d'étudiants qui trouvent qu'ils n'en font pas assez durant le stage et qu'ils pourraient être plus impliqués dans l'équipe (85).

L'éthique et professionnalisme en chirurgie

Au cours des deux années du préclinique, les étudiants ont appris de façon intensive et exigeante à maîtriser les sciences de base en préparation aux stages cliniques. Lors de certaines séances d'enseignement (IMC, IDC) ils ont revu des notions d'éthique et de déontologie qui sont intégrées à l'enseignement. L'étude de cas classique de l'éthique médicale a permis d'initier les étudiants à l'éthique clinique, au raisonnement moral et à la recherche de justification pour des décisions éthiques telles que suggérées par Siegler et Jonsen (37,87). Les étudiants ont donc été exposés aux notions de base de l'éthique médicale et du professionnalisme.

L'éthique en chirurgie tient une grande place dans la pratique et la culture chirurgicale, et ce depuis longtemps (87-88). Précisons d'entrée de jeu que l'éthique en chirurgie a les mêmes fondements théoriques que l'éthique médicale, mais se distingue par certaines particularités, dont celles que les chirurgiens font directement des interventions chez les patients, ce que ne font pas les autres médecins (89). Ainsi, ce qui distingue les chirurgiens et les spécialités dites chirurgicales des autres spécialités médicales est le fait que le chirurgien intervient directement sur le corps d'un autre individu dans le but de lui rendre service, de le guérir.

C'est une source de stress que ne subissent pas les autres médecins. En plus du stress relié aux interventions chirurgicales elles-mêmes, souvent en urgence, de nuit ou lors de traumatisme, le chirurgien doit vivre avec les complications postopératoires quand elles surviennent. Il doit rencontrer les patients et les familles et donner des explications. Ce n'est pas toujours facile et ces situations peuvent atteindre l'état émotionnel du chirurgien et provoquer de l'anxiété. Prodiger des soins de qualité est d'autant plus compliqué que l'environnement hospitalier est souvent non prévisible. Les décisions sont souvent exécutées dans des contextes difficiles, dans un environnement chaotique avec des facteurs comme le manque de ressources, l'insuffisance de leadership, le manque de compétence et l'absence de consensus sur les valeurs en jeu (90). Ces situations souvent difficiles exercent une influence profonde sur les émotions et l'anxiété du chirurgien et peuvent influencer la perception des patients, des familles et des étudiants sur des comportements et attitudes des chirurgiens.. Il y a aussi l'immense pouvoir que possède le chirurgien, de pouvoir de guérir ou de soulager le patient par son intervention, mais au risque d'engendrer de la douleur et quelquefois la mort. Par ailleurs, le chirurgien doit aussi vivre avec les effets secondaires physiques et émotionnels qui surviennent inévitablement par l'agression

infligée au patient lors de la chirurgie et particulièrement s'il y a des complications à la suite de la chirurgie. Ce qui fait la différence avec d'autres pratiques de la médecine est que le chirurgien doit obtenir un consentement explicite du patient. Le consentement est central à l'acte chirurgical, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup de spécialités médicales ou le consentement peut être tacite.

L'acte chirurgical qui est en soi agressif n'est pas banal et comporte pour le chirurgien son lot de responsabilités (89). Cette situation requiert donc un état d'esprit particulier. Il faut se mettre dans la peau d'un chirurgien pour comprendre la difficulté des choix éthiques qu'il affronte quotidiennement et de l'attitude professionnelle qu'il doit maintenir dans ses relations avec le patient et sa famille. C'est cette relation particulière du chirurgien avec le patient qui fait que l'éthique chirurgicale est distincte de l'éthique médicale. À cela s'ajoute l'intimité et la proximité importante du chirurgien et du patient surtout en salle d'opération. Cette intimité réelle exige le plus grand respect de la part du chirurgien et de son équipe étant donné la vulnérabilité et la dépendance du patient. Enfin, il y a toute la question de l'innovation, surtout de la technologie qui commande de respecter l'éthique (89). La relation thérapeutique entre le chirurgien et son patient est particulièrement exceptionnelle à cause de cette promiscuité inhérente à l'acte chirurgical. Cet aspect de la chirurgie en comparaison avec les autres spécialités commande à la fois une éthique et un professionnalisme irréprochable (90).

L'éthique professionnelle recommande au chirurgien d'être présent auprès de son patient, d'assurer le suivi et de demeurer ouvert à une communication honnête et empathique tout au cours de l'expérience chirurgicale. L'éthique commande au chirurgien de ne jamais abandonner son patient (91). C'est dans ce contexte particulier de l'éthique et du professionnalisme en chirurgie que les étudiants découvrent durant leur stage l'éthos de la pratique de la chirurgie. À noter que les étudiants s'imprègnent progressivement en cours de stage de ces valeurs liées au professionnalisme en chirurgie et que c'est sur ces valeurs qu'ils évalueront les professeurs et les résidents qu'ils côtoient durant le stage (92).

L'organisation du séminaire d'éthique

Au département de chirurgie, en l'absence d'un programme d'étude formel conçu par la faculté, l'enseignement de l'éthique en clinique se faisait traditionnellement par osmose à partir des modèles de rôle, nous avons pensé explorer une méthode pédagogique plus dynamique afin d'introduire nos étudiants de chirurgie aux notions de l'éthique clinique et du professionnalisme. Estimant qu'une approche à l'aide de cours théorique serait peu stimulante pour les étudiants, les

professeurs responsables de l'enseignement de l'éthique au département de chirurgie ont souhaité mettre en place un enseignement qui serait le plus près possible de la réalité clinique. Sous le leadership de Ramses Wassef, professeur titulaire de chirurgie, les professeurs ont suggéré de faire réfléchir les étudiants sur les questions d'éthique et de professionnalisme rencontrés durant leur stage de chirurgie et d'utiliser ce matériel pour l'enseignement.

Quand en 2004 l'enseignement de l'éthique a été planifié pour les externes en stage de chirurgie il y avait peu de littérature sur l'utilisation d'incidents critiques liés à l'éthique ou au professionnalisme, sur la production de narratifs par les étudiants et la discussion en petit groupe comme moyen pédagogique d'enseigner l'éthique. L'utilisation de la narrativité s'est faite de façon intuitive. Ce n'est que plus tard avec les publications de Caldicott que nous avons appris que la narrativité était déjà utilisée comme méthode de formation à l'éthique et au professionnalisme (8). Par ailleurs, à cette époque la faculté de médecine n'avait pas complété sa structure de l'enseignement formel de l'éthique à l'externat et l'enseignement se limitait au modèle de rôle que pouvaient observer les étudiants.

Incidents critiques

En 1954, Flanagan proposait la technique de l'incident critique (22). Ces incidents critiques que les étudiants rencontrent sont basés sur des événements ayant un caractère déstabilisant et qui possiblement peut influencer leur développement professionnel. En 2005, Branch reprend cette technique et souligne l'efficacité et l'impact pédagogique de la réflexion menée par les étudiants eux-mêmes sur des incidents critiques qu'ils ont identifiés (93). Selon Wald, il appert qu'il s'agit d'un excellent moyen pédagogique (94) et Rademacher indique aussi que l'utilisation des incidents critiques peut aider à l'enseignement du professionnalisme (95).

La reconnaissance et l'identification des incidents critiques rencontrés par les étudiants font maintenant partie des moyens qui sont utilisés en éducation médicale afin de développer la réflexion. Les situations d'éthique clinique et de professionnalisme durant un stage de chirurgie sont particulièrement intéressantes à étudier puisque ces situations mettent en évidence la réalité et les défis qui se présentent tous les jours en clinique. Ces incidents critiques quand ils sont reconnus permettent d'éduquer les étudiants à mieux agir professionnellement en considérant les aspects éthiques et de professionnalisme liés à la pratique médicale (95).

À la suite de la révision des travaux sur la question des préoccupations éthiques des étudiants, nous voulions analyser les dilemmes d'éthiques et de professionnalisme des étudiants pour en faire l'inventaire dans notre milieu et parvenir à une meilleure compréhension du sujet. On définit

les dilemmes éthiques comme les situations où une personne est confrontée à deux ou plusieurs solutions. Par expérience, nous savons que des controverses et des conflits surviennent inévitablement dans la pratique quotidienne de la médecine, lors de prise de décision où s'opposent le médecin et le patient ou quand une décision contrevient aux valeurs personnelles des personnes impliquées ou aux principes de l'éthique médicale. On retrouve des dilemmes éthiques dans toutes les facettes de la pratique médicale et de la recherche en médecine. Les dilemmes concernant les patients peuvent à l'occasion être complexes. Il n'y a pas toujours un seul principe éthique qui vient à la rescousse pour aider à la résolution du dilemme et il arrive quelquefois qu'il n'y ait pas de réponse satisfaisante à un dilemme éthique.

Chaque jour, les professionnels de la santé et les étudiants en pratique clinique sont confrontés avec des dilemmes d'éthique sur lesquels ils doivent réfléchir et statuer. Les dilemmes éthiques ou professionnels sont fréquents dans la pratique quotidienne de la médecine, les étudiants doivent donc y être initiés durant leur formation (96). Ces dilemmes ne sont pas nécessairement faciles à résoudre parce qu'intriqués avec des valeurs ou des demandes qui peuvent être en opposition ou en contradiction avec la conscience ou les valeurs des intervenants. Face à un dilemme éthique ou de professionnalisme, les étudiants doivent donc réfléchir et choisir le ou les valeurs ou les principes qui doivent être privilégiés pour justifier le choix d'une solution. Les dilemmes éthiques impliquent une dichotomie de choix et sont générés soit par la réflexion sur des situations ou des événements ou bien ils peuvent être le résultat de nos actions. On retrouve ainsi des dilemmes produits lors de la réflexion et d'autres issus de l'action.

Taxonomie générale des dilemmes d'action et de réflexion

Puisqu'il y a toujours une difficulté de définition du professionnalisme et de l'éthique clinique, il y a une façon plus simple de classer les différents dilemmes. Une autre façon d'analyser les dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants serait de les considérer comme des dilemmes de réflexion ou des dilemmes d'action. On s'aperçoit que la plupart des dilemmes sont reliés à la pratique médicale de tous les jours et que finalement il n'y a pas beaucoup d'événements dramatiques qui viennent perturber les étudiants en apprentissage (97). Nous pouvons ainsi diviser les événements de la pratique médicale en dilemmes qui portent à la réflexion éthique et les dilemmes reliés à l'action.

Les dilemmes reliés à la réflexion, ce sont des dilemmes dont les étudiants sont les témoins et qui provoquent chez les étudiants une réaction positive ou négative. D'autres dilemmes sont reliés au rôle médical des étudiants auprès des patients et qui les force à réagir, ce sont des dilemmes

d'action. La plupart des dilemmes de réflexion rencontrés par les étudiants comme soignant concernent la question liée à la vie et la mort. La mort est un événement éthique difficile, car à leur âge les étudiants ont très peu d'expérience de la mort. Les étudiants affrontent des questions comme: devrait-on prolonger la vie de ce patient malgré la mauvaise qualité de vie? Devrions-nous tout faire pour garder un patient en vie? Ce genre de questionnement s'accompagne souvent de réactions émotionnelles, surtout quand les étudiants doivent entrer en contact avec un patient qui est près de la mort.

Un autre type de dilemme de réflexion ce sont les dilemmes où l'étudiant est témoin d'un acte ou d'un événement qu'il reconnaît non éthique ou non professionnel. Il y a une décision à prendre, à savoir comment il faut réagir. La plupart des étudiants ne réagissent pas de façon publique. Il s'agit donc d'une d'un phénomène qu'on pourrait appeler la stratégie du silence. Parmi les incidents critiques dont sont souvent témoins les étudiants, il y a le problème des relations humaines comme la conduite des médecins envers les patients, par exemple, quand les médecins n'écoutent pas leurs patients ou écoutent trop brièvement. Dans d'autres occasions, les étudiants sont témoins d'humiliation des patients et de la mauvaise communication. Il y a la relation entre collègues dont les étudiants sont témoins et qui n'est pas toujours harmonieuse. Ainsi, il peut y avoir aussi des occasions où les médecins vont se critiquer entre eux de façon très dure. Les étudiants peuvent être aussi témoins de manœuvres cliniques qui sont problématiques ou de négligence ou témoin de médecins ou d'équipes médicales qui prennent de mauvaises décisions. Les étudiants peuvent être témoin des propos désobligeants ou racistes par les membres de l'équipe médicale. Un autre groupe de conduites problématiques remarquées par les étudiants est les conduites des résidents ou d'étudiants dans leurs relations avec les patients ou les collègues, là encore, ils ont le choix de réagir ou de garder le silence.

Puis il y a les dilemmes d'action, ces dilemmes se rencontrent quand les étudiants vivent une situation où ils sont impliqués comme soignants. Le dilemme le plus fréquent est en relation avec la transmission d'informations aux patients : les étudiants ne sont pas toujours enclins à transmettre de l'information, car ils peuvent se sentir incompetents. Un autre type de dilemme serait le conflit que ressentent les étudiants quand ils connaissent la situation médicale des patients et qu'ils ne doivent pas révéler l'information. Est-ce qu'on devrait informer un patient d'une autre option que celle proposée par l'équipe médicale? Enfin un autre dilemme que les étudiants rencontrent c'est l'hésitation à rectifier une situation quand il y a le conflit qui se pose à propos des droits des patients.

Taxonomie récente des dilemmes éthiques et de professionnalisme selon la littérature.

Dans la littérature récente, on retrouve une taxonomie des dilemmes éthiques que des étudiants en médecine rencontrent selon les études (3,5,12,14,85,86). Les dilemmes éthiques des étudiants seraient différents de ceux des autres membres de l'équipe médicale. Ils sont liés à leur rôle d'étudiant à l'intérieur de l'équipe médicale et de la structure sociale de l'hôpital là où ils reçoivent leur formation clinique. Et les étudiants apportent leurs idéaux d'une éthique qu'ils ont acquis en tant qu'individus avant d'arriver en médecine qui peuvent être mis aux défis durant leur formation en clinique (61).

Les dilemmes de l'éthique clinique : réflexion, délibération et question de choix

Selon Jonsen, l'éthique clinique concerne les aspects éthiques qui sont présents à chaque rencontre entre le médecin et son patient (86). Il propose une méthode qui peut être utilisée quand des conflits de valeurs surviennent lors de décision médicale. Pour le médecin, il s'agit de déterminer avec le patient la bonne chose à faire, moralement acceptable, compte tenu de plusieurs facteurs et de plusieurs options possibles. La bonne décision doit tenir en compte des aspects éthiques comme le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance, mais aussi d'autres facteurs comme la qualité de vie, les circonstances, et les préférences du patient (86).

Les dilemmes du professionnalisme : attitude, comportement et code d'éthique

Les organisations médicales professionnelles proposent un code de conduite basé sur le serment d'Hippocrate qui contient des règles et des directives pour guider et pour orienter la conduite des médecins dans leur travail. Ces règles, directives et valeurs inspirent le professionnalisme. Tout comme l'éthique, le professionnalisme est du domaine de l'idéal et renvoie à la recherche de guide pour une action humaine plus raisonnable pour le mieux-être de l'humanité. Le professionnalisme est toujours évalué que c'est par les pairs, les étudiants ou le public qui s'intéressent aux aspects positifs et négatifs de l'attitude, de la conduite et de la performance des médecins (98). Mais quels sont les principaux dilemmes du professionnalisme? Il peut s'agir par exemple de dilemmes concernant l'attitude ou le comportement des médecins quant à la confidentialité, la communication d'information, ou la révélation de la vérité aux patients. D'autres dilemmes peuvent survenir dans les relations avec les collègues, les familles, le personnel ou les étudiants. Ce sont

des situations problématiques qui apparaissent fréquemment durant la formation des étudiants et constituent le curriculum caché (21).

Les dilemmes des étudiants en apprentissage

Lorsque les étudiants commencent leur stage clinique, ils apportent des idéaux professionnels et personnels de comportement éthique issus de leur expérience individuelle et de leurs études antérieures, mais risquent d'être confrontés à des dilemmes éthiques médicaux assez rapidement dès le début de leur stage clinique. Les étudiants en médecine de troisième année rencontrent des dilemmes éthiques qui diffèrent considérablement de ceux qui leur ont été présentés dans les cours d'éthique médicale traditionnels au préclinique. Pour les étudiants en clinique, l'éthique cesse d'être une discipline théorique et devient un code de conduite professionnel, car ils doivent maintenant prendre des décisions pratiques et vivre avec les conséquences (3). En fait, on constate que les situations qui remettent en question les valeurs des étudiants sont souvent complexes et peuvent nécessiter des connaissances ou faire appel à une expérience préalable qu'ils n'ont pas toujours (99).

Comme soignant en apprentissage avec des responsabilités

Une ressource inestimable pour la formation des étudiants est le contact avec les patients, mais des dilemmes éthiques ou de professionnalisme peuvent survenir (80). Ce sont des dilemmes que les étudiants vivent très intensément. Les étudiants, comme membre de l'équipe médicale, se sentent souvent dans une position inconfortable envers les patients. Ils ont des interrogations sur leur relation avec les patients. Sont-ils simplement des étudiants? Sont-ils de véritables docteurs pour les patients ou bien considérés comme des médecins en apprentissage? Les étudiants se retrouvent souvent dans cette position ambivalente qui peut être difficile à gérer. Les étudiants sont impliqués activement dans les soins. Ils sont auprès des patients et ils doivent transmettre de l'information aux patients et à la famille. Ils ne connaissent pas toujours quelles sont les limites, jusqu'où ils peuvent divulguer de l'information. Ils doivent apprendre avec des patients en réalisant les désavantages que peuvent subir les patients. Ils doivent procéder à des examens reliés à l'intimité comme le toucher rectal, l'examen gynécologique, l'examen des seins, l'examen des testicules, etc., ce qui peut les rendre inconfortables surtout quand ils doivent l'exécuter sans supervision ou sans le consentement explicite du patient. Ils doivent faire l'apprentissage de techniques invasives comme la ponction lombaire ou l'installation d'un cathéter central ou d'une sonde urinaire avec les inconvénients (douleur, erreur) qui peuvent survenir dans l'apprentissage de ces techniques sur les patients (100).

Comme observateur des professeurs et des résidents

Les étudiants sont de très bons observateurs de leurs éducateurs et sont capables de reconnaître des conduites non professionnelles (101-102). Les dilemmes des étudiants envers le professionnalisme sont générés par l'observation d'attitudes, de conduite ou de comportement de leurs professeurs ou des résidents avec qui ils travaillent. Cette sensibilité s'est développée depuis le préclinique et même avant. Le jugement qu'ils portent se réfère aussi aux valeurs personnelles, aux rôles modèles qu'ils ont déjà eus au préclinique. C'est alors qu'ils vont poser un jugement sur leurs professeurs qu'ils côtoient en clinique à savoir s'ils sont l'exemple d'un bon docteur ou non (101-102).

Comme victime

Il y a les dilemmes qui concernent les étudiants et la façon dont ils sont traités durant leur formation par les professeurs, les résidents et le personnel hospitalier. L'étudiant se sent-il considéré et apprécié ou bien perçoit-il de l'indifférence, subi de l'humiliation ou pire du harcèlement? (102). Les étudiants démontrent une sensibilité particulière à leur situation d'apprenant surtout quand ils perçoivent une attitude négative de la part des enseignants ou des résidents ou bien quand on ne leur octroie pas suffisamment d'autonomie ou quand les responsabilités qu'on leur confie dépassent leur compétence et provoquent de la détresse morale (7). Les externes peuvent être victimes de leurs supérieurs immédiats qui sont les résidents. Dans plusieurs narratifs de nos étudiants, ils sont très critiques de leurs relations avec les résidents. Les dilemmes éthiques étaient plutôt d'ordre professionnel basé sur l'observation et le jugement en ayant comme référence le code de déontologie, les valeurs personnelles (101). Heureusement, dans notre milieu, très peu d'étudiants ont rapporté dans leur narratif des situations de harcèlement ou intimidation.

Conduite non professionnelle des étudiants

Il est toujours possible de retrouver des manques au professionnalisme ou à l'éthique chez des étudiants en formation. Des auteurs se sont penchés sur les conduites non professionnelles des étudiants et ont identifié quatre types de fautes professionnelles, soit le manque d'implication, l'absence d'intégrité, le manque d'interaction et d'introspection. On pourrait ajouter l'absence d'introspection, de sens, de responsabilité et d'adaptation (100-104). Aucun narratif de nos étudiants ne faisait allusion à une conduite non professionnelle de nos étudiants, mais plusieurs étudiants ont relevé des conduites pour le moins suspect chez les résidents.

La production de narratifs par les étudiants lors du stage de chirurgie

Le séminaire en éthique et professionnalisme a été implanté en 2004 dans les unités d'enseignement du département de chirurgie de l'Université de Montréal qui recevaient des externes de troisième année pour le stage obligatoire de chirurgie d'une durée de six semaines. Le séminaire devait avoir lieu à la fin du stage de chirurgie pour donner suffisamment de temps aux étudiants pour qu'ils identifient un dilemme d'éthique ou de professionnalisme. L'exposition des étudiants à la clinique était relativement similaire, alors qu'ils étaient tous assignés à trois semaines en chirurgie générale et trois semaines dans une sous-spécialité comme l'urologie, la chirurgie vasculaire ou la chirurgie thoracique.

Au début du stage de chirurgie, le groupe habituellement constitué de 8 à 12 étudiants était rencontré par un clinicien-éducateur responsable du séminaire et une définition de ce qui constitue un dilemme éthique ou un problème lié au professionnalisme est précisée. Le but du séminaire et la méthodologie étaient expliqués au groupe, à savoir comment ils devaient se préparer au séminaire. Nous rapportons dans cette étude les narratifs des étudiants recueillis dans une seule unité d'enseignement dont nous avons eu la responsabilité pendant 16 ans sans interruption dans la période de 2004 à 2020. Nous avons recueilli des narratifs des étudiants, qui avaient à la suite du séminaire d'éthique tenu à la fin du stage accepté librement de nous remettre sans aucune obligation la copie de leur réflexion.

Réflexion

La réflexion c'est l'examen conscient et intentionnel des idées, sentiments, significations et implications dans l'apprentissage qui conduit à une prise de conscience de soi. La réflexion est une technique qui permet aux étudiants d'analyser leur expérience et de développer de nouvelles aptitudes et connaissances. La réflexion et l'utilisation de rétroaction sont très importantes dans l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme. La réflexion est une discipline et un état d'esprit qui ne s'enseigne pas de façon explicite, mais qui peut se développer grâce au mentorat. Il est aussi associé à un apprentissage positif et peut permettre aux étudiants de développer leur autocritique (105). D'après White, la réflexion des étudiants sur des événements critiques qu'ils ont rencontrés durant leur stage est une influence des plus importantes pour la formation des étudiants en éthique et au professionnalisme (106).

L'écriture est un acte solitaire qui fait en sorte qu'en rapportant par écrit un incident critique l'étudiant est obligé de réfléchir lui-même sur l'incident, d'examiner sa propre réaction, ses propres

émotions et la réaction des autres étudiants. En partageant ensuite son expérience qu'il a mise par écrit, il contribue à son développement professionnel. Il peut vérifier sa capacité d'analyse et de réflexion auprès des autres étudiants, il clarifie sa pensée, ses propres valeurs et forge son identité professionnelle (107). En éthique, la réflexion menant à la décision ne part pas d'une obligation légale ou morale, mais de l'action à faire et des conséquences possibles. Le raisonnement en éthique prend la source dans cette identification des conséquences positives et négatives prévisibles de l'action envisagée.

Le raisonnement en éthique

Plusieurs auteurs se sont intéressés au développement du raisonnement moral des étudiants durant leur formation et de son évolution au cours de la formation (108-109). Nos étudiants ont déjà été initiés au préclinique à différentes théories éthiques, au principisme et au code de déontologie. Ils sont donc en mesure de porter un jugement sur leurs actions et sur celles des autres membres de l'équipe médicale. Le jugement des étudiants est en construction durant la formation, mais les étudiants ont quand même une certaine sensibilité aux attitudes et conduites des professionnels. Ils sont donc appelés comme témoin à une réflexion à savoir si le professionnel a bien agi et a respecté les impératifs moraux de la profession (109-111). Ils réfèrent alors à leurs valeurs personnelles, aux modèles observés dans le passé et portent un premier jugement automatique guidé par leur intuition morale sur ce qui est bien ou non pour le patient.

Selon Haidt, il y a l'activation de deux processus dans la prise de décision morale (112). Un est automatique, rapide, relève du subconscient et opère sous l'influence prépondérante de l'affect, c'est l'intuition morale. L'autre est un processus mental lent, conscient et sans effort dans un processus cognitif qui examine différentes perspectives et c'est ce qui constitue le raisonnement moral. Ce raisonnement est sous l'influence de l'affect, mais est à la recherche d'évidence. La réflexion et le raisonnement peuvent modifier la première impression qui est intuitive et influencer la décision définitive.

Délibération et résolution des dilemmes éthiques

Dans des situations particulières, les valeurs entrent souvent en conflit, provoquant un dilemme. Contrairement au code de déontologie qui impose des comportements spécifiques dans tous les contextes analogues, les codes de valeur ne précisent jamais les comportements qui pourraient en être la manifestation. L'approche éthique déplace essentiellement la question morale puisqu'il s'agit plus de déterminer quel comportement respecte l'obligation morale ou légale, mais bien quelle action pour être considérée comme la plus raisonnable pour le professionnel (113).

Dans un dilemme éthique, on est toujours confronté à une action qui entraînera des conséquences positives et négatives sur soi, sur autrui ou sur l'environnement. La clarification des valeurs visées par l'action conduite à déterminer la valeur prioritaire de la décision. La délibération en éthique débouche sur le choix d'accorder plus d'importance à une valeur plutôt qu'à une autre dans une situation donnée. Le raisonnement pratique culmine dans l'énonciation des raisons du choix des valeurs. Dans un autre raisonnement plus technique, on va préciser le choix du meilleur moyen pour atteindre la visée et réaliser l'équilibre dans la priorité des valeurs (110). La décision éthique délibérée vise à discerner les enjeux éthiques dans une situation, à réfléchir sur le meilleur choix d'action possible dans les circonstances et à dialoguer avec les autres afin d'accepter les motifs de la décision.

On peut regrouper les approches réflexives en éthique à celles qui font appel aux principes éthiques ou celles qui font appel au raisonnement moral. Ces deux approches sont de type réflexif et se distinguent des approches normatives, comme l'approche déontologique ou légale. Les modèles réflexifs donnent une importance capitale aux situations concrètes de la vie réelle. À cet égard, elles accordent entre autres une prépondérance aux facteurs humains, valeurs et émotion dans la résolution des problèmes éthiques.

Dans l'approche relevant du principe, on aura à identifier et à légitimer la décision, selon ce qui apparaîtra être le meilleur principe éthique à faire prévaloir. Cette approche permet de distinguer les différents types d'enjeux scientifiques, techniques et motifs entourant un problème éthique et impliqué dans sa résolution. L'approche dite « par principe » a l'avantage d'être soucieuse des nouveaux contextes de la pratique. Elle permet, grâce à la réflexion sur les différents enjeux techniques et éthiques impliqués dans une situation de vie réelle, l'élaboration de critères ou d'arguments pour la justification du choix des principes. C'est ici que l'éthique est utilisée comme un outil.

La méthode qui est le plus souvent enseignée et utilisée par les étudiants est le principisme (59). Une théorie morale s'inspirant à la fois de l'utilitarisme et du kantisme, c'est-à-dire d'une morale plutôt conséquentialiste – l'utilitarisme – et d'une morale déontologique fondée sur l'intention – le kantisme, cette synthèse a été élaborée par Tom Beauchamp et James Childress dans un ouvrage en 1979 (59). Cette théorie est constituée de quatre grands principes: autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice. Les principes d'autonomie et de justice peuvent être considérés comme étant plutôt d'origine déontologique étant donné que, quelles que soient les conséquences de l'acte médical, il est considéré comme étant du devoir du médecin ou du soignant de respecter l'autonomie du patient et de répondre à une certaine exigence de justice

dans la manière de prodiguer les soins et les traitements. La non-malfaisance et la bienfaisance relèvent plutôt du conséquentialisme, car elles invitent à se soucier des effets de l'acte effectué sur la vie et la qualité de vie du patient (60). Doucet, propose une excellente revue des quatre principes (39).

Pour l'approche par raisonnement moral, la compétence éthique est spécifiquement celle de justifier les choix dans un contexte de dialogue dans une société démocratique (115). L'éthique interpelle donc la rationalité pour trouver la solution la plus raisonnable dans les circonstances. Elle relève donc de la crédibilité et non de la vérité. L'approche de raisonnement moral est délibérative, mais en avançant une ancienne notion pratique, la prudence. Le parti pris de la raison pratique pour ces approches est de tenter de conjuguer des intérêts réels liés à une situation particulière (113).

Parmi les facteurs qui doivent être considérés pour résoudre un dilemme d'éthique clinique, il y a les faits médicaux comme l'histoire du patient, le diagnostic, les résultats d'examens, les risques, les complications du patient. Il y a aussi des caractéristiques individuelles comme les valeurs, la culture, la religion, les relations interpersonnelles et des expériences antérieures qui peuvent être utilisées pour résoudre un dilemme éthique ou de professionnalisme. Le système de santé et des problèmes de logistique, les intérêts personnels qui entrent en compétition, les perspectives interprofessionnelles, les rivalités entre les intervenants de la santé sont aussi des facteurs qui peuvent affecter la résolution des dilemmes éthiques (86).

L'éthique clinique s'intéresse à l'identification des valeurs qui appuient telle ou telle décision, au raisonnement et à la justification rationnelle dans l'intérêt ultime du patient. La méthode de travail en éthique clinique nécessite donc un apprentissage et de la pratique pour être à même de résoudre les dilemmes éthiques rencontrés dans la pratique. L'éthique médicale est donc indispensable à la réflexion quand on cherche une solution à un dilemme éthique (116-117).

Les autres approches à la résolution de problématiques éthiques

Pour sortir du principisme, proposé par Beauchamp et Childress, sont apparus d'autres systèmes pour gérer les défis éthiques de la pratique médicale (59). Parmi les différents modèles proposés, il y a l'éthique de la vertu de l'auteur Pellegrino (91-92). L'éthique de la vertu est conforme à la tradition médicale qui remonte à Hippocrate. C'est une éthique qui s'intéresse à la qualité de la personne qui pratique la médecine plutôt qu'à la rectitude de l'acte. Une éthique de la vertu n'exige pas des habiletés pour analyser et délibérer, mais une formation du caractère qui répond aux exigences de la personne à soigner et aux exigences de la profession. Selon l'éthique de la vertu,

l'éthique du médecin débute avec la socialisation de la communauté médicale dès les premiers jours à la faculté de médecine, et se poursuit en clinique par le contact avec les rôles modèles que sont les enseignants. Ainsi, une éthique de la vertu se bâtit par la socialisation d'abord, mais aussi par une volonté personnelle d'imiter les enseignants vertueux (39).

Une autre approche importante est la casuistique proposée par Jonsen (118). La casuistique nous incite à tirer une décision morale à partir de l'expérience des cas antérieurs. On reconnaît la place centrale du contexte dans un dilemme et permet à différents groupes de gens de développer un consensus en examinant des cas similaires survenus dans un passé récent.

L'éthique des soins met en évidence l'importance des relations interpersonnelles (90) et est proposée par les infirmières à partir des théories féministes. L'éthique des soins reconnaît les relations interpersonnelles quand les personnes sont vulnérables à cause de la maladie ou de l'âge. L'éthique des soins favorise les vertus associées à l'empathie, à la compassion et à l'expression physique des soins traditionnellement donnée par les femmes dans leur rôle de mère ou d'infirmière.

Narrativité

Une approche intéressante dans la résolution de dilemmes éthiques est l'éthique narrative qui met en évidence l'histoire du patient dans son contexte particulier et singulier et cherche à humaniser les soins (119-121). L'approche narrative développée par Dr Rita Charron a été développée en réaction au principisme comme un autre moyen de résoudre des situations problématiques liées à l'éthique médicale et au professionnalisme (122). Le courant narratif s'est affirmé dans les années 1990 où l'expression émotive et les aspects particuliers du récit des patients ont été mis à l'avant-scène détrônant ainsi l'exclusive raison instrumentale et la rationalité. La rationalité ne suffisant plus à tout expliquer et à justifier de façon satisfaisante toutes les décisions cliniques. L'utilisation du récit narratif permet de mieux soutenir un patient qui doit faire face à des problèmes de santé dans un contexte des avancées techno-scientifiques complexes et d'une médecine fondée sur les données probantes. L'éthique narrative ne remplace pas les autres approches en éthique (39).

L'approche narrative développée par Charron a été développée comme un autre moyen de résoudre des problématiques liées à l'éthique médicale (122); il se veut une réponse aux nouveaux défis de la médecine moderne. Ainsi, l'écoute attentive de l'histoire du malade permet de mieux saisir le contexte du problème clinique et les questions soulevées par les patients et les familles. Le récit apporte un éclairage intéressant sur les croyances, les valeurs et la

compréhension de la maladie ainsi que l'expérience et les attentes du patient. L'approche narrative invite à développer des habiletés communicationnelles dont tous les médecins ont besoin en clinique (123-125). Avec cette approche, on donne la chance à une résolution des problèmes en se fondant sur la communication entre les principaux acteurs et sur la singularité de l'histoire de chaque patient dans sa compréhension de sa maladie et de sa manière de vivre et du sens qu'il lui donne. L'éthique narrative se situe entre la casuistique et l'éthique des soins, en reconnaissant l'aspect central de l'histoire du patient et en tenant compte du contexte tout en y ajoutant aussi les relations que l'on rencontre dans l'éthique des soins. Ainsi le patient peut mieux faire un partenariat avec le médecin pour prendre des décisions difficiles (124-125).

L'approche narrative s'inscrit dans la recherche de plus d'humanisation des soins comme souhaité par les patients et les familles qui désirent être partenaires de leurs soins. La médecine s'est transformée surtout à cause de l'aspect techno-scientifique. Le patient est maintenant tiraillé par la complexité de la médecine et par le manque de contact personnel comme au temps du bon médecin de famille.

La narrativité nous permet de retrouver le sens des histoires des patients et de leurs familles en nous appuyant sur le langage et la communication. Le langage sert aussi de base à la discussion autour d'un cas. On peut donc utiliser les règles de l'éthique de la discussion comme nous avons fait lors d'une discussion en groupe à propos des patients. L'éthique de la discussion de J. Habermas est une théorie morale qui vise la validation ou la justification des normes morales sur la base d'un principe procédural. Elle s'occupe de la résolution et vise entre autres la détermination par une discussion argumentée des normes ou de décisions applicables à un problème ou à une situation particulière. Pour que cette discussion soit vraiment éthique, il faut d'abord établir l'égalité fondamentale des sujets ainsi que la réciprocité. Le débat doit être exempt de violences et de contraintes et tous les participants doivent être amenés dans la discussion à exprimer leur opinion. Cette norme qui est la participation de tous de façon libre et indépendante sera donc élaborée sans recourir à l'autorité ou à la tradition.

Toutes les personnes concernées prennent part à une recherche coopérative de la meilleure vérité dans laquelle seul peut valoir le meilleur argument. Si l'on ajoute l'aspect narratif, c'est-à-dire le récit de chacun des participants à la discussion, on peut parvenir à une vérité étayée par le sens de l'histoire qui est racontée et par le récit des participants. Au cours de cette discussion, chacun doit accueillir les intérêts des autres personnes et adopter une attitude très ouverte ou chacun pourrait alors tenter de convaincre les autres dans des termes appropriés à leur perception et que les conséquences soient acceptables pour tous. On privilégie la solidarité et la justice. On

peut ainsi utiliser différents cadres conceptuels pour faire comprendre un point de vue, mais les participants doivent d'abord s'initier à différentes façons de penser et d'analyser. Cette discussion exige une certaine autonomie et une capacité de réflexion personnelle. Elle demande un véritable effort de compréhension et un engagement appuyé sur un décentrage des participants. Quand les éléments discutés sont utilisés selon les règles de l'éthique de la discussion, dans un débat argumenté. La décision découlera probablement par un acquiescement du plus grand nombre et sera reconnue comme valable et acceptable (124-125).

L'éthique narrative, qui ajoute à la discussion de l'éthique dans les soins de santé, donne l'occasion d'une réflexion critique sur notre structure théorique de l'éthique et permet de rejoindre la réalité des gens dans la vie des professionnels de la santé, des patients (117). L'éthique narrative replace les expériences vécues dans le grand discours de la médecine et incite à réfléchir sur le contexte politique, social et historique dans lequel s'inscrivent les patients. Le principisme demeure une méthode d'analyse intéressante et complémentaire à d'autres approches (125).

En utilisant l'approche narrative pour décrire des incidents critiques reliés à l'éthique, nous voulions stimuler la sensibilité éthique de nos étudiants et développer leur réflexion et leur jugement. Essentiellement, l'idée était de les préparer à identifier et reconnaître des dilemmes éthiques en chirurgie, à les analyser et à trouver des solutions pragmatiques. Cet exercice pouvait aussi les aider à découvrir une éthique personnelle et leur rappeler que la médecine est aussi un art. La narration réfléchie des situations rencontrées par les étudiants semble être une méthode d'enseignement du professionnalisme à condition qu'elles soient accompagnées de rétroaction par un enseignant qualifié (120-126).

L'utilisation de l'écriture associée à une réflexion peut être une expérience pédagogique intéressante puisque les étudiants sont appelés à réfléchir sur leur expérience (106-107). Les étudiants devaient donc identifier un incident critique impliquant un problème éthique ou de professionnalisme. Par écrit, ils devaient décrire les faits en regard de la situation qu'ils avaient observé en cours de stage, suivi d'une brève discussion sur les principes éthiques impliqués dans le cas d'éthique clinique ou du code de déontologie lorsqu'ils faisaient référence à un problème de professionnalisme. De plus, nous demandions aux étudiants d'y joindre leur opinion sur la conformité ou non avec les principes éthiques ou le code de déontologie.

Délibération sur le respect des normes du code d'éthique de la profession

L'éthique professionnelle est traversée par l'approche juridique et l'approche éthique. Ces deux modes de régulation ont permis l'élaboration des codes de déontologie et des codes d'éthique. Le droit, tout comme la morale ou l'éthique fondamentale, propose de concevoir la régulation des actions par l'appel aux devoirs et aux obligations. L'éthique propose elle de réguler les actions en faisant appel aux valeurs. Le code de déontologie assure les devoirs du professionnel envers le public, le client et sa profession. Avec le Code des professions, on a voulu combler les insuffisances du professionnalisme. Du fait qu'on ne peut plus se fier au seul éthos professionnel dans une société en transformation, l'approche punitive s'est répandue dans bien des secteurs et constitue la façon de voir le rôle des codes de déontologie. Le recours à des codes apparaît comme une solution pour refléter les valeurs que tous les médecins partagent. L'approche légale avec les codes de déontologie ne peut assurer le professionnalisme que dans des situations extrêmes. Elle ne peut donc pas assurer le professionnalisme au quotidien. Les manquements par exemple, à la confidentialité, qui ne fait pas de dommage important, les manquements au respect du client, soit par des paroles, soit par des actes ne peuvent pas être contrôlés et punissent tous les jours. Ainsi, l'approche répressive ne peut seule assurer la qualité de relation professionnelle. C'est pourquoi le retour à l'éthique apparaît comme une manière d'assurer le professionnalisme au quotidien (113).

Devant un problème de professionnalisme, l'étudiant doit procéder de façon identique à un dilemme d'éthique clinique, soit prendre conscience de la situation et formuler le dilemme et reconnaître son opinion spontanée. Analyser qui sont les personnes en cause, identifier les normes et clarifier les valeurs et conflits de valeurs chez soi et les autres personnes impliquées. Par la suite, il devrait donner une opinion rationnelle en identifiant les arguments de type déontologique ou conséquentialiste ou les deux comme dans le principisme. Enfin, communiquer et établir le dialogue avec les personnes impliquées (120-123). Comme pour l'éthique clinique, les dilemmes liés au professionnalisme impliquent des émotions et c'est normal, toutefois on doit demeurer critique face aux émotions qui peuvent embrouiller l'opinion rationnelle (124).

Ainsi, en ce qui concerne le professionnalisme, la réflexion et la délibération des étudiants doivent se faire en se référant au code de déontologie des médecins du Québec et du code de déontologie de l'association médicale canadienne. Il indique comment un médecin doit agir et se comporter. On retrouve aussi une publication du Collège des Médecins du Québec sous le nom d'ALDO qui renseigne les médecins sur les aspects législatifs et déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (114). On y identifie quatre grandes obligations aux médecins: de

bien soigner, de renseigner adéquatement le patient, d'assurer le suivi nécessaire du patient et de respecter la confidentialité.

Ces obligations ne soustraient pas le médecin à respecter l'inviolabilité de la personne. Au cours des dernières années, le code a précisé les enjeux du consentement, de la confidentialité, de fin de vie et de divergences religieuses. Le code de déontologie est enseigné au préclinique et l'on y enseigne aussi l'intégration des différentes sources de valeurs, principes, normes et règles éthiques. L'étude de cas classique d'éthique est une approche à l'éthique qui comporte un certain intérêt dont la sensibilisation à l'existence de l'aspect éthique inhérent à leur champ d'activité. Cette approche permet d'identifier des comportements répréhensibles, mais invite à la prudence dans les zones grises (113).

Délibération sur le respect des lois

Le chirurgien se doit de connaître et respecter : le Code criminel du Canada, le Code civil du Québec, et toutes les lois concernant le système de santé. Dans notre analyse, nous avons retrouvé quelques narratifs soulignant le manque de respect des lois (114).

Discussion et réflexion en petit groupe

Les étudiants se présentaient au séminaire avec leur copie écrite et tour à tour partageaient leur constatation. Le rôle de l'animateur, lors du séminaire, était de stimuler la discussion et de compléter l'information (ex. : soulever des questions ou des préoccupations) sur l'éthique et le professionnalisme, si nécessaire. Le séminaire était également l'occasion pour le facilitateur de donner une rétroaction structurée et de compléter les notions d'éthique et de professionnalisme. Le séminaire était une excellente occasion d'interaction avec les pairs. Cet atelier interactif permet aussi de réviser des notions d'éthique et de professionnalisme. Ainsi, la discussion d'incidents critiques identifiés par les étudiants favorisant la réflexion personnelle. Pour ce faire, nous avons créé un climat qui permettait aux étudiants de se sentir psychologiquement sécurisé, de promouvoir un dialogue ouvert avec de la rétroaction positive. Il est non moins essentiel que les éducateurs aident à développer chez les étudiants leurs habiletés de décision, mais aussi le courage moral pour affronter les dilemmes éthiques et de professionnalisme (120-126). On peut facilement comprendre que ce modèle d'éducation où l'étudiant est pleinement impliqué à la reconnaissance et l'identification des situations pragmatiques d'éthique clinique ou professionnelle qu'ils rencontrent durant leur stage est beaucoup plus stimulante. C'était notre but en faisant réfléchir et discuter les étudiants à partir de cas concrets rencontrés durant le stage.

Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude

Dans notre étude, nous avons retrouvé à partir des 1045 narratifs de nos étudiants produits sur une période de 16 ans la nature des dilemmes éthiques qu'ils ont rencontrés en cours de stage de chirurgie et avons saisi leur opinion face à la résolution des dilemmes rencontrés. Nous voulions savoir si la résolution des dilemmes était en accord avec les principes et valeurs de la profession, si la conduite des professionnels, chirurgiens et résidents observés était conforme au code de déontologie. Finalement, nous avons recherché à travers les narratifs les émotions exprimées par les étudiants.

Ainsi nos questions de recherche étaient les suivantes :

- Les étudiants ont-ils identifié des problématiques éthiques ou de professionnalisme durant le stage de chirurgie? Lesquelles?
- Quelle est l'incidence des incidents critiques liés à l'éthique ou au professionnalisme?
- Quels sont les problèmes éthiques les plus fréquents?
- Est-ce que les narratifs des étudiants font référence aux principes éthiques ou aux valeurs dans la résolution des dilemmes éthiques ?
- Est-ce que dans l'évaluation des conduites professionnelles observées et rapportées dans les narratifs des étudiants font référence au code de déontologie?
- Quelle est l'opinion des étudiants quant aux décisions prises par leurs supérieurs envers les dilemmes éthiques?
- Est-ce que les étudiants ont manifesté dans leurs écrits, des réactions ou émotions face aux situations d'éthique ou de professionnalisme problématiques?
- Des étudiants ont-ils exprimé dans leurs narratifs de la détresse morale ou des sentiments négatifs?
- La réaction des étudiants et leurs réponses aux différentes préoccupations éthiques sont-elles affectées par la crainte d'une influence sur leur évaluation ou leur plan de carrière?
- Le matériel recueilli et analysé peut-il aider à mieux identifier et définir le curriculum caché et l'identité professionnelle?
- La connaissance des préoccupations éthiques des étudiants lors du stage de chirurgie permet-elle d'ajuster l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme lors du stage clinique?
- Quelles sont les similitudes et les différences des préoccupations éthiques de nos étudiants en rapport avec les études déjà publiées?

Notre démarche d'analyse comportait plusieurs étapes:

1. Nous avons d'abord procédé à une première lecture de tous les narratifs écrits par les étudiants pour en avoir une vue d'ensemble. Puis nous avons revu la littérature existante sur le professionnalisme en général et l'enseignement en médecine, l'éthique et l'enseignement aux étudiants et des sujets connexes comme le curriculum caché, l'identité professionnelle et le raisonnement moral des étudiants.
2. Nous avons révisé spécifiquement les publications de Christakis et Feudtner, Fard, et Kaldjian pour connaître leur taxonomie des dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants et nous aider à réfléchir sur une taxonomie appropriée à notre étude (3,4,12,14). Une taxonomie de deux catégories nous apparaissait appropriée: i) dilemmes d'éthique clinique, ii) dilemmes de professionnalisme.
3. Par la suite, nous avons relu chacun des écrits et avons classifié chacun des narratifs dans un des deux groupes, soit celui des dilemmes éthiques ou celui du professionnalisme. Par la suite, nous avons procédé à une cartographie des narratifs et identifié les sous-groupes.

A) Les dilemmes éthiques :

- Décisions de fin de vie,
- Décisions thérapeutiques,
- Justice
- Ressources du système de santé
- Éducation des étudiants ainsi que leur relation avec les collègues résidents.

B) Les dilemmes du professionnalisme qui sont les comportements, attitudes observées ou performées dans le cadre de la pratique en clinique par les différents intervenants, médecins, résidents et étudiants et qui incluent :

- La communication,
- La conduite professionnelle,
- L'obtention du consentement,

- Le respect de la confidentialité et de la vérité,
- Le comportement lors d'erreurs médicales,
- La responsabilité professionnelle,
- La relation avec les collègues.

Nous avons, ensuite :

1. Calculer l'incidence des dilemmes par catégories et sous-groupe;
2. Identifié quelle était l'opinion des étudiants exprimée sur la résolution positive ou négative des dilemmes;
3. Identifier les réactions des étudiants sur la gestion des dilemmes par le chirurgien ou par l'équipe;
4. Identifier quelles théories éthiques ou le code de déontologie avaient utilisé les étudiants pour justifier la résolution du dilemme;
5. Comparer nos résultats avec la littérature;
6. Déterminer l'influence des dilemmes rencontrés sur l'existence du curriculum caché dans notre institution;
7. Examiné comment la connaissance des dilemmes des étudiants pouvait modifier l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme;
8. Évaluer notre expérience de la narrativité dans l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme.

Nous avons donc procédé à l'examen minutieux de chaque copie écrite et tenté d'identifier le thème central de chaque narratif, et ce au meilleur de notre compréhension. Par la suite, nous avons classé chaque récit dans l'un ou l'autre des grands groupes de notre taxonomie et nous avons identifié des sous-groupes avec des problématiques plus spécifiques. La difficulté était que certains écrits pouvaient chevaucher sur plus d'un dilemme, car des éléments comme la communication étaient très souvent mentionnés. Par la suite, nous avons calculé l'incidence des événements pour chaque groupe et sous-groupe que nous avons compilé dans le tableau 1 en anglais. L'opinion des étudiants ainsi que la résolution des dilemmes et leur jugement ont été consignés. Il faut mentionner que la collecte de données pour cette étude n'a pas été planifiée au début de l'expérience d'enseignement, et la collecte des données et l'analyse sont relativement récentes.

Considérations éthiques

Dans le domaine de l'éducation, il a nécessité pour les chercheurs d'adresser les considérations éthiques concernant leur sujet de recherche et le respect des participants. Dans cette étude, deux aspects sont particulièrement importants concernant le respect des participants. D'abord, le consentement des étudiants et le maintien de l'anonymat et de la confidentialité. Les narratifs des étudiants doivent être absolument anonymes, on ne doit reconnaître aucun professeur malgré les limites de l'anonymat dans un tel stage. La confidentialité demande que les données soient protégées et ne doivent pas être transférées ou transmises à quelqu'un d'autre à moins que les étudiants n'aient accepté ce transfert. Nous avons donc analysé les narratifs de nos étudiants pour connaître les enjeux éthiques lors du stage de chirurgie. Pour réaliser cette recherche avec le matériel écrit des étudiants, nous avons fait appel aux principes et aux valeurs éthiques suivantes :

Consentement : par des étudiants compétents, volontaires et informés qui comprenaient bien en acceptant de nous remettre la copie de leur narratif que le contenu pouvait éventuellement être utilisé à des fins de recherche. Les étudiants qui ne remettaient pas une copie n'avaient aucune pression directe ou indirecte pour le faire.

Anonymat : la protection des identités était primordiale, le document remis par l'étudiant ne devait contenir aucun nom de personne, et ne devait pas être identifiée par le nom de l'étudiant. Toutefois, pour un certain nombre de documents, la date y était indiquée. Nous n'avons pas tenté de faire de recoupement avec les dates inscrites sur le document. Lors de la tenue de chaque séminaire, il a été clairement expliqué que les narratifs rapportés demeuraient complètement anonymes et confidentiels. Une fois le séminaire complété, les étudiants avaient le choix de remettre la copie de leur écrit au facilitateur ou de la détruire. Il avait été expliqué clairement que seul le facilitateur avait accès à leur copie écrite de narration et que les écrits pourraient être utilisés pour de la recherche. Les données ont été complètement anonymisées pour cette étude. L'approbation rétrospective du point de vue éthique a été obtenue du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal (voir annexe 1).

Confidentialité : la confidentialité des documents a été respectée en tout temps. Il a toujours été entendu avec les étudiants que tous les commentaires positifs ou négatifs lors de la révision en groupe des narratifs demeuraient confidentiels. Nous n'avons jamais eu

de commentaire négatif à ce sujet et il n'y a pas eu d'événements négatifs ou conflictuels à gérer.

Protection : Aucun des documents ou situations rapportés dans les narratifs n'a été utilisé pour quelque action disciplinaire.

Respect des droits : En tout temps, nous avons respecté les droits de tous les participants au séminaire d'éthique.

Respect de la sensibilité des étudiants : Certains étudiants ont manifesté une très grande sensibilité aux situations rapportées par eux ou leur collègue. Dans les discussions avec les étudiants, GB a dû replacer les événements dans leur contexte pour qu'ils soient plus compréhensibles.

Recherche de la vérité : L'activité pédagogique ainsi que la recherche se sont toujours déroulées dans la plus grande transparence avec la priorité de toujours respecter la vérité. Nous n'avons jamais eu à faire une dénonciation à la suite des événements rapportés par les étudiants.

Sécurité psychologique : La sécurité psychologique a toujours été importante dans tout le processus, car les discussions ont toujours été tenues dans un local réservé, de façon confidentielle et limitée au seul groupe en stage.

Théorie éthique : Nous avons invoqué avec les étudiants durant le séminaire l'éthique narrative, l'éthique de la discussion et le principisme.

Dans toute notre démarche de recherche, l'anonymat a été respecté pour tous les participants indirects, les patients et leur famille ainsi que les chirurgiens, les résidents et le personnel hospitalier. Nous devons saluer la collaboration des étudiants et le partenariat avec les patients. Il faut mentionner que les étudiants ont fait appel à différents systèmes éthiques pour justifier leur jugement de l'incident critique rapporté. Le principisme a été la théorie éthique la plus fréquemment utilisée. Les notions du principisme ont été apprises dans les deux premières années, surtout dans les activités de l'introduction à la médecine clinique (IMC) et de l'initiation à la démarche clinique (IDC). Le code de déontologie du collège des médecins a aussi été une référence. Les étudiants ont aussi utilisé l'éthique narrative en écrivant l'incident critique qu'ils ont observé et l'éthique de la discussion quand ils ont examiné, en groupe, les récits de leurs collègues.

Examinons maintenant les résultats de notre analyse.

Chapitre 4 : Résultats

Identification, Reflection and Discussion of Ethical Dilemmas and Professional Behavior by Third Year Medical Students During a Rotation in Surgery: Analysis of Student Narratives

Gilles Beauchamp, Ramses Wassef, Bryn Williams-Jones, submitted to the *Canadian Journal of Surgery*

Contribution des auteurs

GB auteur principal a fait l'analyse des narratifs, la revue de la littérature et la rédaction de l'article en anglais et du mémoire.

RW a révisé le travail à quelques reprises et a confirmé la démarche dans l'organisation de l'enseignement et du séminaire. Il a suivi une démarche pédagogique similaire dans une autre unité d'enseignement du département de chirurgie de l'Université de Montréal.

BW-J a supervisé la production du mémoire avec de multiples corrections et beaucoup aidé à l'organisation et la rédaction de l'article en anglais.

Abstract

Introduction

Medical students from University of Montreal are initiated to ethics and professionalism during the first two years of the formal curriculum. The third year is the clinical rotation and clerkship and the introduction of the students to the practice of medicine with real patients – and for many students, this is a major transition and a new challenge. In 2004, although teaching of ethics was well organized at the pre-clerkship, it was not yet well organized for those students beginning to work with patients in the hospital.

The department of surgery thought the students should be introduced to clinical ethics and professionalism. The idea was to avoid boring and theoretical sessions and to get as close as possible to the true ethical problems encountered by clinicians in their daily practice. The educational model that came to mind, with the help of the literature was to engage actively the students in the observation of ethical issues that they encounter with the patients they met and treat or situations that concern professionalism they have experienced during their rotation in surgery. The students would be assigned to produce a short-written narrative describing their ethical preoccupations.

followed by a reflection on the ethical principles or code of deontology involved. Then in a seminar under the direction of a surgeon facilitator they would present their observation, reflection and opinion followed by a group discussion.

It was in this context that the Department of Surgery, under the leadership of RW, adopted the model of a seminar during which written narratives of critical incidents reported by the clerks would be presented and discussed. As a teacher in surgery with a background in bioethics, GB was asked to organize the seminar on clinical ethics in his hospital. In 2004, there were very few reports about narratives written by third year medical students to teach clinical ethics.

Methods

Between January 2004 and 2020, a mandatory seminar on ethics was held every 6 weeks in GB's hospital, under his direction. 1120 written narratives were collected from third year medical students at University of Montreal (Montreal, Canada) during their rotation in surgery. GB read all the student texts to analyse students' views about ethics and professionalism. Because the material on hand appeared rich and interesting, after reading each narrative, and based on review of similar work in the literature, it was possible to identify a group of narratives concerning ethical dilemmas and another concerning professionalism. Each category of narrative was subdivided into different themes, i.e., ethical dilemmas such as end of life decisions, justice, health care resources, student education, and professionalism such as, communication, professional conduct, consent, confidentiality, disclosure, errors, responsibility, relationship with colleagues. Each theme was then analyzed with respect to students' interpretation, reflection, and judgement.

Results

Of the 1120 written narratives collected, 396 were classified as related to an ethical dilemma, and subdivided into end-of-life decisions, decision for treatment, and dilemmas concerning justice, resource allocation, as well as student specific educational dilemmas. Professional issues, the second group of ethical issues reported by students, were more frequently reported (n=733). This group was subdivided into communication, including communication of bad news, professional behaviour, consent, confidentiality, truthful disclosure of sensitive results, and errors, professional responsibility, and commitment and relationships with colleagues. The analysis of the student narratives reveals that 40% had a positive opinion about the issues reported but in 60% of the narratives, students felt the decision of the health care team or attitude, or conduct was less than ideal. Notably, poor quality of communication by the surgical team was the primary reason for a negative judgment.

Third-year medical students proved to be capable of recognizing ethical dilemmas and interpreting these by referring to principles and values they had learned in their preclinical years. As such, it is our opinion that third-year medical students may be more aware of ethics and professionalism than one might first assume. Clerks are incredible observers of their teachers' behaviours. They have the potential and capacity to register and comment (most of the time in private) any of our actions, whether explicit or implicit. They look at their teachers as role models, but they are not naïve and have their eyes open. The analysis of student narratives reveals the ethical issues they encounter as students and reveal the hidden curriculum that may affect them in the future. If students' experience of the hidden curriculum could be collected in each teaching institution without prejudice to students and patients, its analysis would be invaluable helping to improve the quality of the practice by enabling adjustments in the teaching of future doctors. Teaching ethics and professionalism is not an easy task and is one made more challenging in the context of an ever more complex health care system. The educational model used in our experience was thought to be beneficial for the students and is replicable in other setting. We hope our analysis can help educators reflect on our accomplishments (i.e., what we are doing well), while clarifying the work that still needs to be done in the future (i.e., what we can do better).

Introduction

After two years of hard work to master basic medical science, and in a context of problem-based learning, third year medical students who have been exposed to ethics and professionalism curriculum in the pre-clerkship finally begin to work in the hospital setting, with real patients. Some students are anxious about their new role, but the majority are enthusiastic to meet this challenge in their journey to becoming a doctor. The students move across and explore different medical specialties to discover the reality of medicine (1). For surgery, it will be their first exposure to the speciality, and students will spend time caring for surgical patients on the ward, in the clinic and in the operating room. They will see real patients, be exposed to complex cases, participate as part of a team to investigate patients' symptoms, determine a diagnosis, and propose a treatment. During their rotation in surgery, students will also be introduced to the operating room environment and participate in some surgeries. In the care for patients, they will act with commitment and compassion, according to what they were taught in their first two years in medical school. Once notions of ethics principles and of the code of ethics (deontology) have been acquired, students need to learn to identify and analyze logically those practical ethical issues that occur every day in surgical practice (5,6).

During clinical rotations, it is more appropriate to teach ethics with the clinical cases that students manage rather than to study cases related to dramatic ethics (3,4,5,6). Students are dispersed in different hospitals, they are very busy learning the fundamentals of their clinical work, and the staff they work with are not always inspired or enthusiastic to teach and assess ethics and professionalism. It is for these reasons that at the University of Montreal we have adopted the educational model of small group discussion during a seminar (7).

Knowing about the difficulties of teaching ethics and professional behaviour in the context of a very busy surgery department, we thought we could improve the informal curriculum by the implementation of a formal seminar on ethics and professionalism during their mandatory rotation in surgery. The proposed format involved a reflection and written narrative on a critical incident related to ethics or professionalism that occurred during their rotation in a surgical teaching unit. According to White, one of the most formative influences in medical education is the recognition and reflection of students on critical incidents encountered during a rotation (8). By using the narrative approach, we wished to stimulate students' ethical sensitivity and help them develop their reflection and judgment. Essentially, the idea was to prepare them for the subjective aspects of the practice of medicine. We wanted them to learn to identify or recognise ethical dilemmas in surgery, to analyse them and resolve them where possible, and to discover their own personal ethic, along with its rationales and motives (9).

Combining reflective narratives with the good role models they find during their rotation in surgery can help medical students to answer questions like: what kind of doctor will I be? What are my values? What are my convictions to become a good doctor? Should I be essentially a scientific and competent professional keeping minimal consideration for the art of medicine? Is it important to become a humanistic doctor with high standard of ethics? In answering these and other questions, medical students construct their professional identity. They will also be included in ethical discussions – or at least witness these – about specific ethical dilemmas encountered in surgery. They will have many issues that they wish to discuss about their own role but will also find issues that are irrelevant for them (2). The third year is an important period of transition in the process of developing a professional identity.

Learning reasoning about ethics and professionalism and observing role models while training enables medical students to progress gradually to find their own professional identity (10,11). We hope they will maintain their well-built identity acquired during their clinical rotations and medical training, and throughout their professional career. In this study, we have incorporated professionalism under ethics because of its close interdependence with ethics and because

professionalism often includes adherence to ethical principles and moral reasoning (12,13,14). Nonetheless, even if some find it difficult to articulate or distinguish ethics and professionalism, in our experience, students have no problem acknowledging that professionalism includes adherence to ethical principles, ethical virtues, and moral reasoning (15). Healthcare ethics invokes values and principles, whereas professionalism tends to encompass but also move beyond principles by invoking moral resources such as attitudes, commitments and motivations traditionally associated with virtue ethics. While the contrasting emphases of principles and virtues are real, they can be understood as complementary aspects of the same morality (16).

To better understand the professional experiences and ethical issues encountered by medical students during their clerkships, 1120 narratives written by third year medical students at University of Montreal (Montreal, Canada) were collected between January 2004 and 2020, part of a mandatory seminar on ethics during their rotation in surgery. Our analysis pointed to the important role of the hidden curriculum in shaping professional identity development. It also showed that third-year medical students may be more aware of ethics and professionalism issues than one might first assume. Finally, this retrospective analysis confirmed our conviction regarding the importance and efficacy of using written narratives as means to enable medical students to develop ethical sensitivity and construct an ethical professional identity.

Methods

The ethics seminar was implemented in 2004 as the educational modality to teach ethics in surgery for third year medical students during their clinical rotation with the Department of Surgery at the University of Montreal; it was continued until 2020 in two clinical teaching units. Here, we report an analysis of the student narratives produced for the seminar at one site. During its 16 years, the seminar was under the direction of the same surgeon-facilitator, GB.¹ The study reported here is descriptive and retrospective and aims to capture the ethical issues students' encounter during a rotation in surgery.

The analysis is based on the observation and report of a written reflection on a critical incident and is essentially participant driven. We developed an educational model using critical incidents report as a stimulus for reflective writing followed by small group discussion including students and a surgeon facilitator. Critical incidents reports are widely used in medical education to promote reflective learning and are based on an event chosen by the student that influences their

¹ RW was responsible for the same type of seminar at another site; his experience is similar to the one reported in this analysis, but he did not collect the written narratives. BWJ, a bioethics professor with experience in ethics pedagogy, provided critical commentary on the study and the manuscript, but was not involved in initial data collection or analysis.

professional development (17). Professional and ethical issues in surgical rotations are particularly relevant for students because they highlight the reality of and challenges that emerge in everyday practice.

In 2005, Branch wrote about the effectiveness and impact of reflection using critical incident reports, outlining the importance of a supportive validating discussion environment and the benefit of transformative learning (18). Reflective writing of short narratives has been shown to be an effective means of teaching professionalism when combined with feedback. Written reflection is associated with a more positive learning experience because students revisit and assess their experience, and this can help them progress in their self-reflection and eventually develop and implement a high-quality practice (17). Reflection is a technique that enables learners to analyze their experience and capture the wisdom that lies within. It allows students to revisit and analyze their experience and develop new knowledge and attitudes. Reflection is also associated with positive learning experience and may help students to develop as learners and to recognize their own learning needs (16,17). Reflection and feedback for the teaching of ethics and professionalism involves the intentional examination of a learning experience, including feeling, meaning, implications. Discussing critical incidents related to ethics or professionalism experienced by students may stimulate self-reflection and lead to mindfulness (19,20) and help in building students' professional identity (21). However, a recent paper raises some questions about the efficacy of reflection on critical incidents by medical students (22).

Our experience over the years has convinced us of the benefit of this educational modality. We think that reflection on critical incidents can help learners to understand the common dilemmas that one finds in surgery. Reflection on the attitude and the behaviours of all the actors – i.e., surgeons, residents, health care personnel, patients, and families – can be an educating experience. Medical students can use writing to reflect on their educational experience both individually and as a group. Narrative writing may also allow medical educators to explore their students' experiences in surgery by determining what events and issues students consider important during their clerkship. It is anticipated that student will recount interesting encounters with patients, difficult situations, exciting cases as well as events that were less satisfactory such as unprofessional behaviours (23).

Data Collection

The data was collected after each seminar on ethics, which was conducted during a mandatory six-week rotation of third year medical students in surgery *at the University of Montreal*. Students

spend three weeks in general surgery and three weeks in a subspecialty such as vascular urology and thoracic surgery. Early in the rotation, a group of 8 to 12 students met with the *facilitator (a clinician-educator)* responsible for the seminar and were tasked with identifying a critical incident involving an ethical issue. The clerks had to describe the facts of the situation they observed, followed by a short discussion on the ethical principles involved in the case or those in their code of ethics when they referred to an issue professionalism. The facilitator instructed students on how they should prepare for the seminar, *provided a definition of what constituted an ethical challenge or dilemma*, and defined *medical professionalism*. Students were asked to report an observation, positive or negative, that they *personally* experienced during their rotation; and their written narrative had to be on a critical incident happening in the ambulatory clinic, emergency room, hospital ward, or the operating room. The students knew that they would present their case and opinion at the seminar and participate in a group discussion, which *was held at the end of the rotation. The facilitator's role was to stimulate the discussion and complete the information (e.g., raise questions or concerns) about ethics and professionalism, when necessary.* Upon finishing the seminar, clerks completed a written evaluation. The comments show that most students were happy to participate in the seminar and thankful for having the opportunity to talk freely about problematic issues they encountered during the rotation. They understood that there was no judgment from the educator. At the end of the session, many stated that in other rotations they had never had such a frank discussion about ethics in medicine and professional behaviour. Confidentiality was always respected.

Ethical Considerations

It was clearly explained to and understood by students in the seminar that the narrative reported would be kept totally anonymous and remain confidential to the discussions held during the seminar. After the completion of the seminar, students were given the choice to leave a copy of their narrative with the facilitator or have it destroyed. It was clearly explained that only the facilitator would have access to the student's narrative copy, which could be used for research purposes in the future. The data presented here are fully anonymized and only include those narratives which students had initially accepted to be potentially included in research. Retrospective ethics approval for the use of these student narratives for research was obtained from the University of Montreal Health Sciences Research Ethics Board (CERSES, Certificate No.?).

Analytic Approach

To lay the conceptual and empirical groundwork for this study, a review was conducted of the literature on ethical issues and professionalism encountered by medical students (24-38). Numerous studies have explored pre-clinical and clinical medical students' experiences of ethical and professionalism dilemmas using different methods such as surveys, focus groups or written essays; and since 2004, the use of narrative has become a very popular method to explore student experiences. Across studies, the most common dilemma is about students' difficult experiences with learning and patient care, but also frequently reported are issues about respect and communication. Student reactions and responses are often influenced by fear of jeopardising their evaluation or their career plan; and a result is moral distress and negative feelings (6,10,39). Information generated by the study of students' narratives, combined with those reported in the surgical literature (28-34), have enabled scholars to develop various lists of ethical issues experienced by medical students. Fard, for example, provides an extensive list of ethical issues, including professionalism, conflicts of interest, resource allocation and justice, patient-relationships, autonomy, informed consent, determining capacity and substitute decision-making, confidentiality, truth telling, doctor and medical team relationships, medical error, ethics in medical education and terminal illness issues.(32) Kaldjian presents a more limited list of issues, such as decisions regarding treatment, communication, professional duties, justice, student specific decision, and quality of care. For our analysis, we have combined the Kaldjian (15) and Fard (32) taxonomies to include as wide a range possible of ethical and professional challenges that students encounter in the medical training.

Study Aim

Our questions were the following:

1. What is the category of ethical issue reported by students?
2. What is the frequency of each issue?
3. From the perspective of students, as expressed in their narratives, were the ethical dilemmas they say handled appropriately?
4. Are the professional behaviours that students observed in accordance with medical codes of ethics?
5. Do students justify their views of critical incidents with reference to ethics principles or the code of ethics?

Data Analysis

The **first** level of analysis involved reading each copy and identifying the main ethical preoccupation reported in the narratives, then classifying this into a major category. The two main categories were ethical dilemmas and professionalism. Each category was subdivided according to specific themes (see Table 1). **Second**, the analysis established the prevalence of the moral issues that were of concern to students, i.e., which issues were troubling most for them? **Third**, we sought to identify students' judgement of the situation and of its management by the surgeon and their team, i.e., was it a positive or a negative opinion? A positive narrative reported a critical situation judged to be in conformity with key ethical principles or the professional code of ethics. For example, a critical incident was perceived positively by students because it demonstrated respect, good communication and compassion for the patients. It was found excellent if the behaviour of the health care provider was in harmony with evidence-based science and was carried out with humanism. A critical incident was judged as negative when ethics principles were forgotten or simply not used in the resolution of an ethical dilemma. In the case of unprofessionalism, a major lapse was identified in the attitude or the behaviour of a member of the health care team (Table 1). **Fourth**, we tried to identify (when possible) to which values students referred to justify their opinion on the management of the ethical issues, e.g., major ethical principles, ethical theory, or professional code of ethics. And where possible, we documented students' emotional reaction when dealing with ethics or professionalism dilemmas. The students were not consulted to confirm the relevance of the different categories of the taxonomy, nor were other steps taken to ensure trustworthiness of the coding themes. Nonetheless, this work was presented on two occasions to students and staff of the Department of Surgery at University of Montreal, and on one occasion at the Department of Surgery at Laval University. During the discussions following the presentations, there were no critiques of the proposed theme categorization.

Results

For the period of 2004-2020, a total of 1045 document were produced by the students because each student produced a narrative on a critical incident related to an ethics dilemma or professionalism issue identified during the rotation in surgery. A thematic analysis was conducted by GB on 1120 student narratives, and each classified under a different theme relating to clinical ethical dilemmas (n=396) or professional behaviour (n=724). Each of these categories was then subdivided and we identified the prevalence of each subcategory (Table 1). Each narrative included a discussion or opinion on the critical incident reported; students agreed or not with what

they observed. They were asked to justify their opinion with a reference to ethical principles or the code of ethics. Student narratives showed more concern for issues of professional behaviour than for ethical dilemmas. Regarding professionalism, the subcategory on communication (patients communication, delivering bad news and obtaining consent) was the most frequent issue totalizing 420 narratives, followed by 283 narratives on surgeons' decision about treatment. Professional behaviour relating to confidentiality, disclosure, dealing with errors, responsibility, and relation with colleagues was reported in 354 narratives. Education was mentioned as an ethical dilemma by 83 students. Finally, 48 narratives alluded to issues of justice and health care resources.

The critical incidents described by students were coded as positive in 435 (38.8%) and negative in 685 (61.1) of the narratives.

Table 1. Category and sub-category of reported narratives

Ethical dilemmas (n=396)		+ve	-ve	Professional behavior (n=749)		+ve	-ve
End-of-life decision	n=172	123	49	Communication with patients and family	n=142	66	76
Treatment decisions	n=111	66	45	Communication of bad news	n=168	89	79
Justice and health care resource dilemmas	n=48	1	47	Obtaining consent	n=110	43	34+33
Student-specific educational issues	N=41	1	40	Confidentiality	n=56	19	37
Student relations with residents	n=24	10	32	Truthful disclosure	n=38	10	28
				Dealing with medical errors	n=33	4	29
				Professional duties, conduct and attitude with patients and staff	n=143	44	99
				Professional responsibility and commitment	n=34	11	23
				Relationships with medical colleagues	n=25	3	22

Ethical dilemmas (n=396)

End-of-life decision (n=172)

Clinicians who treat terminally ill or almost terminally ill patients are generally reluctant to abandon their traditional role of curing the patient, so there is often the idea that they should always fight for life (39-41). Further, they are often ill-equipped to deal with the complex confrontation of trying to promote both principles of autonomy and beneficence in patients with advanced neoplastic disease. This was true in the first years of the study and the decisions taken by the surgical team were not always perceived as adequate by students. They based their judgement on their own

values and conviction and the principles learn from their preclinical training. But in recent years, the philosophy of treatment of terminally ill patients has changed with the development and implementation of palliative-care services. Of the 172 student narratives that dealt with end-of-life decisions, 123 reported a good decision being made by the surgeon, e.g., evidence-based decision (n=28), respecting patient dignity (n=7), respect of autonomy (n=73), or demonstrating excellent communication (n=8), and other issues (n=7). By contrast, 49 student narratives recounted a negative experience. The decisions were criticized because of poor communication (n=8), overtreatment (n=18), that patient autonomy was not respected(n=8), that communication was too paternalistic (n=8), and other issues (7). Interesting, there were more negative experiences recounted in student narratives in the period of 2004-2014 (n=36) than in the last five years (2015-2020) (n=13). This difference can probably be attributed to a change in mentality regarding end-of life decisions and better access to palliative care.

Treatment decisions (n=111)

The initial tasks for which surgeons are trained are to identify a patient's symptoms, to make a diagnosis and to offer a treatment after the risks and benefits are explained to the patient. Communication must be respectful of patient autonomy and adapted to the patient's capacity to understand. The students reported in their narratives how they perceived the treatment decisions made by staff and whether the final decision was made in consideration of patient benefit. This process was found to be adequate in 66 narratives – i.e., good medical decision (n=26), respect of autonomy (n=36), excellent communication (n=3), other (n=1) – but considered problematic by the students in 45 narratives. One of the reasons for questioning the appropriateness of clinical decisions (n=29) was because of certain prejudices expressed by the surgeon in making their decision. The prejudice most often mentioned by the students is obesity most often at the time of surgery in the operating room. Second to that was the psychiatric people and the people with drug problems. There were a few mentions about religions and sex orientation. Some students felt that autonomy was not clearly respected (n=7) and beneficence not always evident. In a few narratives, students expressed that it was wrong that the decision was taken solely by the family instead of the patient (n=6).

Justice and health care resource dilemmas (n=48)

Justice is one of the main principles of contemporary medical ethics. In the province of Quebec (Canada), all residents have access to public health insurance, with most care provided without

co-payment or recourse to private health insurance. Nonetheless, justice issues still occur, and these were raised by medical students in their narratives: they had to do with access and resources. Access was a concern for those patients without Canadian citizenship needing medical help and identified in a small number of narratives (n=5). The major concern (n=15) was that of privileged access given to patients because of their close relationship to personnel of the hospital. On one occasion, a narrative recounted a case of an offer of privileged access that was declined. The other problem noted by students (n=5) was that waiting time to get access to care was far too long. Fair use of resources was mentioned as less than optimal in 20 narratives and on 2 occasions necessary resources were totally absent.

A 50-year-old patient has been diagnosed with a rapidly progressive and aggressive digestive cancer. The surgeon meets with the patient and proposes surgery followed by chemotherapy according to known medical standards. The patient has a social problem because he has already lost his job several times and his financial situation is poor. He has just found a job but does not have his permanence. The patient is unable to consider a treatment that takes him away from his current job. He fears losing his job. The surgeon therefore decides to opt for another form of treatment and to respect the patient's autonomy. The surgeon offers to call the patient's employer to explain the urgency of the medical situation. The surgeon decides on an alternative therapy while waiting to complete the treatment.

Student-specific educational issues (n=41)

Medical students faced several ethical issues related to their training during clerkships. Among the main difficulties reported in the literature are conflicts between the exigencies of medical education and patient care and wellness, being asked to assume clinical responsibilities that exceed students' capabilities, and involvement in care that they consider to be substandard. In their narratives, students rarely reported positive events, i.e., on only 2 occasions did student narratives focus on the positive aspects of the teaching and learning environment. When faculty members and residents spent time in teaching it was recognized positively in the narratives and greatly appreciated by the students. What they most appreciated were instances when they were actively involved in the process of clinical reasoning and treatment of patients. They liked to be perceived as partner and member of the team, but this was rarely the case and led to most negative events (n=40). To name a few such incidents, students reported occasions when the attitude health professionals were not compassionate: staff (n=3), residents (n=6), nurse (n=1). Probably the biggest problem, however, was the anxiety related to the tasks that medical students were asked to perform (n=18), because they felt unprepared to accomplish the task. Additionally, the students' autonomy was not always respected (8), and there were a few cases of intimidation (n=4).

I am doing an internship in urology and the surgeon was very concerned about my learning; he gives me the opportunity to perform the rectal exam on all patients who come to the outpatient clinic. In retrospect there is a problem with some patients being aware of my presence because the exam was done while the patient was in the prone position ready for the biopsy and each time the surgeon indicated to the patients that the DRE was being done again but did not indicate that it was a student who was doing it. In my opinion, this is an invasive medical procedure that concerns an intimate part of the anatomy. It would have been more ethical and to notify the patient and obtain his consent.

Student relations with residents (n=24)

The resident's performance with patients, as well as their relationship with other members of the health care team, including the medical students, was reported in 24 narratives. The positive incidents when observing the residents were excellent communication (n=3), respect of patients (n=2), excellent clinical decision (n=3), respect of staff (n=2). The negative incidents included lack of respect for the patient by the resident (n=2), bad communication with patients (n=2), lack of respect for the students (n=2), conflict with nurses (n=1), difficult relationship of the resident with staff (n=2), and in one narrative, a resident lying to one of the staff. Students also observed a lack of supervision of the residents by the staff (n=3), while another incident involved lack of responsibility by a resident (n=1).

Professional behavior(n=724)

Communication challenges (n=420)

Communication must be respectful of patient autonomy and adapted to the patient's capacity to understand. Students learn early in their preclinical education that communication is essential in the process of care and in the relationship between the patient and the surgeon – it remains very important in all aspects of clinical practice. Medical students witness, every day, the conversations (or their absence) held by the medical team, and the quality of this communication, as well as the attitude of the staff during patient meetings, is scrutinized by students.

We are in 2008 and I am doing a surgical rotation for a patient followed for a neoplastic lesion. A colonoscopy was performed, and I attended. The surgeon leaves the room immediately after the intervention; the patient was to go to get dressed to meet the doctor and obtain results. He wants to be reassured. The surgeon refused to meet with the patient saying that he did not have time and that he would see the patient again next month and he asked me as an extern to meet with the patient and answer his questions. So, I met with the patient in the waiting room, but it was an inappropriate place. I told the patients that we would go to the doctor's office, and he would answer these questions himself, especially since I did not have the knowledge to answer questions in a very specialized area of surgery.

For a second time the surgeon refused to meet the patient and insisted on dismissing him. I was very disappointed with this attitude which lacked empathy.

Communication with patients and family (n=142)

During the daily interaction of the surgical team with patients and families, confidence should be established early on, based on an honest and compassionate attitude towards the patient and their family. Good communication is also important to relieve anxiety experienced by patients and families. Students observed that some health care professionals never demonstrated any empathy during their relationship with patients. Instead, their primary objective and interest was focused on the disease, and these clinicians paid very little attention to patients' emotions and fear. The students learned that a good surgeon should be aware of the importance of compassionate communication and respect of patient autonomy. In 142 narratives, 66 recounted instances of good communication while 76 mentioned witnessing bad communication. Good communication, as described by the students, showed empathy, involved enough explanation to the patient for an adequate understanding, and the delivery of sufficient and necessary information (i.e., informed consent). On the other hand, bad communication occurred when the explanations required by the patient were delivered very rapidly, without verifying the patient's understanding or without empathy. In a few situations (n=7), it was felt that the conversation was not friendly and was arrogant or authoritarian, or otherwise less than ideal.

I witnessed during my surgical rotation an ethical situation where a surgeon asked a patient to communicate the list of medications that should be continued during the hospitalization. The patient was surprised that he did not know her list. The surgeon becomes more and more impatient and insists to have an answer from the patient, who remains silent and indicates that she is not able to provide a list. The surgeon became impatient and began to raise his voice. As a witness to this situation, I am confused and uncomfortable.

Communication of bad news (n=168)

Breaking bad news is one of the most difficult tasks in the practice of medicine, and medical education does not always adequately prepare future doctors. Patients and families may or may not always desire a frank disclosure of terminal diagnosis or other bad news, but they nonetheless deserve an empathetic communication. Student narratives were about interactions with patients, family, residents, and other health care professionals in revealing information about a terminal illness. In 89 narratives, the communication with patients was considered as excellent, showing empathy, sincerity, and authenticity. Revealing bad news by the surgical team was excellent for many students but on some occasions the site for discussion was not ideal, intimacy was not always respected, or patients had to wait a long time before having access to the surgical team.

On 79 occasions, the communication was below the standard expected: no communication, aggressiveness, impatience from the staff, insufficiently accessible for the patient or the family. Many students mentioned that the good relationships they saw between staff and patients and their families was very important and a positive model for them. Meeting patients with empathy and compassion was seen as key to true professionalism.

Professional conduct with patients and staff (n=143)

In 44 narratives, students observed compassion empathy and excellent communication (n=25), respect of the patient autonomy (n=11) and respect of dignity (n=8) from the surgeon. In 99 reports they had observed a lapse in the relationship between the patient and medical team because of lack of true compassion (n=15), lack of respect (22), or no respect of autonomy (n=10). They heard prejudicial comments from some senior surgeons when talking about patients, e.g., with regards to obesity, psychiatric problems, age, ethnicity, religion, or homosexuality (n=32). They also reported bad behaviour such as absence of adequate control, impatience, and anger (n=6) and lack of attention to patients' intimacy (n=9). The students witnessed bad jokes about some of the patients in the OR (n=4) and in other settings (n=1). Good relationships of staff with patients and family were very important for the students, who are seeking positive role models. Meeting patients with empathy and compassion was seen as key to true professionalism.

A 60-year-old woman, she is taken to the operating room for abdominal surgery. The procedure is started by scrubbing the abdomen while the patient is completely naked. The anesthesiologist says aloud that the woman's breasts have been redone. The surgical resident and the nurses begin to discuss the old breast implants. The anesthesiologist then goes to touch the patient's right breast and says out loud that it is an old fibroid model. The resident manipulates the breasts confirming that they are heavy and indurated. The surgeon then entered the operating room and jokingly called out to the anesthesiologist, resident, and nurses to stop being jealous. As a student I was shocked because I thought this patient was being disrespected and the attitude was unprofessional.

Consent (n=110)

Obtaining the consent is not always a simple task. A valid consent requires a variety of elements such as capacity, disclosure of information, and understanding by the patient. In their narratives the students described 110 occasions where they commented on the quality of the consent obtained from the patient. It was considered as high-quality on 43 occasions because it was voluntary, and patient comprehension as well as disclosure of information were adequate with alternative options offered. It was not perceived as done well on 34 occasions. For example, it was problematic because too paternalistic (n=8), insufficient disclosure of information (n=4), it was done too quickly (n=2), it was not voluntary or was missing information as well as options (n=20).

Notable were 7 cases where consent was not obtained. Among the other difficulties reported by the students were cases where patients were unable to decide (n=13) or the patient has psychiatric issues (n=4). On other occasions the consent was referred to the court (n=1) or done by the family (n=7).

While I was in the emergency room a 50-year-old patient with Crohn's disease presented with an anal abscess the patient was very anxious. As an extern, I notified the resident who informed me that there was availability in the operating room that evening and he planned to operate on him that evening. This situation made me think because I did not believe that the patient had given free and informed consent. The resident made no mention of the risks and benefits, no explanation Night and give to the patients taking for granted that they would accept without discussion. In my opinion, consent was not obtained in a professional and ethical manner.

During my clerkship a surgeon had planned an amputation for a hospitalized patient without telling them. When we came to explain the details of the surgery and get her to sign the consent form, she was already at the operating room door. The patient was surprised and shocked and immediately refused the surgery. A few days later after a long discussion with the patient she finally agreed to the surgery realizing that it was really the only solution to her problem. In my opinion, the consent was not well done the first time, fortunately it was caught up and finally the patient had properly explained the nature of the surgery and the risks and benefits. A well done consent the first time would have avoided a lot of trouble for the patient as well as for the interveners and colleagues.

Confidentiality (n=56)

Incorporating privacy and confidentiality in delivering health care is regarded as essential, especially in the patient-clinician relationship. Patients have the right to expect confidentiality, however discretion in the health care system is not always respected. Thirty-seven (n=37) students thought there was a problem ensuring confidentiality by one member of the team. By contrast, it was found to be exemplary on 19 occasions. The location where confidentiality was lacking was most of the time on the ward (n=14), but breaches of confidentiality occurred in the elevator (n=2), in hallways (n=3), in emergency room (n=3) and even in the OR (n=1). Lapses in ensuring confidentiality by residents and students were frequently observed at the time of morning round discussions carried in public spaces, like the cafeteria (n=3). Use of photographs and digital recordings without security for confidentiality also occurred (n=6), and other issues (n=5).

Truthful Disclosure (n=38)

Disclosure refers to delivering the relevant information for the patient to understand their condition, diagnosis, the different treatment options, and prognosis. Disclosure of information was reported on 38 occasions. In 28 narratives, it was believed to have failed because truth was not totally

revealed by invoking the therapeutic privilege (n=8), or simply hiding it from the patient without good reasons (n=4). In 16 cases, patients had to wait long before having the information. There was also some concern raised by students because it was the family who was objecting to disclosure (n=6) or the patient themselves (n=4).

Dealing with medical errors (n=33)

Medical errors will happen in any surgery practice; and its management is not always easy. Truth telling is fundamental and involves the provision of information that is accurate, honest, and understandable by patients. The truth should always be told in the respect for the patient; it is also essential to maintain confidence between the patient and the surgical team. Management of medical errors was raised as an issue in 33 narratives. Disclosure to a patient about a surgical error was done with honesty on 4 occasions but was not disclosed 3 times. Some errors were not reported as they should be because of refusal by staff to do so because patient had no sequelae (n=16). Students witnessed an error but were hesitant to denounce the situation on 10 occasions.

A patient who had just been operated on for a colectomy was sent for an abdominal CT scan two days after his operation. The patient returns to his surgical unit and the resident finds that the exam was not ordered for this patient but for another. There was thus a medical error. Despite this, the surgical team decides not to inform the patient. I think that the note should have warned the patient and that it is a breach of the code of ethics.

Professional responsibility and commitment (n=34)

Professional responsibility for patients was reported 34 times: it was reported to be exemplary in 11 narratives but appeared to be on 23 occasions. Lack of responsibility from the surgeon toward the patient was observed when the surgeon transferred patients to another physician (n=9), abandoned a patient (n=2) or denied availability for patients (n=12). Although most students focused on these as issues of professionalism and in relation to the code of ethics, some had been struck by the difficult resolution of ethical dilemmas happening in the practice of surgery when there is a conflict between principles of autonomy, beneficence, and justice.

We are in a department meeting with residents and medical students. We are discussing a patient who has recently been diagnosed with cancer. The patient is very anxious and asks many questions of the surgical team. The surgeon openly complains about too many questions and the patient's anxiety with a condescending attitude. The team then looks at the patient's latest CT scan that was requested to complete the extension workup. Numerous large metastases to the liver were clearly seen. The surgeon in charge of the patient exclaims with joy because for him it is no longer a problem, it is a case that must be transferred to oncology quickly. One less case, he says, smiling... In my opinion, professional responsibility was not there, nor was empathy.

Relationships with medical colleagues (n=36)

Respect for colleagues when working closely with them appear very important for the students. They understand very well the importance of good communication between the health care members to benefit the patient; and they manifest surprise when there was a lack of respect between colleagues. The review of the narratives indicates that the relationship between colleagues was questionable on 31 occasions; and it was reported as exemplary and excellent in only 5 narratives. Among the problems reported by the students were: absence of respect for colleague or personal (n=11), no adequate communication (n=8), absence of collaboration (n=6), critiques of colleagues (n=9) and aggressivity towards colleagues (n=2).

We are in the morning at the time of the patient visit and there is a certain animosity between the surgeons. With the residents we visit a patient who belongs to another surgeon. The surgeon who makes the visit that it is open and explicit and even rude in his total disagreement with the actions that the other surgeon chose to make. Residents and students are given feedback that encourages them to not act in the same way as the surgeon in question. The comments are made in the presence of the patient who is far from reassured. The derogatory remarks are made in an aggressive tone. The situation leaves a cold climate in the room and a patient shaken and stunned by the verbal storm. In my opinion, there is a blatant lack of respect towards another colleague.

Analysis

Prevalence and importance of ethical issues by combination of subgroup

If we combine the categories related to communication, such as communication with patients (n=142), communication of bad news (n=168), consent (n=110) and disclosure (n=38), then communication represented the most important ethical issue for medical students (n=458). The second category of importance was professional behavior (n=291), and includes: conduct (n=143), confidentiality (n=56), dealing with medical errors (n=33), responsibility (n=34), relationships with colleagues (n=25). The third category had to do with decision making (n=283) at the end-of-life (n=172) and for other surgical interventions (n=111). The fourth category of importance was education (n=65), while the last concerns the health care system (n=48).

Student judgment

The judgement of students regarding both choice of topic and perception of issue being positive or negative showed a notable discordance for the communication performance of the surgeon and surgical team. Communication was considered far from ideal in 217 of 458 narratives (47.7%). The comments on professional behavior (n=99), confidentiality (n=37), errors (n=29), responsibility (n=23), relation with colleagues (n=22) were negative in 210 of 291 narratives (72%). With respect to decision making, in 283 narratives, 189 were believed to be adequate. (66.7%). By contrast, for education, 54 out of 65 narratives were negative (83%), while for health care, of 48 narratives almost all comments were negative (95%).

Students were very critical of the way that their education is conducted. They were extremely sensitive to the atmosphere in which they do their clerkships, appreciating a milieu that is open, friendly, empathic, cooperative, respectful, and humanistic. And communication was of utmost importance for them. This analysis of the students' narratives shows that medical students have a good sense of observation of the both the training environment and the professionalism (or lack) of their clinical educators. When it comes to patient care, students were expecting to see ideal ethical and professional conduct from every member of the health care team. They expected medical educators, residents, and health care professionals to be role models. The student narratives provided an authentic and truthful description of a medical learning environment, and we should listen to their messages.

Justifications: values, principles, and code of ethics

In their narratives, students referred to four bioethical principles proposed by Beauchamp and Childress, namely autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, and used these for the discussion and justification of ethical dilemmas, such as end-of-life decisions, decisions for treatment, dilemmas in education and health care (42). For professional behavior, most students referred to the code of ethics or the law, although a small number of students also referred to the principles of autonomy and beneficence.

Emotions of the students

A fourth and final analysis of these narratives sought to identify, whenever possible, students' emotions as they appeared in their reflective writing. The goal was to find positive emotions like happiness, admiration, pleasure, or negative ones like sadness, anger, disgust, disappointment, embarrassments, or guilt (43,44). Most of the students reported a single theme. However, when there was more than one, we took what appeared to be the major concern of the student. It was

not always possible to detect emotions in the narratives; in only in a limited number of narratives were the students' emotions detectable and clearly expressed.

In the process of socialization in medical school, students learn rapidly to hide their emotions and all their attention is given to the facts of a case, to objective data. There is less interest for the subjective acknowledgement of emotions. When the students are reporting a critical incident for which they agree, they have positive emotions or do not manifest any emotion in their report. We did not find many negative emotions, but noted the sensitivity of students when the critical incidents were in apposition to their values, ethics principles, or the code of ethics. They were most troubled when there was a problem of poor relationship between colleagues. The students were also very upset when there was a deviance in professional behavior in the operating room or when a decision was taken based on a prejudice expressed publicly to the team. It is in the narratives dealing with education-related issues that students appeared to be most uncomfortable or upset. Some narratives expressed deception or anxiety due to feeling inadequate to accomplish an assigned task (43-44).

Evaluation of the seminar

At the end of the seminar, the students were asked to grade the quality of the meeting and the level of learning. Students generally felt that the seminar had enabled them to better identify an ethical dilemma occurring in the practice of medicine. They were also asked to identify if a surgeon, a resident, or another person had been a role model for them: of 125 evaluations, more surgeons (n=53) than residents (n=49) were seen as being good role models, although 21 students felt that residents and staff were equally good role models. Only 2 students reported that they found no good role model at all in their clinical rotation.

Discussion

During their clinical rotations, the training of medical students to become good physicians necessitates learning not only the science of medicine but also acquiring skills in ethical reflection and moral reasoning (45,47). Many medical educators have mentioned the need to listen to medical students during their clerkships to understand the clinical dilemmas they encounter (2,3). Education in ethics and professionalism should reflect the realities that medical students encounter in the hospital and clinic (4). When students enter clerkship the world changes. Rather than learning about diseases, the student is confronted with a complex patient story and must identify symptoms, make a differential diagnosis, proceed to an investigation, and participate in the choice of therapy. The facts of the case are grey and there is a need for probabilistic thinking.

Similarly, medical ethics is no longer a choice between true or false, right, or wrong – it becomes much more complex.

The informal curriculum is an important way that medical learning is acquired, i.e., through patient contact in a multidisciplinary clinical context. Students learn by seeing and examining patients, talking to their supervisor, interacting with residents, and attending scientific sessions. Learning about psycho-social aspects of medicine and communication is done during meetings with patients and families, often on the job. While teaching of ethics and professional behavior during clerkships remain a priority for medical schools, much learning will happen through the informal curriculum, on the job. While there are occasional lectures by the staff, teaching in the clinic appears to be less organized compared to preclinical settings. And unfortunately, the quality of teaching is not always up to par. The transition from preclinical to clinical learning is not easy for many students who have difficulty moving from books and problem-based teaching to practice. Students may become suspicious that they are not doing exactly what they learned in the books when they are assigned to take care of a patient. With the informal curriculum, it becomes difficult to evaluate the quality of the supervision and teaching in the clinic. This more the case as the residents who accompany the students change regularly and the contact between the professors and the students is often short. This prevents good mentoring and adequate and fair evaluation of the students.

When medical students become members of clinical teams, they enter complex relationships with patients, family members, consultants, residents, and nurses, amongst others. As they move into various clinical rotations, they become progressively more involved in the care of patients, alongside medical educators, and other health care professionals. Because of these relationships, these medical students will be in direct contact with ethically charged situations. In the preclinical curricula, medical students have already been introduced to some ethical dilemmas and taught about professionalism – education in ethics and professionalism is a standard expectation in most medical school formal curriculum (47). In our case, we thought a seminar that favored observation of practical issues in ethics or professionalism and stimulated reflection on a critical incident followed by a small group discussion would be an appropriate educational modality with which to teach ethics. Specifically, it would help students to reflect and learn on their clinical experience lived during a 6-week rotation in surgery (48-49). This formal activity would be in addition to the habitual teaching of ethics during their exposure to surgery.

Our analysis of 1120 student narratives collected over a 16-year period showed that third-year medical students can well identify and capture the nature of ethical dilemmas arising in the care

of patients. They observe very well the quality of interactions and relationships in the clinical and educational settings, and they develop advanced reflective skills, while maintaining their idealism. The students are very critical about the interactions between the surgical team and the patients and family; they refer to patient best interest; and they observe how well (or not) patient needs are met in the hospital environments, the quality of the communication between patients and staff, and the positive or negative attitude of the different actors of the health care team.

Limitations

One of this study's limitations is that the data were collected in a single institution, in Quebec (Canada), so may not be generalizable to other institutions. The seminar experience reported here was also conducted in another hospital, but the narratives were never collected and analyzed. The study also concerns a limited number of students from a group of approximately 200 students assigned every year in a clinical rotation of approximately 3000 students. The study involved 25 surgeons, the majority from General Surgery, and the others from vascular, thoracic and urology. The evaluation and interpretation of all the narratives was done by a single person (GB). Nonetheless, the lessons learned from the students' narratives provide insight into how medical students are trained and are pertinent for all medical schools to consider. Specifically, surgeons and medical educators should be aware that they are constantly observed by their student, who will judge their behaviors – clinical educators can be positive or negative role models, because what is learned by students is both content and behavior.

Conclusion

Medical education is not just the acquisition of knowledge and skills, but above all the acquisition of a professional identity and the identification of values that will guide professional conduct. Students have desire to become proficient and caring physicians. The medical students who participated in our seminar shared their belief in the professional virtues of altruism, honesty, integrity, excellence, respect, and responsibility and wished to learn from good role models encountered during clinical rotations. Negative behaviours observed by students are teachable events because they show students what is not appropriate and sometimes this is more instructive. It is an occasion for them to develop mindfulness and reflection of what went wrong and the negative effect on the persons involved. The findings of our study suggest that students' reflective narratives are a rich source of information about the informal curriculum. Experience with both positive and negative behaviours were distributed evenly and shaped the students'

experience of the professional values in the daily practice of surgery. Good communication and professionalism of surgeons appeared for the students as fundamental values.

Medical students on clinical rotations are incredible observer of their educators' behaviors. They have the potential and capacity to register any of our actions, smiles, insinuation... As surgeons, we must realize that our practice is public, and it is watched by many around us, most of all by the students. Throughout the years we conducted a seminar on ethics, the students demonstrated energy and enthusiasm and a very good cooperation, even if there was no direct evaluation of their performance at the seminar (it was not a graded activity). They demonstrated a great respect for confidentiality and anonymity.

It has been observed by several researchers in the domain of medical education that third year medical students are prone to forget about the importance of empathy and compassion learned theoretically during preclinical training. The necessity to stay current with the latest developments in medical knowledge, combined with burden of clinical workloads and institutional requirements for efficiency can threaten essential ethical and professional values that were considered fundamental in the preclinical years. This was not the case for our students. Over the years, they showed a very good sense of observation and sensitivity for ethically problematic situations. On no occasion did we see cynicism from the students, nor was the judgment of students ever ineffectual; in fact, their judgment was generally very good even when discussing difficult situations. Contrary to other students who remain silent about ethical issues, our students used the seminar to talk freely about those issues they had encountered. The reason is probably because the number of persons participating was limited (small groups) and trustful, as the seminar was a safe space to express their opinions.

This analysis of student's narratives confirms that medical students are aware, concern and sensitive to ethics and professionalism. They can reflect on ethical challenges and refer to their core ethical and professional values and knowledge to find solution. This analysis of student narratives provided an opportunity to evaluate the importance and the characteristic of the hidden curriculum in our institution. Finally, the information we have obtained will help us to better adjust the teaching of ethics in surgery, at our university.

We believe that instigating reflection and respectful discussions on observed behaviors and encouraging it as a life-long process within work teams can help prevent and correct a progressive slide towards lapses in professional or ethical conduct that occur due to overwork, personal or work-related distress or unconscious uptake of less-than-ideal role-model behaviors.

References

1. Hatherley A, Dolmans D, Hu W, Hegazi I, et al Beyond the struggles: a scoping review on the transition to undergraduate clinical training. *Med Educ.* 2019; 53(6): 559–570.
2. Osborne L W, Martin C M, the importance of listening to medical students experience when teaching them medical ethics. *J med ethics.*1989;15:3538.
3. St.Onge J. Medical education must make room for student specific ethical dilemmas. *Can Med Assoc J.* 1997; 156(8):1175-77.
4. Kass LR. Practicing ethics: Where's the action? *Hastings Cent Rep.* 1990; 20 (1):5-12.
5. Shapiro Johanna, Miller Ron, How medical students think about ethical issues; *Acad Med.*1994;69(7):591-593.
6. Christakis, DA, Feudtner, C. ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Acad Med.* 1993, 6894: 249-54.
7. Byszewski A, Jeewanjit Gill, Heather Lochan, Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience. *BMC Med Educ.* 2015;15 (4):204.
8. White J. The use of reflective writing in exploring student experience in surgery. *J Surg Educ.* 2008; 65(6):518-520.
9. Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *J Gen Intern* 2005; 20 (3):306-11.
10. Wong A, K, Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Educ.* 2014 ;48(5):489-501.
11. Cruess S,Cruess R L, Steinert Y, Supporting the development of a professional identity: General principles. *Med Teach* 2019;41(6):641-649.
12. Wilkinson TJ , WB, DL A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med* 2009 ;84(5):551-8.
13. Carrese JA, Malek J, Watson K, Lehmann LS, Green MJ, McCullough LB, et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanelli Report.*Acad Med.* 2015;90(6):744-52.
14. Sox HC The ethical foundations of professionalism: a sociologic history *Chest.* 2007;131(5):1532-40.
15. Kaldjian LC, Rosenbaum ME, Shinkunas LA, Woodhead JC, Antes LM, Rowat JA, et al. Through students' eyes: ethical and professional issues identified by third-year medical students during clerkships. *J Med Ethics.* 2012;38(2):130–2.
16. Dudzinski D M Integrity in the relationship between medical ethics and professionalism. *Am J Bioeth* 2004;4(2):26-7.
17. Rademacher R, D, K, Critical incidents as a technique for teaching professionalism. *Med Teach.* 2010;32(3):244-9.
18. Branch WT Jr, George M. Reflection-based learning for professional ethical formation. *AMA J Ethics.* 2017;19(4):349–358.
19. Wald H S, Reis S. Beyond the margins: Reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *Journal General Internal Medicine* 2010;25 (7) 746-749.
20. Epstein R M Mindful practice *JAMA.* 1999 ;282(9):833-9.
21. Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-Fletcher A , R, H The becoming: students' reflections on the process of professional identity formation in medical education. *Acad Med.* 2015 ;90(6):713-7.
22. Montgomery A, Doulougeri K,Panagopoulou E. Do critical incidents lead to critical reflection among medical students? *Health Psychol Behav Med.* 2021; 9(1): 206–219.
23. Kulac E, M, H, K Doguc D K.Medical students' participation in and perception of unprofessional behaviors: comparison of preclinical and clinical phases.*Adv Physio Educ.* 2013 ;37(4):298-302.

24. Reddy ST, Farnan JM, Yoon JD, Leo T, Upadhyay GA, Humphrey HJ, Arora VM. Third-year medical students' participation in and perceptions of unprofessional behaviors..Acad Med. 2007 ;82(10 Suppl): S35-9.
25. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC et al. medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum. Acad Med 2010; 85:124-33.
26. Bissonette R, O'shea RM ,Horwitz M,Route CF, A data generated for medical ethics education issues experience by students during clinical training Academic medicine 1995; 70(11):1035-1037.
27. Hicks Lisa K, Yulla Lin, David W Robertson, Deborah Robertson, Sarah I. Woodrow, Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development questionnaire survey and focus group study. BMJ.2001;24,322(7288):709-710.
28. Caldicott CV, Faber-Langendoen K. Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. Acad Med 2005; 80:866e73.
29. Møller JE, Clemmensen CR, Abdullahi Mohamed N, Søndergaard S' Sæther S, Aagaard TH , Gormsen L Medical students' perspectives on the ethics of clinical. Dan Med J 2020;67(4): A10190600.
30. Kelly E, Nisker J. Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: what ethical dilemmas do clinical clerks experience? Acad Med 2009; 84 (4):498-504.
31. Gligorov N, Newell P, Altilio J, Collins M, Favia A, Rosenberg L, Rhodes R. Dilemmas in surgery: medical ethics education in surgery rotation. Mt Sinai J Med.2009;76:297-302.
32. Fard N N, Asghari F, Mirzazadeh A. Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. Med Educ 2010 ;44(7):723-30.
33. Rogers DA, Bowler ML Roberts, Johnson V.Using the hidden curriculum to teach professionalism during the surgery clerkship. J Surg Educ 2012; 69(3):423-7
34. Kittmer T, Hoogenes J, Pemberton J, Cameron clerkship. Am J Surg. 2013 Apr;205(4):426-33.
35. Sullivan M E, J , C , K , J , Nally M , Crookes P. A framework for professionalism in surgery: what is important to medical students? AmJ Surg. 2014;207(2):255-9.
36. Marsden KA, Kaldjian LC, Carlisle EM. Ethical issues encountered during the medical student surgical clerkship. J Surg Res. 2019; 244:272–7.
37. Poola V P,Suh B,Parr T,Boehler M ,Han H,Mellinger J Medical students' reflections on surgical educators' professionalism: Contextual nuances in the hidden curriculum The American Journal of Surgery 2021; 221(2,): 270-276.
38. Hawking M, J, M,Hu C,Yoon J D. Can virtue be taught?": a content analysis of medical students' opinions of the professional and ethical challenges to their professional identity formation. BMC Med Educ 2020 ;20 :380.
39. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Acad Med 1994; 69 (8):670–9.
40. FerineM, Bagas Wicaksono R, LestariDWD Medical Students' Attitudes Towards Ethical Issues Encountered in Clerkship Rotation. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 2021; 567 :293-298.

Les réponses à nos questions : le résumé

À partir de l'analyse des narratifs produits durant le stage de chirurgie par les étudiants, les réponses à nos questions de recherche spécifiques étaient les suivantes.

La majorité des étudiants au cours des 16 années que nous avons étudié ont démontré la capacité de reconnaître et commenter des dilemmes d'éthique clinique ou de professionnalisme. Tous les étudiants au cours des 16 années ont participé à l'exercice de produire un narratif, de le présenter à leur groupe et d'en discuter. La grande majorité a accepté de remettre leur copie pour fin de recherche après avoir été rassurée sur la confidentialité.

L'incidence des incidents critiques liés à l'éthique ou au professionnalisme est élevée, car tous les cliniciens en rencontrent presque tous les jours. Les étudiants ont été capables d'identifier sans trop de difficultés les dilemmes éthiques et les problèmes reliés au professionnalisme. Les dilemmes propres à la condition d'étudiant que nous avons reconnu dans les narratifs nous semblent plus liés au professionnalisme tandis que les problématiques liées aux ressources du système de santé et de la justice relèvent davantage de la réflexion bioéthique.

Les étudiants ont quand même reçu un enseignement de qualité au préclinique et l'ont intégré dans la résolution des dilemmes qu'ils rencontraient. Ils possédaient une assez bonne connaissance du code de déontologie et de plus les étudiants possèdent naturellement une intuition de ce qui est acceptable comme attitude et comportement avec les gens; et ils ont été capables de porter un jugement juste. Les étudiants se sont montrés critiques dans leurs narratifs des décisions prises par les cliniciens. Lors des rencontres par petit groupe j'ai pu observer qu'ils n'étaient nullement intimidés pour exprimer leur opinion. Dans la majorité des narratifs, il n'était pas évident d'identifier des émotions. Comme on le sait, les étudiants en médecine apprennent très vite à cacher leurs émotions. Je n'ai pas retrouvé de véritable détresse morale exprimée dans les narratifs de nos étudiants.

Le matériel recueilli nous a donné plusieurs beaux exemples de décision éthique très bien fondée et de professionnalisme exemplaire. Malheureusement, on rapporte des décisions éthiques qui étaient discutables et des atteintes au professionnalisme. Les narratifs, qu'ils soient positifs ou négatifs, constituent le curriculum caché.

Validité, généralisation et limites de l'analyse

Établir la validité d'une recherche qualitative pose des défis parce que les critères pour la validité sont différents des critères adoptés pour la recherche positive. La validité fait référence à la vérité

et à l'exactitude d'une déclaration et repose sur la relation entre les observations et l'interprétation proposée. Nous pensons que notre étude est valide, car elle correspond de façon cohérente à la réalité de la pratique médicale. La limitation de l'étude actuelle est que la recherche a été faite dans une seule cohorte d'étudiants et dans une seule institution. Nous n'avons pas pu identifier le sexe des étudiants et déterminer s'il y avait des différences d'opinions entre étudiants et étudiantes. Nous savons que la période d'étude est longue soit 16 années et bien que le programme d'étude ne semble pas avoir changé, nous pourrions avoir sous-estimé les changements dans la société, notamment l'influence du numérique.

Aucun narratif n'a fait mention d'une problématique liée au numérique. Cela ne semble pas s'appliquer pour cette période, mais aujourd'hui il en serait peut-être différent de l'étude actuelle et le problème de la généralisation qui affecte souvent les études qualitatives

Chapitre 5 : Discussion

Réflexions sur les dilemmes éthiques vécus par les étudiants et les implications pour la formation

Après avoir rédigé l'article que nous présentons dans les résultats au chapitre 4 du présent mémoire, nous avons amorcé une réflexion sur la taxonomie des dilemmes, sur les réactions des étudiants engendrées par les dilemmes, sur la signification du curriculum caché et la construction de l'identité professionnelle. Enfin, nous avons révisé les stratégies à utiliser pour l'enseignement de l'éthique à l'externat. À la suite de cette réflexion, nous formulons une série de recommandations.

Les dilemmes

Dans notre étude, nous avons recueilli plus de 1000 écrits qui sont essentiellement des narratifs produits par les étudiants à l'occasion d'un stage de chirurgie, et ce sur une période de 16 ans. En comparaison avec les autres rapports, c'est la plus longue observation et celle qui contient le plus grand nombre de récits.

Les dilemmes éthiques abordés par nos étudiants se sont avérés assez similaires à ceux rapportés dans la littérature. Ce sont les dilemmes liés au professionnalisme qui arrivent en tête. Ce sont les publications de Osborne (1), Christakis (3), et St Onge (61) qui ont signalé les premiers le fait jusqu'alors sous-estimé que les étudiants rencontrent des dilemmes éthiques différents de ceux des chirurgiens ou même des résidents en grande partie à cause de leur statut d'étudiant dans l'équipe médicale et de leur plus grande sensibilité comme nouveau membre d'une équipe médicale. En fait, les étudiants n'ont pas encore une armure alors que les résidents sont déjà aguerris aux difficultés éthiques et de professionnalisme alors qu'ils vivent déjà depuis quelque temps le curriculum caché. À la différence du préclinique, les dilemmes vécus par les étudiants sont reliés à la pratique médicale en milieu hospitalier pour lequel il faut désormais une approche pragmatique et non théorique.

Dans un premier temps, en se rapportant aux publications de Fard et Kaldjian nous avons originalement classé les 1045 narratifs selon deux grandes catégories qui sont les dilemmes reliés à l'éthique et ceux reliés au professionnalisme (12-14) (Tableau 1). En rétrospective, cette classification est tout à fait adéquate pour saisir les dilemmes liés au professionnalisme. Toutefois, en examinant les dilemmes que nous avons identifiés sous le thème d'éthique clinique, il apparaissait nécessaire de faire la distinction entre les dilemmes reliés à l'éthique clinique comme

telle, et les dilemmes concernant la justice et l'accès aux ressources. Les dilemmes reliés spécifiquement à l'éducation des étudiants devraient aussi être traités comme une catégorie particulière, davantage associés au professionnalisme. Ainsi, nous avons classé les dilemmes de fin de vie et de choix de traitements comme étant de l'éthique clinique, car cela concerne les dilemmes entourant les décisions que doivent prendre les médecins avec les patients, en jugeant l'indication chirurgicale, les préférences du patient, la qualité de vie et le contexte (37). Les choix éthiques de fin de vie et les choix de traitement thérapeutiques sont évidemment du ressort de l'éthique clinique.

Les dilemmes reliés à la justice et aux ressources pourraient être considérés comme chevauchant entre la bioéthique à cause du discours de la bioéthique sur la santé et les considérations sociétales et l'éthique clinique, car les dilemmes rapportés concernent la qualité des soins administrés aux patients dans la pratique quotidienne (40). Enfin, les questions éthiques reliées à l'éducation des étudiants étant uniques et importantes devaient constituer un groupe à être analysé spécifiquement. Les dilemmes éthiques des étudiants (comme soignant, observateur, victime ou acteur de conduite non professionnelle) vécus par les étudiants durant leur formation médicale relèvent plutôt du professionnalisme que de l'éthique clinique.

Sont inclus pour l'analyse les narratifs qui concernent les relations entre les étudiants et les résidents qui représentent un autre aspect du professionnalisme dans la formation. On remarque que les étudiants ont un regard très critique de la façon dont les résidents, en général, traitent les externes.

Tableau 2 : Taxonomie modifiée des dilemmes éthiques des étudiants

Éthique clinique
Décision de fin de vie Décision de traitement pour maladie non néoplasique Ressources du système de santé Justice
Formation des étudiants et professionnalisme
Apprentissage comme soignant Observateur Victime Conduite non professionnelle Relation avec les résidents

Professionalisme
Communication avec patients et familles
Communication de mauvaises nouvelles
Conduite professionnelle
Consentement
Confidentialité
Vérité aux patients
Erreurs médicales
Responsabilité et engagement professionnel
Relation avec les collègues

Nous avons analysé chacun des groupes de dilemmes pour en déterminer l'incidence et la fréquence. Nous avons de plus indiqué si l'accord des étudiants était positif ou négatif. Nous retrouvons cette information dans les tableaux qui suivent.

Dilemmes d'éthique clinique

Les dilemmes liés aux décisions de fin de vie et aux décisions thérapeutiques sont de l'éthique clinique. L'éthique clinique concerne l'interaction du médecin avec les patients dont il accepte la prise en charge, ainsi que le jugement de ce qui est bon ou mauvais pour ces patients en se basant sur les valeurs principes et normes qui s'appliquent dans le cas particulier de chacun des patients en tenant compte des circonstances et en n'oubliant pas les préférences des patients et la qualité de vie. Les dilemmes éthiques cliniques qui surviennent en pratique commandent une méthodologie d'analyse similaire à celle utilisée en clinique (116).

Le principisme est le plus souvent utilisé par les étudiants dans l'analyse des dilemmes d'éthiques cliniques et dans la recherche d'une résolution du ou des dilemmes avec lesquels ils sont confrontés (59). L'éthique clinique invite à l'action, a des décisions réfléchies et discutées pour parvenir si possible à une certaine unanimité avec les besoins et les vœux du patient. Les étudiants sont donc des témoins actifs des dilemmes éthiques et s'initient au raisonnement moral avec l'équipe de soin. En général, les étudiants ont une opinion positive quant à la résolution des dilemmes d'éthiques cliniques par l'équipe de soins, surtout en ce qui concerne les décisions de fin de vie. Cependant, ils sont beaucoup plus critiques quand il s'agit des décisions thérapeutiques pour les conditions non néoplasiques.

Tableau 3

Dilemmes d'éthiques cliniques		+ve	-ve
Décisions à la fin de vie	n=172	123	49
Décision de traitement pour maladie non néoplasique	n=111	66	45

Ainsi, connaître et comprendre les problématiques d'éthiques cliniques n'est qu'une partie du bagage professionnel que doivent acquérir les étudiants pour devenir des médecins compétents et éthiques. Ils doivent développer leur jugement à savoir quand et comment appliquer les principes éthiques, quand demander conseil pour trouver une bonne décision, comment négocier quand il y a désaccord entre les médecins, les patients, les familles ou les collègues. Dans certaines circonstances, des étudiants peuvent être très inconfortables. Ils peuvent se rallier aux décisions, mais aussi, les critiquer. Les critiques des étudiants se font souvent en privé par crainte de représailles surtout au niveau de leur évaluation.

Dilemmes : ressources et justice

Certains étudiants ont aussi été sensibles aux dilemmes liés aux ressources et à la justice. La résolution des dilemmes de cet ordre réclame une approche qui nous apparaissait proche de la réflexion en éthique clinique et la dimension sociale du professionnalisme. Les dilemmes éthiques qui concernent les dilemmes liés à la justice et aux ressources demandent quand même une sensibilité sociale et un raisonnement structuré. Toutefois, les étudiants se sentent impuissants à trouver des solutions pour l'accès aux ressources et la justice, notamment quand ils observent des passe-droits et des injustices par les membres de l'équipe. (38-40). L'opinion de nos étudiants est très négative en ce qui concerne le fonctionnement du système de santé. C'est sûrement en relation avec les problèmes que vit le système de santé au Québec depuis de nombreuses années.

Tableau 4

Dilemmes d'éthiques cliniques		+ve	-ve
Justice	n=26	1	25
Ressources du système de santé	n=22	0	22

Dilemmes liés au professionnalisme

Ce sont les plus fréquents. Nous avons divisé les narratifs sur le professionnalisme en sous-groupe : communication, obtention d'un consentement, confidentialité, dire la vérité, discussion des erreurs médicales, la conduite professionnelle, la responsabilité et les relations avec les collègues.

Tableau 5

Éthique professionnelle		+ve	-ve
Communication avec patients et famille	n=142	66	76
Communication de mauvaises nouvelles	n=168	89	79

Conduite professionnelle	n=143	44	99
Consentement	n=110	43	67
Confidentialité	n=56	19	37
Vérité	n=38	10	28
Erreurs médicales	n=33	4	29
Responsabilité et engagement professionnel	n=34	11	23
Relation avec les collègues	n=25	3	22

Parmi les préoccupations éthiques de nos étudiants, le professionnalisme occupe une grande place, soit 65% de tous les narratifs que nous avons examinés. Les étudiants dans leur narratif indiquaient leur jugement et dans 58% ils signalaient un désaccord ou un questionnement sur les incidents critiques qu'ils avaient observés. La réflexion se fait en référant au code de déontologie.

Les étudiants sont des observateurs très critiques des comportements, attitudes, paroles et réflexions de leurs professeurs et des résidents avec qui ils travaillent. Ils deviennent comme des témoins de la qualité de la communication, des relations humaines, de la qualité des procédures et gestes thérapeutiques, de la conduite professionnelle des chirurgiens consultants, résidents et étudiants. Ils peuvent ressentir de l'anxiété, du ressentiment ou de la culpabilité quand ils sont témoins de dilemmes liés au professionnalisme parce que les supérieurs n'ont pas agi de façon éthique ou que leurs valeurs sont ignorées.

Dilemmes liés à l'apprentissage des étudiants

Tableau 6

Dilemmes des étudiants		+ve	-ve
Éducation des étudiants	n=41	1	40
Relations des étudiants avec les résidents	n=24	10	32

Les dilemmes vécus par les étudiants en relation avec leur apprentissage apparaissent comme une catégorie à part et différente nécessitant une réflexion sur le professionnalisme des éducateurs, sur leur respect des étudiants, et sur la reconnaissance de la situation particulière des étudiants dans le système hospitalier. Le jugement de nos étudiants est plutôt sévère en ce qui concerne les conditions liées à l'apprentissage en médecine.

Résolution des dilemmes : jugement éthique

Même si le but de notre étude n'était pas de connaître la sensibilité éthique de nos étudiants, et leurs émotions. Nous avons réalisé à l'analyse des narratifs que les étudiants avaient manifesté une très grande sensibilité à l'éthique et au professionnalisme durant le stage de chirurgie et

n'avaient pas hésité à signifier leur accord ou désaccord avec les décisions éthiques ou les comportements professionnels de leurs supérieurs.

Les dilemmes du professionnalisme sont des événements qui surviennent quotidiennement pour les apprenants, au cours desquels ils sont témoins ou participent à une action qu'ils pensent être inapproprié, mauvaise ou contraire à l'éthique (127-128). Nos étudiants ont jugé que dans l'ensemble des dilemmes rapportés, 38% avaient un dénouement qui était en accord avec leurs valeurs personnelles et les valeurs enseignées à la faculté de médecine alors que 61% des étudiants étaient en désaccord soit avec la résolution du dilemme éthique ou avec la conduite professionnelle observée. (Tableau 1 dans résultats au chapitre 4)

Les étudiants n'ont jamais subi de pression ou de contrainte quant à l'expression franche de leur opinion. Cela est dû au fait que les étudiants étaient assurés en début de stage, de la confidentialité totale de leurs narratifs, même lors des discussions en petits groupes à huis clos.

Réaction aux dilemmes de professionnels

Les émotions

On sait que les problèmes éthiques ou des atteintes au professionnalisme peuvent engendrer des conflits entre les principes et valeurs et les actions et conduire à des compromis sur l'intégrité professionnelle, générer de la détresse psychologique ou pire la détresse morale (127-133). Il est compréhensible que les dilemmes moraux suscitent des réactions émotionnelles intenses, telles que la frustration, la colère et l'anxiété, et conduisent souvent à l'épuisement émotionnel, à la fatigue de la compassion, à la dissonance émotionnelle et au sentiment d'abandon par les organisations professionnelles et les pairs. Lorsque les étudiants sont témoins d'un incident critique pour lequel ils sont en accord, ils peuvent démontrer des émotions positives où ne manifester aucune émotion.

Les émotions qui surviennent quand un professionnel fait face à un dilemme éthique sont le plus souvent considérées comme une perturbation ou une menace à la pratique éthique. La pratique éthique, communément comprise comme la prise de décision éthique, exige une pensée rationnelle et les émotions peuvent interférer avec le raisonnement et constituer un obstacle à la prise d'une bonne décision éthique. La prise de décision éthique exige donc de prendre de la distance par rapport aux émotions afin de penser adéquatement et objectivement. D'ailleurs, dans le processus de socialisation de l'école de médecine, il faut comprendre que les étudiants apprennent rapidement à cacher leurs émotions pour accorder toute leur attention aux faits et aux

données objectives. Ainsi, il y a beaucoup moins d'attention dévolue à la reconnaissance subjective des émotions (131).

Nous avons quand même recensé des émotions négatives quand des décisions ou des attitudes et actions étaient en contradiction avec leurs valeurs, les principes éthiques appris à l'école de médecine ou au code de déontologie. Parfois, ils étaient très troublés quand il y avait des problèmes de mauvaises relations entre collègues (99).

Détresse morale

La détresse morale est définie comme le fait de savoir ce qu'il est éthiquement correct de faire, mais de se sentir incapable d'agir. Ainsi, quand les étudiants en médecine identifient une réponse appropriée à une situation particulière, mais sont empêchés de la mettre en œuvre, ils peuvent développer une détresse morale (111). La détresse morale peut aussi survenir quand les gens voient les autres souffrants ou quand les décisions transgressent leurs valeurs profondes (131). Quand il y a un désaccord exprimé ouvertement ou non, par les étudiants sur un dilemme éthique rencontré par les étudiants, la situation peut provoquer de la détresse morale chez les étudiants. On doit reconnaître que la détresse morale est omniprésente dans la pratique clinique des professionnels. Elle est ressentie non seulement dans les situations de vie ou de mort, mais aussi dans de nombreuses situations plus banales, par exemple lorsqu'on fait pression sur des patients pour qu'ils se conforment aux traitements ou qu'on leur communique des informations de manière sélective.

Sensibilité particulière des étudiants qui apprennent sur des patients

Durant la formation, une autre situation d'apprentissage potentiellement anxiogène survient lorsqu'ils pratiquent des techniques sur les patients. Les étudiants doivent nécessairement apprendre sur les patients et cela peut se faire avec des conséquences comme la douleur. L'obtention du consentement peut aussi générer de l'anxiété. Une étude multicentrique par Rees et Monrouxe a révélé que les étudiants en médecine qui devaient effectuer des examens intimes sans un consentement valide des patients ont démontré deux types de réponses aux dilemmes de professionnalisme : soit l'acceptation pour certains de la demande alors que d'autres s'opposaient (132).

Le principe général des problèmes éthiques que rencontrent les étudiants qui apprennent sur les patients est le dilemme entre les avantages qui peuvent servir à l'étudiant et les désavantages pour le patient. Il peut y avoir de la part des éducateurs une certaine pression mise sur les

étudiants pour apprendre sur les patients malgré les inconvénients occasionnés aux patients. Cette situation peut mettre des étudiants et les patients dans l'embarras.

Quand les étudiants se sentent en conflit avec ce qu'ils sont obligés de faire pour apprendre, l'obtention d'un consentement du patient peut être problématique. La situation est d'autant plus délicate surtout quand l'étudiant doit s'introduire auprès du patient en affirmant qu'il est un médecin alors qu'il ne l'est pas. Les recherches suggèrent qu'agir contre sa conscience au travail peut avoir un certain nombre de conséquences graves pour les individus et les organisations comme une diminution de la compassion et l'épuisement professionnel, la diminution de l'empathie envers les patients et l'abandon des patients. Il s'ensuit un risque pour la sécurité des patients, et l'efficacité des soins, une diminution du bien-être du personnel (133).

La maîtrise des émotions

Comment les étudiants en médecine peuvent-ils mieux répondre aux dilemmes du professionnalisme dans le monde complexe et difficile dans lequel nous vivons aujourd'hui? On sait que les problèmes éthiques ou des atteintes au professionnalisme peuvent engendrer des conflits entre les principes et valeurs et les actions et en retour conduire à des compromis sur l'intégrité professionnelle, générer de la détresse psychologique ou pire la détresse morale.

Guillemin fait appel à la réflexion et propose la pleine conscience pour mieux gérer les émotions des étudiants générées par les dilemmes éthiques et de professionnalisme associés à la pratique médicale (105-134). Ainsi, les étudiants doivent d'abord être sensibilisés aux moments éthiquement importants dans la pratique quotidienne. Être attentif à l'éthique implique d'être attentif aux émotions quotidiennes qui sont souvent négligées dans le tourbillon de la pratique médicale. La pleine conscience éthique exige de saisir dans la pratique médicale les situations dans lesquelles l'éthique est impliquée. Il faut reconnaître que les principes éthiques ne sont pas seulement des concepts que l'on apprend, ce sont des valeurs auxquelles on tient. Si une valeur à laquelle nous tenons est menacée, on peut ressentir une réaction d'ordre émotionnelle. Il faut alors, être capable d'articuler ce qui est éthiquement en jeu et reconnaître les limites de son point de vue. Cela implique la réflexion sur nos propres émotions et la reconnaissance de leur source en nous-mêmes. Il faut être capable de retourner dans nos expériences passées et avoir la capacité de regarder la situation du point de vue de l'autre. On rejoint ici le référentiel CanMEDS. Les bons praticiens, qui font face à un dilemme éthique, trouvent l'occasion d'examiner leur propre identité morale et d'évaluer le type de praticien qu'ils veulent continuer d'être. Faire face à nos émotions et poser les questions difficiles sur notre identité morale peut demander du

courage. Nos émotions peuvent révéler des aspects de nous-mêmes dont nous avons honte, ou qui remettent en question notre sentiment d'identité et de valeur personnelles. Avoir le courage de réfléchir et d'agir en dépit de nos craintes nous pousse à sortir de notre zone de confort. Il peut apparaître plus facile de supprimer ou d'ignorer certaines de nos émotions, mais cela peut nous faire passer à côté de choses importantes. Cultiver un détachement émotionnel injustifié est un risque pour la pratique éthique (134).

Comportement des étudiants en réponse aux dilemmes avec lesquels ils sont en désaccord

Les problèmes éthiques, leur signification et leur importance peuvent expérimenter de façon différente par les étudiants. De quelle façon les étudiants s'adaptent-ils aux dilemmes éthiques et de professionnalisme rencontré en stage clinique? Comment réagissent-ils? Y a-t-il de la peur, de l'angoisse ou du cynisme? Retrouve-t-on un mécanisme d'adaptation unique approprié pour un groupe de personnes, ou pour une seule personne pendant un stage en clinique. Les réactions aux dilemmes éthiques dépendent de la situation, des personnes impliquées et de la personnalité de l'apprenant.

Christakis (1993) et Feudtner (1994) affirment que les étudiants ont souvent préféré une stratégie d'attente avant de se prononcer sur des situations d'éthique ou de professionnalisme dont ils sont témoins (3,4). Ces chercheurs soutiennent que la plupart des dilemmes que rencontrent les étudiants sont des situations conflictuelles avec lesquelles ils ne sont pas nécessairement à l'aise et ils doivent décider s'ils doivent parler ou demeurer silencieux? Pour se justifier de garder le silence, ils invoquent la maxime d'Hippocrate : « d'abord ne pas nuire », alors qu'ils devraient le plus souvent utiliser une maxime socratique qui est « ne pas demeurer silencieux » (133,135,136).

Dans une autre recherche sur les réactions et l'adaptation des étudiants, les narratifs rapportés par les étudiants à qui l'on demandait de décrire leurs réactions et leurs émotions quand ils étaient en désaccord avec les décisions, les valeurs et comportements de leurs supérieurs, on constate que les étudiants hésitent souvent avant de s'exprimer ou de poser des questions (136). La richesse du matériel présentée dans cette étude est évidente. Toutefois, comme l'information est obtenue à partir de rapports écrits et qu'il était impossible d'interroger ou d'interviewer les sujets, on a manqué l'occasion d'obtenir plus d'informations.

Selon Ryyananen, la socialisation émotionnelle est l'une des fonctions de la formation professionnelle (137). Confrontés à l'incertitude, à l'anxiété et aux attentes démesurées, les étudiants apprennent à contrôler leurs émotions et à développer cette compétence

professionnelle. Au cours de la socialisation morale, l'idéalisme personnel des étudiants en médecine se transforme en idéalisme professionnel, au fur et à mesure que les réalités de la pratique médicale deviennent claires. Donc, pendant leur stage en clinique, la réponse la plus courante des étudiants aux problématiques d'éthique et de professionnalisme semble être la tendance à ne pas répondre, à ne rien dire, à ne rien faire, à ne pas protester. Cette attitude de non-implication est due à une certaine peur que les protestations ou le questionnement en public soient mal perçus par les chirurgiens ou les résidents et que finalement cela en vienne à nuire à leur carrière. La culture entre aussi en considération (135).

Les raisons pour lesquelles les étudiants ne dénoncent pas des conduites inacceptables sont multiples. Il faut comprendre que les étudiants décrivent des situations non éthiques et qu'ils considèrent inacceptables, mais ils réalisent que, pour d'autres, cela pourrait être acceptable. C'est donc dans ce contexte que les étudiants vont garder le silence sur des conduites ou des décisions qu'ils n'approuvent pas. Ils ont des doutes quant à leur expérience et leur état de néophyte dans le monde médical et qu'ils sont des outsiders; il y a donc un doute sur leurs compétences à juger. L'autre raison est que les étudiants s'identifient à leur future profession et comprennent que certains médecins ne sont pas tout à fait éthiques, et qu'eux aussi peuvent un jour avoir une conduite qui n'est pas tout à fait éthique. Certains étudiants gardent le silence en l'absence de mécanismes pour s'exprimer sur la question et déposer une plainte. Ils se sentent incapables de provoquer des changements dans l'institution où ils font leur apprentissage. Il y a le questionnement sur la possibilité d'influencer des personnes, de les éduquer ou même de les changer et même du droit à les juger. Les étudiants ne veulent pas créer une atmosphère de travail désagréable dans l'équipe de soins, car les étudiants comprennent que la collégialité est une valeur éthique et veulent la préserver en gardant le silence. De façon pragmatique, les étudiants craignent surtout les impacts sur leur évaluation et leur future carrière.

Qu'en est-il de la réaction publique de nos étudiants aux décisions de nature éthique ou de professionnalisme? Nous observons que les étudiants ne révèlent pas spontanément leur pensée profonde lors de leur stage en milieu hospitalier et font preuve de prudence. En réalité, les réactions des étudiants dépendent des personnes impliquées, du contexte et des mécanismes d'adaptation qui sont pour la plupart subtils et discrets et liés au bon sens contextuel.

Nos étudiants n'ont pas démontré d'opposition face aux décisions éthiques ni aux comportements non professionnels de leurs supérieurs résidents ou chirurgiens. Toutefois, les narratifs que nous avons analysés étaient critiques et reconnaissaient les éléments positifs ou négatifs des décisions ou des comportements et attitudes. Nous avons constaté que les étudiants commençaient à

développer et affirmer leur jugement à travers des narratifs. Nous pensons que les étudiants n'ont pas manifesté de cynisme ou d'érosion de leur éthique dans les narratifs recueillis pendant leur stage.

Réflexion sur le curriculum caché révélé par les narratifs des étudiants

Le curriculum caché, c'est l'influence de la culture et de l'organisation dans laquelle les étudiants en médecine font leur apprentissage (21). Le curriculum caché se définit par des règles sociales non écrites des habitudes et des rituels que nous semblons connaître, mais jamais n'apprit de façon formelle qui permet aux résidents et aux étudiants de survivre dans une institution où ils reçoivent leur formation (21). Un exemple du curriculum caché pourrait être que durant l'externat, les étudiants ne sont pas encouragés par les résidents et chirurgiens à voir et s'occuper des patients en phase terminale. Selon certains professeurs et résidents, les externes n'ont rien à apprendre de ces patients. Les externes ont, semble-t-il, autre chose à apprendre de plus important que les soins palliatifs? Donc un message qui n'est pas toujours adéquat et conforme à l'idéal de la médecine – c'est cela le curriculum caché (21).

Quand on relit les écrits narratifs et qu'on les analyse, l'on constate que nos étudiants nous brossent un portrait du curriculum caché dans notre institution incluant les conduites exemplaires des chirurgiens, mais le curriculum caché peut aussi mettre en évidence des déviances des éducateurs ou des résidents face au professionnalisme et aller à l'encontre des messages idéaux que les étudiants ont reçus dans les années précliniques. Dans ce contexte, le curriculum caché peut éventuellement provoquer, chez certains étudiants, une perte d'idéalisme, une perte de la sensibilité émotionnelle, un changement dans l'intégrité éthique et l'acceptation des actions des supérieurs sans aucune discussion, ce qui est loin de l'idéal. Dans le contexte du curriculum caché, le raisonnement moral peut générer une importante anxiété, et conduire à un certain épuisement émotionnel. Le raisonnement moral a évolué en cours de formation (143). Rogers propose d'utiliser les éléments positifs et négatifs du curriculum caché pour enseigner le professionnalisme (13). Le séminaire a été une occasion pour les étudiants de découvrir avec l'aide du facilitateur, le curriculum caché, car le curriculum, caché, participe à la construction de l'identité professionnelle des étudiants (140-142).

Réflexion sur la construction de l'identité professionnelle.

La construction de l'identité professionnelle durant la formation médicale et un processus individuel ou l'étudiant développe sa façon personnelle de devenir un médecin avec ses valeurs,

sa vision et ses buts. Plusieurs auteurs ont reconnu l'importance de développer une identité professionnelle. De nombreux éducateurs en médecine ont signalé l'importance de l'identité professionnelle pour inciter les futurs médecins à la pratique d'une médecine humaniste (137,145-148). Les facultés de médecine, du Canada influencé par le référentiel CanMEDS du Collège Royal, ont fait de grands efforts pour encourager le développement de l'identité professionnelle des étudiants (56). La formation de l'identité professionnelle est un processus adaptatif et développemental qui se produit à deux niveaux soit au niveau de l'individu ce qui implique le développement psychologique de la personne, et au niveau collectif, ce qui implique la socialisation de l'étudiant dans une participation appropriée au travail de la communauté (146).

Ryynanen, de l'université de Helsinki, a exploré la construction de l'identité professionnelle chez les étudiants en médecine (134). Au Canada, plusieurs auteurs ont réfléchi sur le concept de l'identité professionnelle. Sylvia Cruess, de l'université McGill a proposé des principes pédagogiques pour faciliter ce développement (84). Wong de l'université McMaster a conduit une recherche chez 65 étudiants en médecine qui ont consenti à produire un essai narratif sur la question de l'identité professionnelle. Les étudiants ont identifié cinq thèmes, dont le modèle de rôle des professeurs, le curriculum formel et caché, la rencontre avec les patients et les attentes de la société. Tous ces facteurs ont un impact sur le développement de l'identité professionnelle, qui est un processus dynamique facilité par la narrativité (148). Jarvis-Sellinger de l'université de Colombie-Britannique au Canada a souligné les deux composantes importantes dans la formation de l'identité, soit la contribution individuelle et la contribution de la société (146,147).

À l'université de Toronto, Hendelman dans une enquête auprès des étudiants, à examiner les conduites non professionnelles des médecins, dont les étudiants, ont été témoins. L'auteur nous rappelle l'importance des modèles de rôle pour la formation des étudiants au professionnalisme et de l'identité professionnelle (145). Wald partage les mêmes préoccupations pour la formation de l'identité professionnelle chez les étudiants en médecine pour devenir des médecins résilients et humains. Il propose une approche pédagogique basée sur la réflexion interactive afin de faciliter la capacité de réflexion, l'attention aux émotions et la résilience. Il propose aussi des modules d'enseignement en synergie avec la pratique clinique des étudiants. Enfin, il propose de développer avec les étudiants un porte-folio et suggère de faciliter la formation des professeurs de la faculté pour devenir des enseignants efficaces dans la formation des étudiants à la réflexion dans la pratique médicale (148,149). La réflexion des professeurs est cruciale pour qu'eux aussi soient dans la même recherche d'excellence que les étudiants (150). Nous pensons que notre démarche pédagogique auprès des étudiants nous a permis de participer à la formation de leur

identité professionnelle en stimulant la réflexion par la narrativité et en leur donnant l'occasion de s'exprimer sur les dilemmes rencontrés au cours du stage.

Réflexion sur les stratégies pour l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme à l'externat

La question des préoccupations éthiques de nos étudiants nous conduit inévitablement à une réflexion sur l'enseignement de l'éthique durant la formation clinique. L'enseignement de l'éthique doit donc poursuivre deux buts soit d'abord de former un médecin vertueux qui répond aux exigences du professionnalisme et aussi un médecin qui possède les habiletés nécessaires pour l'analyse et la résolution de dilemmes éthiques (31,91). La formation en éthique et au professionnalisme comporte non seulement l'enseignement d'une composante cognitive et celle du raisonnement moral, mais aussi l'apprentissage de l'attitude et du comportement à adopter pour devenir un bon médecin. On y aborde des questions comme la communication, le consentement, le risque des interventions. Il s'agit ici d'éveiller les étudiants à un comportement dicté par le professionnalisme. Il faut durant la formation et éventuellement dans la pratique de la médecine maintenir la compétence en clinique, mais aussi démontrer de l'honnêteté, de l'intégrité, de l'empathie, de la compassion, du respect pour la dignité des patients, tout en veillant à leur propre bien-être pour mieux servir l'intérêt des patients (151). Activez la réflexion pour leur permettre de mieux identifier les problèmes éthiques de la pratique et de reconnaître la question délicate des conduites non professionnelles (153).

Les chirurgiens ont toujours été convaincus de la pertinence d'une bonne formation en éthique pour permettre comme clinicien de s'engager dans une délibération morale adéquate, capable de traiter les problématiques générées par les situations de soins complexes.

Objectif de la formation

L'enseignement de l'éthique et du professionnalisme doit faciliter le développement des qualités, valeurs, attitudes et conduites qui sont essentielles à la pratique de la médecine. Les étudiants doivent acquérir les qualités humaines nécessaires à la pratique d'une médecine centrée sur le patient, mais aussi avoir l'esprit critique nécessaire au professionnalisme (153). L'objectif de la

formation en éthique est inscrit dans une perspective pragmatique afin d'éveiller les futurs professionnels de santé aux enjeux contemporains des soins et de leur permettre de développer une pratique de soins conscientisés, critiques et responsables dans une démarche d'analyse réflexive sur des problèmes réels qu'ils vivent eux-mêmes en tant que futur soignant (153-156).

Par ailleurs, on entend souvent par éthique le processus de raisonnement que doit posséder un médecin pour dénouer des situations complexes où s'affrontent des valeurs et des principes. Il faut donc développer un raisonnement moral chez les étudiants dans leur préparation à devenir un clinicien adéquat (109,110). La formation en éthique devrait permettre aux étudiants de comprendre l'importance de leur responsabilité envers la profession et la société. En contact étroit avec leurs professeurs, les étudiants doivent aussi apprendre que des facteurs comme la fatigue, la surcharge de travail, le stress, la mauvaise communication et l'absence d'écoute peuvent influencer les choix moraux et l'importance de prendre soin de soi comme le suggère le programme CanMeds (57-58).

Méthodes pédagogiques

Selon Cruess, en médecin, il faut des approches pédagogiques actives, réflexives et situationnelles (67-69). Sur le plan pédagogique, il ne faut pas concevoir la formation à la compétence éthique dans une logique exclusive d'enseignement conventionnel. Il faut une intégration de l'enseignement, de l'éthique et du professionnalisme tout le long du curriculum. La logique d'apprentissage doit être centrée sur l'apprenant et sur son interaction avec l'environnement comme source d'apprentissage plutôt que sur le professeur. La discussion en petit groupe, l'utilisation de moments propices à l'enseignement de l'éthique sont des stratégies qui doivent être déployées durant les stages cliniques (157,158). (3).

Plusieurs méthodes pédagogiques sont aussi proposées dans la littérature comme les jeux de rôles, les patients simulés, les séances sur l'histoire de la médecine, la lecture d'essais et de littérature et l'utilisation de séries télévisées ou de films. Il y a même un test de concordance qui a été expérimenté à l'Université de Montréal pour faciliter l'apprentissage du professionnalisme (159). Mais, le véritable apprentissage de l'éthique se fait auprès du malade, de façon informelle dans les unités de soins et avec des cliniciens agissant comme facilitateurs. Cette formation pratique est surtout acquise lors des stages cliniques où il y a la possibilité de mettre en pratique la théorie et pour les étudiants de s'exercer réellement sous la surveillance de professeurs.

Éthique narrative comme approche pédagogique

L'éthique narrative met en évidence l'histoire du patient dans son contexte particulier et singulier et cherche à humaniser les soins. La narrativité donne accès aux perceptions et aux valeurs que les gens privilégient (119,120). Nos étudiants ont d'ailleurs dans leurs narratifs identifiés les valeurs des patients et le professionnalisme des membres de leur équipe. Le modèle pédagogique que nous avons utilisé dans cette étude semble remplir ces conditions en favorisant la réflexion par l'écriture et la discussion.

Coulehan affirme que les étudiants sont très tiraillés entre l'idéal et la réalité de tous les jours (151). Pour cette raison, il propose un changement de culture pour l'enseignement du professionnalisme et suggère une approche narrative en réponse à la promotion d'un professionnalisme technique et non réfléchi. Sa proposition est de résoudre le paradoxe entre l'altruisme comme proposition idéale et l'intérêt personnel des médecins (151). Selon Milota, la médecine narrative, est un outil pédagogique reproductible qui peut avoir un impact positif et mesurable sur les attitudes, connaissances et habiletés des étudiants. Toutefois, il admet qu'il n'y a pas d'évidence que la médecine narrative va effectivement influencer la conduite des étudiants envers les patients ou les collègues. Il n'est donc pas certain de l'effet à long terme de la médecine narrative (121). La narrativité nous permet de retrouver le sens des histoires des patients et de leurs familles en nous appuyant sur le langage et la communication. Le langage sert aussi de base à la discussion (152).

C'est ce que nous avons tenté de faire avec nos étudiants en les faisant participer à une discussion en petit groupe des dilemmes éthiques et de professionnalisme rapporté par chacun des étudiants.

Il y a plusieurs approches pédagogiques à la formation en éthique et l'approche narrative que nous avons utilisée est considérée comme pouvant aider à la formation en éthique clinique et au professionnalisme en stage de chirurgie (120,126). Les apprentissages doivent si possible être basés sur la perspective des étudiants pour aider à transformer les connaissances souvent tacites des étudiants en connaissances explicites, avec l'approche réflexive.

Il y a quand même un certain nombre de critiques sur l'approche narrative, dont un risque d'inflation du récit conduisant à un certain relativisme au détriment d'un esprit critique plus rigoureux. Par ailleurs, l'éthique narrative peut favoriser un défaut d'équilibre entre des principes moraux déjà acceptés et le récit particulier du patient. Il faut du discernement pour donner un sens au récit en l'intégrant dans un contexte. La narrativité permet d'intégrer les principes moraux

comme l'autonomie, la bienfaisance et la justice et de leur donner un sens avec plus de sensibilité, de précision et d'applicabilité. Le principisme et l'éthique narrative ne devraient pas être exclusifs, mais des éléments complémentaires (117). L'objectif de cette recherche est l'étude des narratifs des étudiants pour mieux connaître les principaux dilemmes qui influencent leur éthique professionnelle. C'est aussi de constater leur capacité à reconnaître et analyser des dilemmes éthiques. La connaissance par les éducateurs des dilemmes éthiques des étudiants permettrait de sensibiliser les professeurs et de travailler à mieux adapter le contenu du curriculum et les méthodes d'enseignement.

L'éthique narrative donne l'occasion d'une réflexion critique sur notre structure théorique de l'éthique et permet de rejoindre la réalité des professionnels de la santé et des patients. L'éthique narrative replace les expériences vécues dans le grand discours de la médecine et incite à réfléchir sur le contexte politique, social et historique. L'affirmation que la médecine est plus que des connaissances scientifiques et des habiletés techniques nous amène à considérer que les étudiants ont besoin d'un peu plus de formation dans les humanités médicales. Ce qui fait que l'éthique narrative est plus importante que les humanités médicales, c'est la reconnaissance que le professionnel de la santé doit aussi adresser des problématiques comme le pouvoir et le contexte dans son interprétation et la construction de son récit narratif. Il doit donc considérer l'aspect social dans un récit narratif et le choix de valeur que la société dicte avec le but d'améliorer les aptitudes à la communication et dans le but de développer la réflexion et l'identité professionnelle des étudiants. Le modèle que nous avons utilisé dans cette étude remplit ces conditions en favorisant l'apprentissage de l'éthique et du professionnalisme par la réflexion, l'écriture et la discussion. Au modèle déontologique de la formation à l'éthique visant l'adoption par le professionnel du comportement estimé adéquat par ses pairs, on substitue un modèle visant la découverte par les étudiants sur le terrain dans des situations concrètes des principes d'action éthique.

La dynamique de l'enseignement de l'éthique a donc évolué. On a introduit une participation active des étudiants et considéré leur opinion sur leur propre réalité (67). Les éducateurs en médecine ont toujours été sensibles à la constitution d'un curriculum adapté aux étudiants d'où leur intérêt pour aller chercher une information pertinente des besoins des étudiants en utilisant des entrevues, des questionnaires, des enquêtes, des études de cas, des journaux de bord étudiants, et des rapports écrits par les étudiants. C'est ce que nous avons fait ici. On peut facilement comprendre que ce modèle d'éducation où l'étudiant est pleinement impliqué dans la reconnaissance et l'identification des situations pragmatiques d'éthique clinique où d'éthique

professionnelle qu'ils rencontrent durant leur stage est beaucoup plus stimulant pour les étudiants. À cela s'ajoute la contribution essentielle et fondamentale des chirurgiens comme rôle modèle.

Rôle modèle des chirurgiens et des résidents

L'enseignant de médecine doit connaître le curriculum formel, soit les éléments importants de la formation des futurs médecins, les connaissances et les habiletés à maîtriser à chaque niveau d'apprentissage, du préclinique à l'externat. Toutefois, le formateur doit aussi être conscient du curriculum informel et du curriculum caché de l'institution dans laquelle il est impliqué. Les cliniciens qui enseignent démontrent tous les jours leur expertise, mais aussi de leur éthique et leur professionnalisme. La révélation du professionnalisme de l'enseignant est dans l'action plutôt que dans la discussion. Le modèle de rôle des patrons et résidents est donc très important pour la formation des étudiants, car ils vont observer et réfléchir de façon critique sur la conduite de leur précepteur et vont en principe tenter par la suite de reproduire les comportements qui leur apparaissent en conformité avec l'art de la médecine (159-160). Les étudiants ont besoin de voir comment se comporte un bon clinicien, comment il établit une bonne relation avec les patients et familles, et comment il est engagé et responsable par rapport à ses patients (160-161). Les modèles de rôle sont des individus qui sont admirés et sont essentiels non seulement pour l'acquisition de l'expertise professionnelle, mais aussi pour la socialisation nécessaire des apprenants.

À l'occasion d'une évaluation tenue en 2004-2006, nous avons demandé à nos étudiants qui a été leur modèle de rôle. Nous avons constaté que pour la plupart d'entre eux le meilleur modèle de rôle était celui de leur patron immédiat, mais pour certains, c'était le résident ou les résidents avec lesquels ils avaient travaillé. Les étudiants espèrent rencontrer des modèles de rôle parmi les éducateurs médicaux, les résidents et le personnel hospitalier. Les narratifs nous donnent un aperçu de ce que les étudiants perçoivent comme un bon chirurgien et un bon enseignant. Les chirurgiens qui sont identifiés par les étudiants comme de bons modèles de rôle sont d'excellents cliniciens qui s'occupent bien de leurs patients, de leurs étudiants, des résidents et du personnel. Le respect de tout un chacun est fondamental. La communication de bonne qualité se manifeste par une bonne écoute, de l'ouverture et de l'empathie. Le comportement et l'attitude doivent être adéquats avec tous sans discrimination et sans préjugés. Les décisions doivent être rationnelles dans le respect de l'autonomie. La responsabilité vis-à-vis le patient doit être maintenue durant tout le parcours de la relation avec le patient. Les erreurs sont possibles, mais ne doivent pas être cachées aux patients. La relation avec les collègues doit être honnête et conviviale de bonne qualité.

Les étudiants rencontrent beaucoup de bons rôles modèles durant leur formation, mais il n'est pas rare de rencontrer des cliniciens qui n'ont pas une conduite exemplaire (161). Il faut reconnaître que les observations des étudiants rapportées dans leurs récits narratifs sont véridiques. Il est certain que les étudiants ont vu et entendu des propos à caractère non professionnel durant le stage de chirurgie. Dans une étude sur la conduite non professionnelle par spécialité. Certains auteurs ont avancé que les conduites non professionnelles, quoique rares, étaient plus fréquentes dans les spécialités dites chirurgicales (163).

On constate donc qu'être modèle de rôle n'est pas nécessairement facile. Les enseignants ont plutôt tendance à parler de ce qui théoriquement devrait être fait plutôt que de le faire dans la vie de tous les jours. Dans la vie agitée de la clinique, quand on manque de temps, il n'est pas toujours évident de donner l'exemple et de démontrer ce qu'un bon médecin devrait faire avec les patients. Il faut mentionner que les cliniciens n'ont pas toujours reçu une formation adéquate sur l'enseignement du professionnalisme et peuvent sous-estimer l'importance de leur rôle auprès des étudiants (161). Plusieurs éducateurs médicaux ont mentionné l'importance de discuter avec les étudiants durant leur apprentissage pour identifier les dilemmes d'éthique clinique et de professionnalisme qu'ils rencontrent dans la pratique journalière et les inviter à une réflexion de type narrative (163-166).

Nous avons été inspirés et stimulés par les travaux sur l'enseignement du professionnalisme accomplis par le groupe de la Faculté de médecine de l'Université McGill avec RL Cruess, Yvonne Steiner, Sylvia Cruess. Ce groupe a fait une contribution majeure dans la promotion de l'enseignement du professionnalisme en médecine et de l'identité professionnelle des futurs médecins (54-55,103).

Conclusion

Nous avons toujours eu l'excellente participation et la collaboration des étudiants et qui ont produits des narratifs intéressants et pertinents et qu'ils ont accepté librement de nous remettre.

Le modèle pédagogique que nous avons expérimenté pour enseigner l'éthique et le professionnalisme nous a servi pour recueillir des narratifs produits par les étudiants. À partir de ce matériel, nous avons réalisé une analyse des dilemmes éthiques identifiés par les étudiants durant le stage de chirurgie. L'objectif des narratifs était l'identification et l'observation de problèmes en éthique clinique ou des problématiques en relation avec le professionnalisme. Cette approche à l'enseignement de l'éthique nous apparaissait comme étant un bon modèle éducationnel pour faire découvrir l'éthique à nos étudiants. Le séminaire d'éthique a ainsi permis d'initier les étudiants à la délibération éthique, ce à quoi les étudiants pour la plupart n'étaient que peu initiés. Le travail en petit groupe a aussi été l'occasion de revoir certains aspects du code de déontologie et d'en discuter. L'idée est d'aider les étudiants à réfléchir et à apprendre à partir de leur expérience des dilemmes éthiques et de professionnalisme qu'ils rencontrent dans la pratique de la médecine. L'enseignement de l'éthique vise à stimuler une sensibilité aux enjeux éthiques, le jugement, le raisonnement, la justification des décisions, et la discussion des décisions. Ces habiletés devaient s'ajouter aux techniques et connaissances scientifiques absolument nécessaires à un médecin pour une pratique professionnelle et devaient être acquises durant la formation de chirurgie en troisième année de médecine. Lors du séminaire, nous avons constaté leur capacité à reconnaître et discuter des dilemmes éthiques. Nous avons hérité de plus de 1000 narratifs que les étudiants nous ont permis d'utiliser pour une recherche sur les dilemmes éthiques des étudiants.

Notre expérience de la narrativité comme méthode pédagogique dans l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme nous a permis de constater que les étudiants racontent facilement par écrit les histoires des patients qu'ils ont rencontrés durant le stage et sont capables de réfléchir et de discuter des enjeux rencontrés. Ils sont aussi capables de bon jugement sur les comportements et attitudes positives ou négatives de leurs professeurs ou des résidents. Bien qu'il existe différentes approches de l'éthique narrative, toutes valorisent fondamentalement les récits pour aborder les questions éthiques. Les récits, en tant qu'histoire de patients, diffèrent des études de cas construites et impersonnelles couramment utilisées dans l'enseignement de l'éthique pour illustrer un concept ou un principe éthique prédéterminé. L'utilisation de l'éthique

narrative pour l'enseignement comme nous l'avons fait offre aussi une occasion pour l'exploration des émotions des étudiants face aux dilemmes éthiques.

Paradoxalement, le but de l'étude actuelle n'est pas l'enseignement de l'éthique médicale, mais l'information obtenue, vise à améliorer l'enseignement de l'éthique, à le rendre moins théorique et plus adapté aux réalités d'étudiants.

L'objectif de cette recherche que nous rapportons dans ce mémoire est l'analyse des narratifs des étudiants produits dans le cadre d'un séminaire d'apprentissage de l'éthique et du professionnalisme. Le but de cette analyse est de connaître les principaux dilemmes éthiques et de professionnalisme que vivent nos étudiants durant un stage de chirurgie. Nous rapportons que plusieurs auteurs ont exploré la perception et l'apprentissage de l'éthique et du professionnalisme chez les étudiants de troisième année. Nous constatons que les préoccupations éthiques et de professionnalisme que nous avons rencontrés chez nos étudiants sont similaires à celles retrouvées dans la littérature. Les leçons que nous pouvons tirer de ces narratifs d'étudiants sont que les chirurgiens qui enseignent sont constamment observés par les étudiants et ceux-ci portent un jugement sur ce qu'ils observent dans la pratique. Les étudiants rencontrent dans la structure et la culture de l'hôpital où ils font leur stage un ensemble d'attitudes et de conduites qui sont souvent en contradiction avec le curriculum formel des années précliniques – il s'agit du curriculum caché. Les situations d'éthique et de professionnalisme observées et rapportées ici par les étudiants peuvent nous éclairer et nous aider à enseigner.

La compétence en éthique est importante, et permet de prévenir et de réduire la détresse mentale des professionnels de la santé et des étudiants. Les médecins doivent posséder une fondation solide quand ils sont confrontés à des situations éthiquement problématiques. L'utilisation de la pleine conscience pour la prise de décision éthique serait un moyen de maîtriser la détresse morale liée aux dilemmes éthiques.

Recommandations pour la formation

Alors comment doit-on former ces nouveaux arrivants dans le monde de plus en plus complexe de la clinique?

Le premier objectif de la formation en éthique est donc de donner aux étudiants, les habiletés de base pour résoudre des dilemmes d'éthiques. Connaître et comprendre les problématiques éthiques ou légales n'est qu'une partie du bagage éthique qui doit être acquis par les étudiants pour devenir des médecins compétents et éthiques. Ils doivent affiner leur jugement à savoir quand et comment appliquer les principes éthiques, quand demander conseil pour prendre une bonne décision, comment négocier quand il y a des désaccords entre les médecins, les patients, les familles, et les collègues.

Mais le deuxième aspect de la formation est de favoriser l'avènement de médecins vertueux. Comme la médecine est une entreprise morale alors on doit enseigner la maîtrise des vertus. L'éducation au professionnalisme est une avenue pour développer une pratique médicale humaine centrée sur le patient. Ainsi connaître et comprendre les problématiques éthiques ou légales qui surviennent en pratique médicale n'est qu'une partie du bagage éthique qui doit être acquis par les étudiants pour devenir des médecins compétents et éthiques.

L'enseignement du professionnalisme doit faciliter le développement des qualités, valeurs, attitudes et conduites qui sont essentielles à la pratique de la médecine. La formation en éthique devrait permettre aux étudiants de comprendre l'importance de leur responsabilité envers la profession et la société. Les étudiants doivent acquérir les qualités humaines nécessaires à la pratique d'une médecine centrée sur le patient, mais aussi avec l'esprit critique nécessaire à l'application du professionnalisme. En contact étroit avec leurs professeurs, les étudiants doivent aussi apprendre que des facteurs comme la fatigue, la surcharge de travail, le stress, la mauvaise communication et l'absence d'écoute peuvent influencer les choix moraux de même que leurs attitudes et comportements. L'éducation médicale n'est pas seulement l'acquisition de connaissances et d'habiletés, mais aussi l'acquisition d'une identité professionnelle. Fondamentalement, les étudiants en médecine désirent devenir d'excellents professionnels et pratiquer une médecine humaine. Les étudiants en médecine pensent que la vertu et l'altruisme sont fondamentaux dans la pratique de la médecine de même que l'honnêteté, l'intégrité, l'excellence, le respect des patients et le maintien de la responsabilité envers le patient tout au long du parcours médical.

La compétence en éthique est importante, et permet de prévenir et de réduire la détresse mentale des professionnels de la santé et des étudiants. Les médecins doivent posséder une fondation solide quand ils sont confrontés à des situations éthiquement problématiques. L'utilisation de la pleine conscience pour la prise de décision éthique serait un moyen de maîtriser la détresse morale liée aux dilemmes éthiques.

Les narratifs

L'analyse de narratifs des étudiants nous est apparue très enrichissante et révélatrice pour qui est impliqué dans l'enseignement de la médecine. Les narratifs que nous avons analysés décrivent les propres expériences des étudiants, c'est-à-dire qu'il s'agit de narratifs personnels racontés du point de vue de l'étudiant. Souvent, les récits d'incidents critiques vécus au cours des études médicales concernent des situations stressantes ou conflictuelles dans la pratique clinique. Ces narratifs permettent de découvrir les réelles préoccupations éthiques d'étudiants qui peuvent être très différentes de celles des professeurs et même des résidents. On peut facilement comprendre que le modèle d'éducation ou l'étudiant est pleinement impliqué dans la reconnaissance et l'identification des situations pragmatiques d'éthique clinique où d'éthique professionnelle rencontrée durant leur stage peut être beaucoup plus stimulant pour les étudiants. La connaissance de cette réalité éthique des étudiants en médecine dans le contexte de leurs expériences personnelles durant le stage de chirurgie pourrait aider à formuler des recommandations sur la direction que l'on doit donner à la formation en éthique durant le cours de médecine et connaître mieux le processus de la formation de leur identité professionnelle.

Les situations dans lesquelles les étudiants en médecine ont appris par la pratique ont eu une influence sur le développement de leur identité professionnelle, en partie parce qu'ils ont reçu un retour d'information sur leurs performances. La réussite renforce la confiance de l'étudiant dans sa capacité à devenir un bon médecin, alors qu'un échec peut entraîner un certain cynisme. On devrait concevoir l'éducation en utilisant des expériences réelles vécues par les étudiants comme des incidents critiques qui vont les faire réfléchir et qui pourront être utilisés pour développer leur compétence éthique.

Raisonnement

Le raisonnement éthique des étudiants que nous avons pu constater à travers les narratifs, analysés pour la période de 2004 à 2020, est très acceptable compte tenu de leur expérience limitée avec les problèmes cliniques. Nous constatons que les étudiants quand ils entrent en clinique sont déjà capables de bons jugements et de raisonnement adéquat, mettant en pratique ce qu'ils ont déjà appris au préclinique. Ils sont capables de faire référence au principisme et au code de déontologie que l'on a enseigné au préclinique. On réalise qu'il faut donc maintenir l'enseignement théorique de l'éthique au préclinique même si elle apparaît très théorique, il s'agit d'une base indispensable. L'éthique médicale donne aux professionnels de la santé des standards dans leur relation avec les patients, les familles, les collègues, le personnel de la santé et les étudiants.

La pratique de l'éthique ne réside pas seulement dans la performance d'une analyse critique et d'un raisonnement moral. La grande difficulté pour les médecins est d'agir moralement quand la solution apparaît claire du point de vue éthique, mais que d'autres valeurs ou d'autres besoins poussent à choisir autrement. Il y a une progression du jugement moral au cours de la formation qui devrait être reconnue et encouragée par les éducateurs en médecine. Des auteurs se sont intéressés au développement du raisonnement moral des étudiants durant leur formation. Ce n'était pas le but de notre étude cependant. Toutefois, il est important de souligner que le jugement et le raisonnement moral influencent la pratique médicale et forme l'identité professionnelle. Dans le contexte du curriculum caché, le raisonnement moral peut générer une réponse émotionnelle importante avec anxiété et conduire à un certain épuisement émotionnel. Le raisonnement moral a évolué en cours de formation. Selon certains auteurs, les dilemmes éthiques des étudiants peuvent les conduire à une érosion de leurs sens éthiques.

Les émotions

Les jugements sur le professionnalisme par les étudiants et leurs réactions et émotions peuvent avoir un impact sur le développement de leur identité. Ils sont d'ailleurs à risque de développer de la détresse morale. Chez les étudiants, il y a différentes réactions à la suite du jugement qu'ils ont porté. La connaissance de nos propres émotions et de celles des autres influence la façon dont on perçoit les problèmes éthiques dans la vie de tous les jours. Les professionnels de la santé et les étudiants en pratique clinique rencontrent une variété de problèmes éthiques dans lesquels ils sont soit des acteurs soit des observateurs. Placer dans des situations d'éthique ou de professionnalisme quand il faut choisir entre ce qui est bien ou mal, entre le bon et le mauvais, on peut ainsi générer chez les étudiants, des émotions, des tensions, de la détresse

psychologique ou morale. Reconnaître les émotions qui peuvent survenir lors de dilemmes éthiques comme les dépendances, les vulnérabilités, les peurs de l'abandon et l'absence de contrôle permettent aux étudiants de changer leur perspective dans la manière dont ils pourront s'occuper des patients.

Professionnalisme

Dans leurs narratifs, les étudiants ont bien fait la différence entre les dilemmes reliés à l'éthique clinique et les dilemmes liés au professionnalisme. Entre une problématique éthique ou de professionnalisme, une bonne majorité des étudiants ont été interpellés par le professionnalisme. Dans 40% des narratifs, la conduite ou l'attitude professionnelle apparaissait exemplaire et digne d'imitation. Cependant, près de 60% des narratifs rapportaient un jugement sévère des étudiants sur la conduite ou l'attitude de leurs supérieurs, les professeurs ou les résidents. Le message est clair, ceux-ci doivent donc comprendre que leur exemple n'est pas ignoré et n'est pas banal et qu'ils participent activement dans leurs gestes de tous les jours à la formation médicale et morale des étudiants qu'ils reçoivent en stage. C'est une immense responsabilité que l'on ne rappelle pas souvent aux professeurs cliniciens.

L'adaptation

La socialisation en médecine débute dès les premiers mois en médecine ou déjà les étudiants apprennent à ne pas manifester leurs émotions. Les professeurs devraient le reconnaître et en parler ouvertement avec les étudiants pour les mettre à l'aise. Cet enfermement n'est pas sain et pourrait peut-être expliquer pourquoi la vie émotionnelle des médecins peut être difficile et conduire à la dépression et même au suicide. Exprimer leur opinion à travers des narratifs peut être un moyen acceptable pour les étudiants d'émettre des opinions, ce qu'il serait difficile de faire en public. Les discussions faites en petit groupe de façon confidentielle sont aussi une autre bonne occasion pour eux d'exprimer leurs émotions et opinions.

La formation en éthique permet d'apprendre à gérer les émotions et les tensions, de faciliter la réflexion. Le partage en groupe lors de séminaires d'éthique permet d'analyser l'influence des émotions sur la pratique professionnelle et d'analyser les implications. Reconnaître les émotions qui peuvent survenir lors de dilemmes éthiques comme les dépendances, les vulnérabilités, les peurs de l'abandon et l'absence de contrôle permettent aux étudiants de changer leur perspective dans la façon de donner les soins où s'occuper des patients. Nous pensons qu'il est important de comprendre l'état émotionnel devant une problématique liée au professionnalisme ou à l'éthique des étudiants pour développer leurs capacités de réflexion. Il est donc essentiel que tous les

professeurs soient sensibilisés à cette problématique du silence des étudiants qui en fait craignent la réprobation par les collègues ou les supérieurs.

Le curriculum formel et caché

Pour les facultés de médecine, l'enseignement de l'éthique et de la conduite professionnelles durant l'externat demeure une priorité de formation qui devrait se faire dans le cadre du curriculum formel, mais sans oublier l'importance et l'influence du curriculum caché. Le concept pédagogique du curriculum caché n'est pas connu de tous les professeurs et étudiants. C'est un sujet rarement abordé dans la pratique médicale même en milieu universitaire. Pourtant ce curriculum existe et exerce une influence importante dans la formation des étudiants et de leur identité. Chaque milieu hospitalier qui reçoit des étudiants en formation devrait reconnaître son curriculum caché et en faire une analyse régulièrement et apporter des corrections si possibles. Les chefs de département parce qu'ils sont proches des professeurs et des étudiants et du personnel sont à même de reconnaître le curriculum caché que vivent les étudiants durant leur stage.

Nous considérons donc que les étudiants en médecine doivent mieux saisir l'ampleur du curriculum caché dans leur formation, car ils ne sont pas toujours avertis que le curriculum caché existe. Les étudiants ne réalisent pas que le curriculum caché peut changer leur concept du professionnalisme et les inciter à choisir des conduites et attitudes qu'ils adopteront ou non dans le futur. Les aspects négatifs du curriculum caché peuvent être transmis, acceptés et adoptés par les étudiants dans leur pratique future.

Avec le curriculum caché, il devient difficile d'évaluer la qualité de la supervision et de l'enseignement. Les résidents qui accompagnent les étudiants changent régulièrement et les contacts des professeurs avec les étudiants sont souvent très courts. Ainsi le mentorat n'est pas toujours adéquat et l'évaluation des étudiants en stage n'est pas toujours juste. Les étudiants en médecine devraient bénéficier d'un meilleur retour d'information sur leur apprentissage ainsi que d'un soutien pour la construction de leur identité professionnelle au cours de leur formation médicale. En regard du curriculum caché, les professeurs se doivent de réaliser l'importance de la qualité de leur communication avec les patients, les familles, le personnel ainsi que les résidents et étudiants. Les professeurs doivent donner l'exemple en prenant du temps avec les patients pour leur expliquer honnêtement et de façon empathique ce qu'ils proposent comme chirurgie, l'évolution naturelle de la maladie qu'ils prétendent aider à guérir, l'obtention du consentement et lors de complications répondre honnêtement aux questions des patients et familles. Il faut exclure la violence, l'impatience, l'indifférence.

Les chirurgiens doivent donc constamment remettre en cause la qualité de leur communication et s'il y a lieu devrait être encouragée à prendre une formation. Une approche décrite pour la remédiation du curriculum caché est définie par l'acronyme SOLVE en anglais : chercher à comprendre tous les aspects du curriculum caché, observer ce que les étudiants font et ne font pas, écouter ce que les étudiants disent, vocaliser, s'exprimer, vérifier la compréhension et éduquer.

Identité

Au contact du curriculum caché, ils participent à la construction de leur identité professionnelle. Le séminaire avait d'abord pour but de compléter l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme de façon plus formelle et organisée. Nous pensons que la formule adoptée par notre département était appropriée et semblait répondre aux préoccupations des étudiants. Trouver une identité fait appel à la réflexion sur plusieurs facteurs, dont le curriculum caché, mais surtout les rôles modèles qui semblent déterminants et qu'ils approuvent ou désapprouvent. En stimulant la reconnaissance de dilemmes éthiques et de professionnalisme par les étudiants et en les incitant à la réflexion, et à la mise en commun lors de discussion supervisée, nous croyions que nous avons là un bon moyen de participer à la construction de leur identité professionnelle.

Enseignement

L'enseignement de l'éthique demeure un défi pour toutes les facultés et leurs professeurs, car l'éthique clinique et professionnelle n'est pas de sujets faciles. Dans les situations cliniques, l'accent est souvent mis sur l'apprentissage des connaissances biomédicales, tandis que les questions psychosociales tendent à rester périphériques. Enseigner aux étudiants à répondre aux besoins psychosociaux des patients est souvent négligée en particulier lors du travail auprès des patients comme la manière de transmettre les mauvaises nouvelles au patient ou d'obtenir un consentement.

On devrait concevoir l'éducation en utilisant des expériences réelles vécues par les étudiants comme des incidents critiques qui vont les faire réfléchir et utilisés pour développer leur compétence éthique. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de connaître les véritables préoccupations des étudiants et de s'en servir comme matériel didactique (34-36). Ainsi mis à part les dilemmes éthiques traditionnels comme la délivrance d'information, les décisions de fin de vie et les erreurs médicales, les étudiants ont rapporté une multitude d'autres dilemmes. Par exemple, l'étude de Hicks en 2001 a révélé trois types de dilemmes éthiques que rencontrent les étudiants : le conflit entre les priorités de l'éducation médicale et le soin des patients et la

responsabilité qui est déléguée aux étudiants, et qui est supérieure à leurs capacités et enfin leur implication dans des soins aux patients qui sont perçus comme étant sous le standard.

Les étudiants en médecine comme des professionnels impliqués dans la pratique clinique ont besoin de développer une compétence éthique qui les prépare à des responsabilités importantes et a un engagement véritable dans le soin des malades. Pour l'apprentissage, il est important de créer un climat psychosocial qui permet aux étudiants de se sentir en sécurité. Il est aussi nécessaire que les éducateurs utilisent une approche qui favorise la confiance avec de la rétroaction positive. Afin de promouvoir des conditions d'apprentissage sécuritaire, les éducateurs doivent avant tout encourager un dialogue ouvert. Il est non moins essentiel que les éducateurs aident à développer chez les étudiants leurs habiletés de décision, mais aussi le courage moral pour affronter les dilemmes éthiques et de professionnalisme. L'apprentissage réflexif devrait être introduit dans le cadre du programme d'études officiel. La communication et l'enseignement de l'éthique devraient être intégrés de façon plus importante dans la pratique clinique.

Professeurs

La qualité et le dévouement des professeurs sont toujours remarqués par tous les étudiants. Malheureusement, tous les professeurs et résidents ne sont pas conscients de l'impact qu'ils ont sur la formation des étudiants. Dans la pratique journalière de la médecine, il est facile pour les éducateurs d'oublier qu'ils sont constamment sous surveillance par les étudiants et que leurs moindres gestes sont épiés. L'enseignement passe par les modèles de rôles autant du point de vue scientifique que moraux. L'interaction entre les professeurs et les étudiants dans le contexte de l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme est importante, car les relations entre les gens et la communication constituent la fondation même de l'éthique et du professionnalisme. La coopération entre les enseignants et les étudiants devrait être renforcée, par exemple en concevant un système de tutorat et de mentorat qui donnerait aux étudiants en médecine l'occasion de préciser sur leurs expériences critiques et émotionnellement perturbantes au cours de leurs études de médecine.

Quand surviennent des antagonismes entre les éducateurs, les étudiants sont perplexes et réalisent que la pratique de la médecine n'est pas toujours facile, que des désaccords peuvent survenir et que la bonne communication est essentielle pour ne pas engendrer des conflits et compromettre les soins aux malades. Aujourd'hui, l'enseignement de l'éthique est beaucoup mieux organisé au niveau facultaire. La prise en charge de l'organisation par le bureau de l'éthique clinique a permis une certaine uniformisation du contenu, et des méthodes pédagogiques. Des

professeurs formés en éthique sont recrutés dans toutes les spécialités et c'est un atout pour les étudiants et un soulagement pour les départements qui n'ont pas toujours un corps professoral suffisamment formé pour être capable d'enseigner. Ces professeurs sont capables d'encadrer de grands groupes et de transmettre la matière. Ce n'était pas le cas quand nous avons tenu les séminaires d'éthique, mais malgré tous les étudiants ont démontré une excellente sensibilité éthique. Il reste du travail à faire pour mieux former les cliniciens afin qu'ils se sentent plus à l'aise de discuter éthique et professionnalisme avec leurs étudiants. Nous nous devons de mentionner que cette préoccupation d'enseigner le professionnalisme est très importante dans toutes les facultés de médecine au Canada.

Les professeurs doivent s'intéresser à la narrativité comme méthode pédagogique. La faculté de médecine de l'Université de Montréal utilise depuis quelques années la narrativité dans son programme d'enseignement de l'éthique, c'est sûrement un pas dans la bonne direction pour humaniser la formation et les soins ainsi que le climat de travail. La narrativité permet d'introduire les étudiants aux aspects narratifs des connaissances médicales. On veut développer chez les étudiants leur habileté à reconnaître la nature narrative de la rencontre médicale. On veut introduire une réflexion critique et on veut qu'ils découvrent les aspects importants de l'écoute des patients.

Le séminaire dont la base était la narrativité avait pour but de compléter l'enseignement de l'éthique et du professionnalisme de façon plus formelle et organisée en utilisant les narratifs produits par les étudiants. Nous pensons que la formule adoptée par notre département était appropriée et semblait répondre aux préoccupations des étudiants. Les étudiants en médecine devraient bénéficier d'un meilleur retour d'information sur leurs résultats d'apprentissage ainsi que d'un soutien pour la construction de leur identité professionnelle au cours de leur formation médicale de premier cycle.

Pour la recherche

1. On doit comprendre que le champ de recherche dans le domaine de la réalité éthique des étudiants en médecine est dynamique et encore peu exploré.
2. Une étude de suivi sur le développement professionnel des médecins qui ont participé aux groupes de réflexion au cours de leur formation médicale pourrait être menée afin de suivre l'évolution de leurs conceptions après l'obtention de leur diplôme.
3. Il pourrait être intéressant d'étudier plus en détail la période de transition entre la phase préclinique et la phase clinique pour mieux saisir l'évolution du raisonnement éthique

4. La collecte de données auprès d'étudiants et d'étudiantes et la focalisation de l'analyse sur les différences entre les sexes pourraient éclairer davantage le processus de développement professionnel des médecins.
5. Une nouvelle approche méthodologique consisterait à enregistrer sur vidéo des situations d'apprentissage réelles, telles que les visites auprès des patients, afin de documenter plus en détail le curriculum caché.
6. Il est évident que d'autres études durant où les étudiants seraient interviewés sur les dilemmes qu'ils rencontrent, leur adaptation, les stratégies qu'ils utilisent pourraient apporter beaucoup d'information pertinente.
7. Il est important que l'enseignement des professions de santé mette l'accent sur la reconnaissance, la compréhension et la gestion appropriée des émotions des étudiants dans leur parcours pour devenir médecin. Nous n'avons pas exploré cet aspect dans notre travail.

8. Il existe beaucoup de limites quant à la connaissance des dilemmes éthiques rencontrés par les étudiants lors de leur formation. Les études sont souvent incomplètes sur les dilemmes des étudiants et analyse que partiellement les raisons et les origines des dilemmes éthiques Bikel (1993), Dwyer (1994), Feudtner, (1994), Swenson (1996). Il reste beaucoup à connaître les origines de ces situations éthiques et de professionnalisme.

Bibliographie

1. Osborne LW, Martin CM. The importance of listening to medical students' experiences in teaching them medical ethics. *Journal of Medical Ethics*. 1989;15(1):35-3
2. Shapiro J, Miller R. How medical students think about ethical issues. *Academic Medicine*. 1994;69(7):591-593.
3. Christakis DA, Feudtner C. Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Academic Medicine*. 1993;68(4):249.
4. Feudtner C, Christakis DA. Making the Rounds: The Ethical Development of Medical Students in the Context of Clinical Rotations. *Hastings Center Report*. 1994;24(1):6-12.
5. Bissonette R, O'Shea RM, Horwitz M, Routé CF. A data-generated basis for medical ethics education: categorizing issues experienced by students during clinical training. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 1995;70(11):1035-1037.
6. Satterwhite III WM, Satterwhite RC, Enarson CE. Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Academic Medicine*. 1998; 73:529-531.
7. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *Bm*. 2001;322(7288):709-710.
8. Caldicott CV, Faber-Langendoen K. Deception, Discrimination, and Fear of Reprisal: Lessons in Ethics from Third-Year Medical Students. *Academic Medicine*. 2005;80(9):866.
9. Kelly E, Nisker J. Increasing Bioethics Education in Preclinical Medical Curricula: What Ethical Dilemmas Do Clinical Clerks Experience? *Academic Medicine*. 2009;84(4):498.
10. Gligorov N, Newell P, Altilio J, et al. Dilemmas in Surgery: Medical Ethics Education in Surgery Rotation: ETHICS-MEDICAL ETHICS EDUCATION IN SURGERY ROTATION. *Mt Sinai J Med*. 2009;76(3):297-302.
11. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Academic Medicine*. 2010;85(1):124.
12. Fard NN, Asghari F, Mirzazadeh A. Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. *Medical Education*. 2010;44(7):723-730.
13. Rogers DA, Boehler ML, Roberts NK, Johnson V. Using the Hidden Curriculum to Teach Professionalism During the Surgery Clerkship. *Journal of Surgical Education*. 2012;69(3):423-427.
14. Kaldjian LC, Rosenbaum ME, Shinkunas LA, et al. Through students' eyes: ethical and professional issues identified by third-year medical students during clerkships. *Journal of Medical Ethics*. 2012;38(2):130-132.
15. Kittmer T, Hoogenes J, Pemberton J, Cameron BH. Exploring the hidden curriculum: a qualitative analysis of clerks' reflections on professionalism in surgical clerkship. *The American Journal of Surgery*. 2013;205(4):426-433
16. Sullivan ME, Trial J, Baker C, et al. A framework for professionalism in surgery: what is important to medical students? *The American Journal of Surgery*. 2014;207(2):255-259.

17. Marsden KA, Kaldjian LC, Carlisle EM. Ethical Issues Encountered During the Medical Student Surgical Clerkship. *Journal of Surgical Research*. 2019; 244:272-277.
18. Møller JE, Clemmensen CR, Mohamed NA, Søndergaard S, Gormsen L. Medical students' perspectives on the ethics of clinical reality. Published online 2020.
19. Poola VP, Suh B, Parr T, Boehler M, Han H, Mellinger J. Medical students' reflections on surgical educators' professionalism: Contextual nuances in the hidden curriculum. *The American Journal of Surgery*. 2021;221(2):270-276.
20. Hawking M, Kim J, Jih M, Hu C, Yoon JD. "Can virtue be taught?": a content analysis of medical students' opinions of the professional and ethical challenges to their professional identity formation.
21. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*. 1994;69(11):861.
22. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychological bulletin*. 1954;51(4):327.
23. Sara P, Giada G, Rosagemma C. Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. *Acta Biomed*. 2018;89(3):343-348
24. McCullough LB. Taking the History of Medical Ethics Seriously in Teaching Medical Professionalism Open Peer Commentaries. *Am J Bioethics*. 2004;4(2):13-14.
25. Van Mook WNKA, de Grave WS, Wass V, et al. Professionalism: Evolution of the concept. *European of Internal Medicine*. 2009;20(4): e81-e84.
26. Koch T. Professionalism: An Archaeology. *HEC Forum*. 2019;31(3):219-232
27. Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Medical Education*. 2014;48(10):980-987
28. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Academic medicine*. Published online 1989.
29. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med*. 1995;70(9):761-769.
30. Wynia M, Latham S, Kao A, Berg J, Emanuel L. Medical Professionalism in Society. *The New England journal of medicine*. 1999; 341:1612-161
31. Irvine D. The performance of doctors. I: Professionalism and self-regulation in a changing world. *BMJ*. 1997;314(7093):1540-1542
32. Sox HC. The Ethical Foundations of Professionalism: A Sociologic History. *Chest*. 2007;131(5):1532-1540
33. Carrese JA, Malek J, Watson K, et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanelli Report. *Academic Medicine*. 2015;90(6):744-752
34. Ruitenberg CW. The overlapping spheres of medical professionalism and medical ethics: a conceptual inquiry. In: *Ethics in Professional Education*. Routledge; 2018.
35. Dudzinski DM. Integrity in the Relationship between Medical Ethics and Professionalism Open Peer Commentaries. *Am J Bioethics*. 2004;4(2):26-27.
36. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism. *Academic Medicine*. 2012;87(3):334-341.

37. Siegler M. Clinical Ethics and Clinical Medicine. *Archives of Internal Medicine*. 1979;139(8):914-915.
38. Roy DJ, Baudouin JL, Dickens BM, Williams JR. *La Bioéthique: Ses Fondements et Ses Controverses*. Éditions du Renouveau pédagogique; 1995.
39. Doucet H. *Au Pays de La Bioéthique: L'éthique Biomédicale Aux États-Unis ; Labor et Fides*; 1996
40. Durand G. *Introduction générale à la bioéthique: histoire, concepts et outils*. Les Éditions Fides; 2005.
41. Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Medical Education*. 2014;48(10):980-987
42. Culver CM, Clouser KD, Gert B, et al. Basic curricular goals in medical ethics. *New England journal of medicine*. 1985;312(4):253-256.
43. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Academic medicine*. Published online 1989.
44. Musick DW. Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education. *Med Health Care Philos*. 1999;2(3):239-254
45. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Academic medicine*. 2005;80(12):1143
46. Giubilini A, Milnes S, Savulescu J. The Medical Ethics Curriculum in Medical Schools: Present and Future. *The Journal of Clinical Ethics*. 2016;27(2):129-145.
47. Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education. *JAMA*. 1999;282(9):830-832.
48. Aarons DE. Issues in bioethics. Teaching medical ethics to health professionals. *West Indian Med J*. 2002;51(2):59-60
49. Veatch RM, Fenner D. The teaching of medical ethics in the United States of America. *J Med Ethics*. 1975;1(2):99-103.
50. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher*. 2014;36(1):47-61.
51. Hilton S, Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education*. 2007; 23:265-279
52. Baylis F, Downie J. Ethics education for Canadian medical students. *Academic Medicine*. 1991;66(7):413-414.
53. Soleymani Lehmann L, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A Survey of Medical Ethics Education at U.S. and Canadian Medical Schools. *Academic Medicine*. 2004;79(7):682.
54. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. *Ann Intern Med*. 2003;138(10):839-841.
55. Project of the ABIM Foundation, Medicine* EF of I. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(3):243-246.
56. Byszewski A, Gill JS, Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):20

57. Frank J. A History of Can MEDS - Chapter from Royal College of Physicians of Canada 75th Anniversary History.; 2004.
58. Verkerk MA, Bree MJ de, Mourits MJE. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism." *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(11):663-666.
59. Beauchamp T L, Childress J F Principles of Biomedical Ethics, 5th edn.: 5th edn: Oxford University Press, 2001, £19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9. *Journal of Medical Ethics*. 2002;28(5):332-332
60. Tong R. The ethics of care: A feminist virtue ethics of care for healthcare practitioners. *The Journal of medicine and philosophy*. 1998;23(2):131-152.
61. St-Onge JS. Medical education must make room for student-specific ethical dilemmas. *CMAJ*. 1997;156(8):1175-1177
62. Bickel J. Medical students' professional ethics: defining the problems and developing resources. *Academic Medicine*. 1991;66(12):726-729.
63. Southgate LJ, Heard SR, Toon PD, Salkind MR. Teaching medical ethics symposium. A student-led approach to teaching. *Journal of Medical Ethics*. 1987;13(3):139-143
64. Tavares ACAL de L, Travassos AGA, Tavares R da S, Rêgo MFMP da S, Nunes RML. Teaching of ethics in medical undergraduate program. *Acta Bioethica*. 2021;27(1):101-
65. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GRL, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship: A Novel Framework. *Acad Med*. 2019;94(10):1574-1580.
66. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):139
67. Cruess RL, Cruess SR. Teaching professionalism: general principles. *Medical Teacher*. 2006;28(3):205-208.
68. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Renewing professionalism: an opportunity for medicine. *Acad Med*. 1999;74(8):878-884.
69. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and Medicine's Social Contract*. *JBJS*. 2000;82(8):1189
70. Ozolins I, Hall H, Peterson R. The student voice: recognizing the hidden and informal curriculum in medicine. *Medical Teacher*. 2008;30(6):606-611.
71. Karnieli-Miller O, Vu TR, Frankel RM, et al. Which Experiences in the Hidden Curriculum Teach Students About Professionalism? *Academic Medicine*. 2011;86(3):369.
72. Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, et al. Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum: How Does the Hidden Curriculum Shape Students' Medical Training and Professionalization? *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(1):57-63
73. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review. *Acad Med*. 2018;93(4):648-656.
74. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Academic Medicine*. 2014;89(11):1446.

75. Professional Identity in Medical Students: Pedagogical Challenges to Medical Education. Accessed September 13, 2023.
<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/10401334.2013.827968? &role=button>
76. Vaidyanathan B. Professional Socialization in Medicine. *AMA Journal of Ethics*. 2015;17(2):160-166.
77. Pitkala KH, Mantyranta T. Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physician's role—a qualitative study. *Medical teacher*. 2003;25(2):155-160.78)
78. Joynt GM, Wong WT, Ling L, Lee A. Medical students, and professionalism – Do the hidden curriculum and current role models fail our future doctors? *Medical Teacher*. 2018;40(4):395-399
79. Shuval JT, Adler I. The role of models in professional socialization. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1980;14(1):5-14
80. Ashley P, Rhodes N, Sari-Kouzel H, Mukherjee A, Dornan T. 'They've all got to learn'. Medical students' learning from patients in ambulatory (outpatient and general practice) consultations. *Medical teacher*. 2009;31(2): e24-e31
81. Atherley A, Dolmans D, Hu W, Hegazi I, Alexander S, Teunissen PW. Beyond the struggles: a scoping review on the transition to undergraduate clinical training. *Medical Education*. 2019;53(6):559-570.
82. Prince KJAH, Van De Wiel M, Scherpbier AJJA, Can Der Vleuten CPM, Boshuizen HPA. A Qualitative Analysis of the Transition from Theory to Practice in Undergraduate Training in a PBL-Medical School. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2000;5(2):105-116.
83. Burney CP, Goldwag JL, Sorensen MJ, Crockett AO. Hopes, fears, and rumors: Medical students and the general surgery clerkship. *The American Journal of Surgery*. 2021;222(4):687-6
84. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher*. 2019;41(6):641-649
85. Quillin RC, Pritts TA, Tevar AD, Hanseman DJ, Edwards MJ, Davis BR. Students' expectations on the surgery clerkship exceed those of residents and faculty. *Journal of Surgical Research*. 2013;184(1):495-500
86. Jonsen AR, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
87. Graham SB. Review of *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*. *Medical Anthropology Quarterly*. 1999;13(2):260-262.
88. Namm JP, Krause CC. The History of Surgical Ethics. In: Ferreres AR, ed. *Surgical Ethics: Principles and Practice*. Springer International Publishing; 2019:17-26.
89. McCullough LB, Jones JW, Brody BA. *Surgical Ethics*. Oxford medical University Press; 1998.
90. Angelo's P. Surgical ethics and the future of surgical practice. *Surgery*. 2018;163(1):1-
91. Pellegrino ED. Professionalism, profession, and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med*. 2002;69(6):378-384

92. Doukas DJ, Ozar DT, Darragh M, de Groot JM, Carter BS, Stout N. Virtue, and care ethics & humanism in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):1-10.
93. Branch WT. Use of critical incident reports in medical education. *J GEN INTERN MED.* 2005;20(11):1063-1067.
94. Wald HS, Reis SP. Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J GEN INTERN MED.* 2010;25(7):746-749.
95. Rademacher R, Simpson D, Marcdante K. Critical incidents as a technique for teaching professionalism. *Medical Teacher.* 2010;32(3):244-249.
96. Cordingley L, Hyde C, Peters S, Vernon B, Bundy C. Undergraduate medical students' exposure to clinical ethics: a challenge to the development of professional behaviours? *Medical education.* 2007;41(12):1202-1209
97. Zizzo N, Bell E, Racine E. What Is Everyday Ethics? A Review and a Proposal for an Integrative Concept. *J Clin Ethics.* 2016;27(2):117-128.
98. Finn G, Garner J, Sawdon M. 'You're judged all the time!' Students' views on professionalism: a multicentre study. *Medical Education.* 2010;44(8):814-825.
99. Ribeiro DL, Costa M, Helmich E, Jaarsma D, de Carvalho-Filho MA. 'I found myself a despicable being!': Medical students face disturbing moral dilemmas. *Medical Education.* 2021;55(7):857-871.
100. Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians.* Lippincott Williams & Wilkins; 2009
101. Satterwhite III WM, Satterwhite RC, Enarson CE. Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Academic Medicine.* 1998; 73:529-531.
102. McGurgan P, Calvert KL, Narula K, Celenza A, Nathan EA, Jorm C. Medical students' opinions on professional behaviours: the Professionalism of Medical Students'(PoMS) study. *Medical Teacher.* 2020;42(3):340-350
103. Mak-van der Vossen MC, de la Croix A, Teherani A, van Mook WNKA, Croiset G, Kusurkar RA. A Road Map for Attending to Medical Students' Professionalism Lapses. *Academic Medicine.* 2019;94(4):570
104. Reddy ST, Farnan JM, Yoon JD, et al. Third-Year Medical Students' Participation in and Perceptions of Unprofessional Behaviors. *Academic Medicine.* 2007;82(10): S3
105. Epstein RM. Mindfulness in medical education: coming of age. *Perspect Med Educ.* 2020;9(4):197-198.
106. White J. The use of reflective writing in exploring student experiences in surgery. *J Surg Educ.* 2008;65(6):518-520.
107. Shapiro J, Kasman D, Shafer A. Words and Wards: A Model of Reflective Writing and Its Uses in Medical Education. *J Med Humanit.* 2006;27(4):231-244.
108. Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *J GEN INTERN MED.* 2005;20(3):306-311.
109. Self-DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC. The effect of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning. *Academic medicine.* Published online 1989.

110. Jonsen AR. Casuistry as methodology in clinical ethics. *Theoretical Medicine*. 1991;12(4):295-307.
111. Nicholas B, Gillett G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics*. 1997;23(5):295-299.
112. Huang CD, Jenq CC, Liao KC, Lii SC, Huang CH, Wang TY. How does narrative medicine impact medical trainees' learning of professionalism? A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):
113. Milota MM, van Thiel GJM, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*. 2019;41(7):802
114. Charon R. Narrative Medicine - A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-1900
115. Clermont M.J. Éthique clinique, Tome 1 Éthique narrative chap.16 - Éditions du CHU Sainte-Justine. Accessed January 17, 2023.
116. Dion-Labrie M, Doucet H. Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste. *Éthique & Santé*. 2011;8(2):63-68
117. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *Medical Humanities*. 2003;29(2):65-71.
118. Pearson AS, McTigue MP, Tarpley JL. Narrative medicine in surgical education. *Journal of Surgical Education*. 2008;65(2):99-100
119. Kumagai AK, Lyson ML. Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education. *Academic Medicine*. 2009;84(6):782.
120. Tsai TC, Harasym PH. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. *Medical Education*. 2010;44(9):864-873.
121. McDonald J, Graves J, Abrahams N, Thorneycroft R, Hegazi I. Moral judgement development during medical student clinical training. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):1-9
122. Branch WT. Supporting the moral development of medical students. *J GEN INTERN MED*. 2000;15(7):503-508.
123. Monrouxe L, Shaw M, Rees C. Antecedents and Consequences of Medical Students' Moral Decision-Making during Professionalism Dilemmas. *AMA Journal of Ethics*. 2017;19(6):568-572)
124. Haidt J. The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*. 2001; 108:814-834
125. Camp M, Sadler J. Moral distress in medical student reflective writing. *AJOB Empirical Bioethics*. 2019;10(1):70-78.
126. Ong RSR, Wong RSM, Chee RCH, et al. A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):466.
127. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *Journal of general internal medicine*. 2014; 29:395-398
128. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Academic Medicine*. 2010;85(1):111

129. Gillam L, Delany C, Guillemin M, Warmington S. The role of emotions in health professional ethics teaching. *Journal of Medical Ethics*. 2014;40(5):331-335.
130. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I, Wells SE. Professionalism dilemmas, moral distress, and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*. 2015;5(5): e007518-e00751
131. Cho C, Ko WY, Ngan OM, Wong WT. Exploring Professionalism Dilemma and Moral Distress through Medical Students' Eyes: A Mixed-Method Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(17):10487.
132. Huijter M, van Leeuwen E, Boenink A, Kimsma G. Medical Students' Cases as an Empirical Basis for Teaching Clinical Ethics. *ACADEMIC MEDICINE*. 2000;75(8)
133. Dwyer J. Primum non tacere: An Ethics of Speaking Up. *Hastings Center Report*. 1994;24(1):13-18
134. Ryyänen K. Constructing physician's professional identity - explorations of students' critical experiences in medical education. In: 2001. Accessed February 20, 2023.
135. Mak-van der Vossen MC, de la Croix A, Teherani A, van Mook WNKA, Croiset G, Kusurkar RA. A Road Map for Attending to Medical Students' Professionalism Lapses. *Academic Medicine*. 2019;94(4):570
136. Guillemin M, Gillam L. Emotions, Narratives, and Ethical Mindfulness. *Academic Medicine*. 2015;90(6):726
137. Arnold RM. Formal, Informal, and Hidden Curriculum in the Clinical Years: Where is the Problem? *Journal of Palliative Medicine*. 2007;10(3):646-648.
138. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*.
139. Brown MEL, Coker O, Heybourne A, Finn GM. Exploring the Hidden Curriculum's Impact on Medical Students: Professionalism, Identity Formation, and the Need for Transparency. *MedSciEduc*. 2020;30(3):1107-112
140. Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, et al. To the point: reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;203(4):316.e1-316.e6.
141. Holmes CL, Harris IB, Schwartz AJ, Regehr G. Harnessing the hidden curriculum: a four-step approach to developing and reinforcing reflective competencies in medical clinical clerkship. *Adv in Health Sci Educ*. 2015;20(5):1355-1370.
142. O'Donnell J, Baldwin DCJ, Daugherty SR, Self DJ. Changes in Moral Reasoning during Medical School. *Academic Medicine*. 1991;66(9): S1.
143. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in the components of moral reasoning during students' medical education: a pilot study. *Medical Education*. 2003;37(9):822-829.
144. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):139
145. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*. 2012;87(9):1185

146. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GRL, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship: A Novel Framework. *Acad Med.* 2019;94(10):1574-1580.
147. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Medical Education.* 2014;48(5):489-501.
148. Wald HS. Professional Identity (Trans)Formation in Medical Education: Reflection, Relationship, Resilience. *Academic Medicine.* 2015;90(6):701
149. Bryden P, Ginsburg S, Kurabi B, Ahmed N. Professing Professionalism: Are We Our Own Worst Enemy? Faculty Members' Experiences of Teaching and Evaluating Professionalism in Medical Education at One School. *Academic Medicine.* 2010;85(6):1025
150. Kegan R. *In over Our Heads: The Mental Demands of Modern Life.* Harvard University Press; 1998.
151. Coulehan J. Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. *Academic medicine.* 2005;80(10):892-898.
152. Habermas J. *De l'éthique de la discussion de Jürgen Habermas - Editions Flammarion.*
153. Mook WNKA, de Grave WS, van Luijk SJ, et al. Training and learning professionalism in the medical school curriculum: Current considerations. *European Journal of Internal Medicine.* 2009;20(4): e96-e100.
154. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *The Lancet.* 2001;357(9259):867-870.
155. Mook WNKA, van Luijk SJ, de Grave W, et al. Teaching and learning professional behavior in practice. *European Journal of Internal Medicine.* 2009;20(5): e105-e111.
156. Swenson SL, Rothstein JA. Navigating the wards: teaching medical students to use their moral compasses. *Academic Medicine.* 1996;71(6):591.
157. Andersson H, Svensson A, Frank C, Rantala A, Holmberg M, Bremer A. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC medical ethics.* 2022;23(1):1-26.
158. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism. *Academic Medicine.* 2012;87(3):334-341
159. Charlin B. Learning medical professionalism with the online coance-of-judgment learning tool (CJLT): A pilot study.
160. Haque M. Influence of Role Model for Professional Development in Medical Education. 1. *Journal of Global Pharma Technology Available Online at www.jgpt.co.in*
161. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC Medical Education.* 2015;15(1):1
162. Weissmann PF, Branch WT, Gracey CF, Haidet P, Frankel RM. Role Modeling Humanistic Behavior: Learning Bedside Manner from the Experts. *Academic Medicine.* 2006;81(7):661.
163. Roberts NK, Dorsey JK, Wold B. Unprofessional behavior by specialty: A qualitative analysis of six years of student perceptions of medical school faculty. *Medical Teacher.* 2014;36(7):621-625.

164. Benbassat J. Role Modeling in Medical Education: The Importance of a Reflective Imitation. *Acad Med.* 2014;89(4):550-554
165. Naeimi L, Asghari F, Nedjat S, et al. Turning unprofessional behaviors around using Holmes' reflection approach: a randomized controlled study. *J Med Ethics Hist Med.* 2020; 13:12
166. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models - medical students' perceptions of professionalism. *BMC Med Educ.* 2012;12(1):115.

Annexes

Annexe 1 : Approbation du comité d'éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite
responsable en recherche



05 mai 2022

Bryn Williams-Jones,
Professeur titulaire
Directeur du DMSP
Département de médecine sociale et préventive École de santé publique de l'Université de
Montréal

Gilles Beauchamp
Candidat à la maîtrise en bioéthique
Professeur titulaire
Faculté de médecine-Département de chirurgie

OBJET :	Projet # 2022-1479 - Approbation éthique du projet tel que soumis Identification, reflection and discussion of ethical dilemmas and professional behaviour by third year medical students during a rotation in surgery: analysis of students narratives Financement : non-financé
---------	---

NAGANO
www.semiweb.ca

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche, jugé à risque minimal, en comité restreint. J'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé tel que soumis, à l'unanimité par le Comité.

Le CERSES vous prie toutefois de conserver les narratifs pour une durée minimale de sept (7) ans après la fin du projet conformément aux exigences de l'Université de Montréal.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 05 mai 2022 jusqu'au 05 mai 2023. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout incident ou accident lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute déviation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de renouvellement un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la fin du projet de recherche (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la Politique sur la recherche avec des êtres humains (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,
Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. 514 343-6111, poste 2604
cerses@umontreal.ca

Envoyé par : Julie Allard

Annexe 2 : Taxonomie des dilemmes : tableau résumé

Une taxonomie des dilemmes éthiques des étudiants a déjà été proposée par Christakis (1993), Bikel (1993), Bissonnette (1995), Fard (2010), Kildjian (2011) et Huijer (2000) et met l'emphase sur l'importance des dilemmes que les étudiants en médecine rencontrent (3,5,12,14,75,76) Ces dilemmes éthiques seraient différents de ceux des autres membres de l'équipe médicale. Ces dilemmes sont liés à leur rôle d'étudiant qui performe à l'intérieur de l'équipe médicale et de la structure sociale de l'hôpital où ils reçoivent la formation clinique. Ils apportent avec eux leurs idéaux d'une éthique qu'ils ont acquis en tant qu'individu avant d'arriver en médecine qui peuvent être mis aux défis.

Tableau 7 : Publications traitant des préoccupations éthiques des étudiants

Author year publication	Year of students	Students N	Type study year	Themes examined
Shapiro (1994) USA	Second year	92 Men vs women	Essay writing 1992 Ethics reasoning Principlism + Utilitarianism 35%students cannot resolve dilemmas	Resources distribution, access, euthanasia, as suicide Withholding life support
Christakis(1993) USA	3rd. year	152	Case study 1991-92 Prevalence	Students performing procedure, patient as a person care, being team player, challenging medical ignorance routine Unethical behavior
Bissonnette (1995) USA	Second +3rd year	249	Critical incident 1979-80 1991-92 1993-93 prevalence	Professional norms, limits of intervention, respect for patients, relation with colleagues, communication, students' limits. most frequent lapses: level of care, communication respect, professionalism relevant to students
Hicks (2001) Canada, Toronto	4th year	108	Survey 90% response	Education vs, care, excessive responsibility by students, involvement of students in substandard care 61 % observation of unethical teacher

Caldicott (2005) USA	3rd year	327	Reflective, narrative 1999-2002 of a cases students were part of (688)	Communication :lies ,deception)Justice, Discrimination, rx decision patients right to refuse, futile tx, reluctance to speak, fear reprisal evaluation;
Kelly (2009) Canada	4th year	100	Narrative of ethical dilemmas 2009, moral sensitivity, judgement, motivation, Courage, lack empowerment. More teaching related to professionalism.	Consent, inadequate care, DNR orders, errors, icu, medicine, surg, obst Target: patient Source : consultant, résident Nature: consent,inadequate care +DNR,errors
Gligorov (2009) É.-U.	3rd year surgery	172	Case study 2001, ethics project Case presentation, review of literature, small group discussion	Consent, truth, errors, decisional capacity, process
Fard (2010) Iran	3rd year all rotations	241	Logbook 2006-07, 713 cases	Ethics in education, professionalism, confidentiality, consent, relation to patients, colleagues, urology, surgery, ortho, medicine, neuro, obs-gyne.(similar huijer) Professionalism is most important
Karnielli-Miller (2010) É.-U.	3rd year 2004-2007	135	Narrative 2007, journal reporting 272 cases, professionalism critical incidents Analysis of 1) context and emotions, 2) thematic	Respect or disrespect, communication, responsibility empathy, caring, communication and team working, teaching learning environment Balance learning all the time, observing professionalism is ethics
Kaldjan (2011)	3rd year All rotations	141	Written case observation +assessment +group discussion	35 subcategories ethic +professionalism: decision Rx31% Communication (21%), Professional 'duties(18%), j Justice (9%), students' issues (5%), quality of care (4%)

Rogers(2012) USA	3rd year Surgery	134	Essay writing 2008-09 group discussion profess+, profess- hidden curriculum is powerful. Communication dominant	Professional behavior+: communication, time, dignity, patient priority – conversation inappropriate, denigrating patient. mistreating staff, inappropriate care of patients, poor teaching, avoid responsibility
Kittmer (2013) Canada Mc	3rd year surgery	149	Reflective writing 2009; small group critical incidents, hidden curriculum Too much responsibility consent students unsupervised	Communication, consent, breaking bad news, relation to patients, health care teams, system, self-decision care, students stress
Sullivan (2014) É.-U.	????	168	survey	Respect, altruism, interpersonal skills, competence
Moller (202) Denmark	4th year all clinical rotations	51	Reflective writing 2020; 396	Confidentiality, Rx decision, education student role, and responsibility, communication
Hawking (2020) USA	3rd year National Survey	144/499	National survey 2020 Kaldjian taxonomy	Profess. Duties most frequent, communication, quality care students' moral distress, decision for tx, justice
Marsden (2020) USA	3rd year surgery	134	Reflective writing 2017- 18; 10 categories. Delivery of good care, poor communication with consultant frequency ants4 principles	Rx decision (28%), communication, (14%) justice, (12%). consent (9%), profess (5%), students' supervision (5%) No mention concurrent op room, electronic medical record, social media, innovation, industry conflict interest
Prasad (2020) USA	3rd year surgery	411	Reflective writing essay Positive and - behavior	Taking time, privacy, control emotion, accountability

Annexe 3 : Enseignement de l'éthique clinique à la faculté médecine Université de Montréal

A la fin des années 1990, on voit apparaître l'enseignement de l'éthique clinique dans le *curriculum* du préclinique (IMC et IDC) à l'Université de Montréal, sous la direction de Yvette Lajeunesse. Cet enseignement a pris la suite des cours de bioéthique de monsieur Guy Durand. Elle a travaillé en collaboration avec le Dr Jocelyn Aubut qui était alors responsable de l'enseignement de l'éthique à la résidence. Dre Michèle Dallaire a éventuellement remplacé Dr Aubut comme responsable de l'enseignement à la résidence. En 2001, un comité de coordination de l'enseignement de l'éthique biomédicale, présidé par Dre Michèle Dallaire et par le Dr Lajeunesse, a été mis en place pour planifier le programme d'enseignement (thèmes, objectifs selon le niveau et approches pédagogiques) à travers les années de formation : Pré-MED, IMC, IDC, externat 1, externat 2, résidence/tronc commun et résidence/spécialités. Les thèmes étaient principalement axés sur les aspects légaux, éthiques et organisationnels de l'exercice de la médecine qui sont des objectifs du Conseil médical du Canada (CLÉO). De très nombreux professeurs de la faculté de médecine se sont joints au comité pour établir le programme d'enseignement de l'éthique et pour assurer non seulement la formation des étudiants, mais aussi celle des enseignants. Ce programme a été implanté en 2002-2003, au préclinique, par le Dr Lajeunesse. Elle a continué à assurer l'enseignement de l'éthique au prégradué jusqu' en 2018. La formation des résidents était donnée dans les milieux de soins par les divers programmes au post gradué.

À noter qu'au pré-MED, les notions fondamentales d'éthique étaient dispensées par monsieur Daniel Weinstock, qui fut remplacé par madame Ryoa Chung. En 2009, il y a eu la création du programme d'enseignement du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) sous la direction du Dr Jean-Victor Patenaude pour que se fasse l'intégration de l'éthique clinique dans les ateliers. En 2007, Dre Andrée Boucher et Dr Louis-Georges Ste-Marie pilotent un travail d'envergure avec l'aide d'une centaine de professionnels qui participent à la mise en place à la faculté de médecine du comité central des compétences (CCC) et du conseil d'implantation de l'approche par compétences (CIAC). Les objectifs de la formation en éthique clinique sont arrimés au programme de l'approche par compétences. En 2013, le document pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences et le cadre de formation est ratifié par l'Assemblée facultaire.

C'est également en 2013 que le Bureau de l'éthique clinique (BEC) voit le jour. La création d'un bureau d'éthique avait fait l'objet de discussions depuis 2005 auxquelles avait participé monsieur

Hubert Doucet. Le directeur Dr Antoine Payot procède à une révision complète de l'enseignement de l'éthique. La mission concerne tant la formation des professeurs de la faculté et l'enseignement de l'éthique clinique dans les différents milieux de soins. Dr Lajeunesse a continué d'être responsable de l'enseignement de l'éthique clinique au prégradué tout en collaborant aux formations à la résidence jusqu' en 2018. Dre Amélie Dupont-Thibodeau a pris la relève par la suite. Je tiens ces informations non publiées d'une conversation avec Dr Yvette Lajeunesse.

Annexe 4 : Textes des étudiants (tel quel)

Exemples concrets de narratifs produits par les étudiants

La médecine est certes une profession des plus exigeantes non seulement parce qu'elle requiert

une connaissance sans égal du savoir médical et scientifique, mais encore parce qu'une myriade d'éléments viennent s'ajouter aux compétences exigées: par exemple, un médecin doit être un professionnel, un communicateur bien érudite, un bon enseignant et un gestionnaire des ressources. De plus, tous souhaitent rencontrer un médecin avec une âme empathique. Le succès

ou l'échec d'une entrevue médicale repose donc sur tous ces aspects et bien d'autres encore. Une remarque déplacée, un geste de trop de la part du médecin peut faire chavirer la délicate relation qu'il entretient avec son patient. Voilà qui est arrivé récemment...

Mon histoire débute à l'hôpital dans le centre ambulatoire où les patients rencontrent pour la première fois le spécialiste qui leur a été référé par leur médecin de famille. Entrent doucement

dans la salle un couple âgé, ensemble depuis 50 ans, des bonnes gens sympathiques, respectueux et éduqués, de classe à part. Monsieur raconte avec sérieux le problème qui l'incommodé depuis bien des mois, madame authentifie ses plaintes et rajoute de bonne foi des anecdotes pertinentes. Elle nous apprend que, vu les douleurs intermittentes aux mollets de son mari, monsieur n'arrive plus à la suivre lorsqu'ils vont prendre des marches ensemble. La claudication intermittente de monsieur leur cause bien des problèmes et des inquiétudes! Jusque-là, l'entrevue se déroule bien.

Or, voilà que le médecin commence à se sentir très familier envers ce couple d'un certain âge. Pour souligner la benignité de la situation, il suggère que madame fait exprès pour marcher rapidement afin de s'éloigner de son mari et affirme que ce comportement est normal après tant d'années de mariage. Il continue sa pensée en ajoutant que sa propre femme agit de la même manière, mais qu'il en est bien aise. Puis se met à rire. Mais, monsieur et madame ne rient pas. Ils deviennent silencieux et me regardent avec un

visage ébahi, des yeux visiblement surpris et déçus. Je comprends à cet instant que notre couple a été heurté et que l'entrevue est un échec.

Le couple se retire poliment de la salle, les deux visiblement déçus et insatisfaits de leur aventure. Ils iront sans doute consulter un autre médecin, un qui prendra la situation plus au sérieux et qui leur offrira une approche plus conforme à leurs attentes. En une seconde, le manque de jugement et de professionnalisme de la part du médecin a brisé les liens fragiles tissés entre les partis. La compétence du médecin n'est nullement en doute, mais sa manière d'agir a gâché ce qui aurait pu être une visite enrichissante. Il ne faut jamais oublier à quel point l'attitude du médecin influence la satisfaction des patients. En tant que professionnel, il doit s'adapter à ses patients et s'assurer que le tout se déroule bien, ce qui n'a malheureusement pas été fait ici.

Stage de chirurgie
Dr. Beauchamps

Cas éthique
Gros Prolapsus

Situation: J'ai rencontré une patiente se présentant pour incontinence fécale à la clinique externe de chirurgie pour évaluer si une intervention chirurgicale était nécessaire. Ses incontinences étaient accompagnées du rectum qui sortait. La patiente était très affectée par son problème, elle évitait toute sortie par peur d'avoir une perte fécale. Elle avait aussi changé son alimentation (ne mangeait plus aucun légume) pour être constipé et ainsi diminuer la fréquence des incontinences. Mais même avec ses mesures et la prise d'immodium, elle perdait tout de même ses selles très dures. Cette femme qui était complètement autonome auparavant était maintenant très dépendante pour tout ce qui était des commissions à l'extérieur de la maison et cette femme n'avait pratiquement plus de vie sociale. De plus, cette patiente présentait des problèmes d'anxiété.

La patiente est donc amenée dans la salle d'anoscopie pour évaluer ce qui semblait être un prolapsus au questionnaire. La patiente s'était donc mise en position pour l'examen. On lui avait demandé de pousser comme lors de la défécation pour visualiser le prolapsus. À ce moment, l'infirmière a dit: "wow c'est vraiment gros".

Analyse: Dans cette situation, la patiente était très complexée par son état et personnellement, j'aurais été très vexée par un commentaire ainsi. Je considère ceci comme un manque de respect important envers la patiente. Celle-ci était en plus installée dans une position très révélatrice pour les fins de l'examen. De plus, je crois que cette situation est contre le devoir de prévenir le mal ou la souffrance. Ici, ce serait plutôt une souffrance psychologique qui aurait pu être entraîné, puisque cette patiente avait beaucoup d'anxiété par rapport à son problème. Donc il faut être très attention à ce qu'on dit devant les patients. Ce commentaire pouvait sembler sans conséquence pour l'infirmière, mais la patiente aurait pu le prendre très mal.

Commentaire de l'infirmière: Man Provenance
Patiente vexée

H. J. - (Rien) ⊖

R. L'Éthique clinique - un exemple

Une dame de 70 ans se présente à la clinique externe durant une journée achalandée. Elle semble maigre, pâle, triste, ralentie. C'est une visite de routine, et le médecin passe les premières 2 minutes de la rencontre à feuilleter le dossier. Finalement il regarde la dame et la questionne ainsi :

MD : Prenez-vous toujours les médicaments que je vous-ai prescrit lors de la dernière visite?

Pte : Oui

MD : Prenez-vous d'autres médicaments?

Pte : Oui je prends des antidépresseurs.

MD : Depuis quand?

Pte : Depuis 2 mois, depuis que mon mari est décédé...

MD : Quel est le nom du médicament?

Pte : Hmm... Je ne me rappelle pas du nom, mais cela me reviendra dans un instant.

MD(clairement irrité) : Mais je ne peux pas vous accorder cet instant, madame X. J'ai une vingtaine de patients qui m'attendent à la clinique, je ne peux pas attendre à que vous vous «rappeliez». Dorénavant vous devez toujours apporter avec vous une liste avec les noms de tous vos médicaments.

Pte : Je m'excuse, mais...

MD(interrompant) : L'externe va maintenant vous examiner. Couchez-vous sur la table d'examen.

Durant mon examen, MD reste assis et écrit dans le dossier. La patiente reste silencieuse pendant que je l'examine. Ses yeux semblent rouges et luisants.

MD(en se levant) : Je vais vous revoir dans X mois.

Il se dirige rapidement vers la porte et me signale de le rejoindre.

Je remercie la patiente pour sa coopération et lui souhaite bon courage.

Je vois qu'elle pleure doucement...

Points à faire : L'Éthique clinique -

1) La qualité de la relation patient-médecin est l'élément clé qui détermine le succès d'une rencontre médicale. Cette relation a un impact direct sur la capacité du médecin à exercer son rôle :
- Ici le médecin (possiblement fatigué et frustré par des facteurs externes non-relés au contexte présent), a de la difficulté à retenir sa frustration et son impatience dans sa rencontre avec le patient. Les résultats :
- Il est distrait, son impatience l'aveugle. Il se concentre à peine sur la tâche du moment(i.e. celle d'attentivement questionner et examiner son patient, en vu de poser un diagnostic, offrir des conseils, suggérer un traitement). Il risque ainsi de manquer d'importants signes et symptômes chez son patient, et de poser un mauvais diagnostic(et tout ce qui s'en suit).
- Le patient se sent négligé, abusé même par ce médecin qui ne démontre aucune empathie, et ne s'intéresse point dans son histoire médicale: Il a bonne raison de penser que ce médecin(en ce moment au moins), n'est pas qualifié de lui prescrire quelconque thérapie... et même si la thérapie est approprié, cette mauvaise expérience augmente de beaucoup la chance que le patient refusera d'adhérer au régime suggéré(problème de compliance, ici engendré par le manque de communication et d'empathie de la part du médecin).

2) Les principes de bienfaisance, et de non-malfaisance sont ici durement éprouvés :
- Bienfaisance: Le médecin, aveuglé par l'impatience, fruit de son anxiété(horaire achalandé, beaucoup de patients à voir), ne voit plus devant lui l'être humain vivant et souffrant. Il perd de vu le but de chaque interaction médicale: de tenter d'apporter de l'aide(en forme de diagnostic, traitements, conseils, empathie), à chaque patient souffrant. Sa perspective sur sa pratique, et sur ses buts comme médecin devient tordue. Il veut «maintenir son horaire» à tout prix. Le respect de l'horaire devient alors le principe qui guide ses actions, et le critère de son «succès» comme médecin. Il oublie que la mesure de son succès dépend de la prise en charge adéquate de chaque patient.
- Non-malfaisance : Prescrire une pénicilline à un patient connu allergique est un acte de négligence qui peut amener de graves conséquences

Travail d'éthique

Durant mon stage de chirurgie à HMR, j'ai été en contact avec plusieurs chirurgiens/équipes, dont la grande majorité me semble être d'excellents modèles pour nous, externes. Cependant personne n'est parfait et voici une situation où je crois que l'équipe médicale dans laquelle j'étais aurait pu agir différemment.

Il s'agit d'un cas classique; un homme qui refuse les transfusions sanguines car il est Témoin de Jéhova. Le patient s'était présenté avec une cholécystite aiguë qu'on suspectait être compliquée, alors la cholécystectomie a été pratiquée malgré l'anémie chronique du patient et sa MCAS stable. Durant la chirurgie les pertes sanguines ont été un peu plus importantes que prévues, alors en post-op l'hémoglobine du pt était à 55 et son statut hémodynamique était instable; il a donc été transféré aux SI. En aucun moment une transfusion n'a été pratiquée.

Jusqu'à maintenant je suis parfaitement d'accord avec la façon dont les choses ont été faites. En effet, dans un tel cas, les principes éthiques de **bienfaisance** (donner une transfusion au patient lui aurait évité les SI) et d'**autonomie** (le patient a décidé qu'il ne voulait pas de transfusions) s'opposent. Or je crois que le respect de la personne en question et de sa capacité à **s'auto-déterminer** nous obligent à faire passer l'autonomie avant la bienfaisance.

De plus même s'il s'agit ici d'un refus et non d'un consentement, il faut invoquer le principe du **consentement libre et éclairé**. Or, le patient était **apte** à consentir/refuser le traitement; il ne souffrait d'aucun trouble psychologique ni démence et il s'agissait d'un adulte. Il s'agissait aussi d'une décision **éclairée** car les conséquences possibles d'un refus de transfusion lui ont été bien expliquées. Il s'agissait également d'une décision prise de façon **libre**, car aucun membre de la famille ni médecin n'avait tenté d'influencer le patient. Donc, jusqu'à ce moment, aucun problème.

Cependant, lors de la réunion d'équipe à laquelle j'ai assistée (réunion de tournée de cartes du matin), les patrons et les résidents ont ridiculisé la décision du patient et parlé de lui avec un certain mépris. J'ai même entendu quelqu'un dire que "s'il ne s'en sort pas (des soins intensifs), ce sera tant pis pour lui".

Dans cette situation, le principe fondamental du **respect d'autrui** a été bafoué. En effet, en parlant avec mépris du patient, je considère que l'équipe médicale lui a manqué de respect, même si les propos ne lui ont pas été directement adressés.

Je crois qu'en tant que médecins, il est de notre devoir de vouloir le bien de nos patients (là n'est pas le problème pour la majorité d'entre nous), mais aussi de les respecter et de tenter de les **comprendre** même si on trouve leurs décisions farfelues (en particulier lorsqu'elles nous empêchent de bien les traiter). Je crois même que si le patient perçoit que le médecin tente de le comprendre, il pourra se montrer plus ouvert à faire certains compromis lors de situations futures.

Finalement, je crois qu'au niveau du **professionnalisme**, il est inadéquat de parler ainsi d'un de ses patients. Nous représentons tous une profession dont nous sommes fiers. Alors, pour maintenir la meilleure image possible de celle-ci, il faut éviter les propos discriminatoires envers les patients, même si c'est derrière une porte close entre collègues.

professionnalisme → Préjugés

propmover (+)

Cours éthique et professionnalisme
Par Dr Beauchamp

Exemple de professionnalisme

Assurer la prise en charge et le suivi d'un patient et collaborer entre les divers professionnels de la santé

Source: Aldo unibac

Voici un exemple de professionnalisme où le médecin, notamment grâce à la collaboration avec divers professionnels, a assuré la prise en charge et le suivi d'un patient qui lui était référé.

Il s'agit d'un patient de 18 ans, Monsieur G, qui a été transféré de l'hôpital de Saint-Eustache pour une consultation en urologie à Maisonneuve-Rosemont. Le médecin général responsable du patient jugeait qu'il était mieux de le transférer à Maisonneuve-Rosemont, car il avait été vu à plusieurs reprises dans cet hôpital, notamment en urologie, et son histoire médicale, particulièrement urologique, était complexe.

Tout d'abord, l'urologue a dû assurer le suivi du patient qui avait été vu plusieurs fois par un autre urologue, qui ne pratique plus maintenant à HMR. Il a donc rencontré le patient. Par la suite, il a tenté de solutionner la problématique médicale du patient via le questionnaire et les investigations requises. Après, il a communiqué avec le médecin responsable du patient à Saint-Eustache, afin de s'assurer qu'il pouvait donner congé au patient.

Ensuite, le patient, qui souffre de problèmes psychiatriques importants, vit dans un centre d'hébergement pour personnes en difficulté. Le médecin s'est donc assuré que le patient retournerait chez lui de façon sécuritaire. Ainsi, l'infirmière qui travaille en étroite collaboration avec le médecin, après avoir retiré la sonde et le Jelco au patient, a communiqué avec la travailleuse sociale de l'hôpital qui, elle, a communiqué avec l'éducateur du centre d'hébergement où vit Monsieur G. De plus, la travailleuse sociale a mis en contact l'infirmière du centre avec l'externe (moi !) afin que cette dernière soit informée de la problématique médicale de Monsieur G. Bref, le patient a pu retourner vers son centre d'hébergement en toute sécurité. Par ailleurs, son infirmière connaît mieux sa problématique médicale.

Finalement, le médecin, afin de s'assurer du meilleur suivi possible, a communiqué avec l'urologue qui avait vu plusieurs fois ce patient et qui est maintenant dans un autre centre hospitalier à Montréal, afin que ce dernier reprenne le suivi de Monsieur G. Bref, malgré le fait que son urologue ait changé de centre hospitalier, le suivi de monsieur G. a été assuré par un urologue à HMR. Afin que son suivi se poursuive de manière optimale, l'urologue de HMR va s'assurer qu'il soit revu par l'urologue qu'il a déjà consulté plusieurs fois. Ce dernier sera le mieux placé pour évaluer le patient, car il présente souvent des symptômes très atypiques et il devient difficile de départager la douleur réelle par rapport à sa dépendance possible aux narcotiques.

En autres mots, il s'agit d'un exemple de médecine centrée sur le patient.

Exemple (+) ← Collaboration en réseau (+)

propriété (+)

Cours éthique et professionnalisme
Par Dr Beauchamp

Exemple de professionnalisme

**Assurer la prise en charge et le suivi d'un patient
et collaborer entre les divers professionnels de la santé**

source: Aldo Amélie

Voici un exemple de professionnalisme où le médecin, notamment grâce à la collaboration avec divers professionnels, a assuré la prise en charge et le suivi d'un patient qui lui était référé.

Il s'agit d'un patient de 18 ans, Monsieur G, qui a été transféré de l'hôpital de Saint-Eustache pour une consultation en urologie à Maisonneuve-Rosemont. Le médecin général responsable du patient jugeait qu'il était mieux de le transférer à Maisonneuve-Rosemont, car il avait été vu à plusieurs reprises dans cet hôpital, notamment en urologie, et son histoire médicale, particulièrement urologique, était complexe.

Tout d'abord, l'urologue a dû assurer le suivi du patient qui avait été vu plusieurs fois par un autre urologue, qui ne pratique plus maintenant à HMR. Il a donc rencontré le patient. Par la suite, il a tenté de solutionner la problématique médicale du patient via le questionnaire et les investigations requises. Après, il a communiqué avec le médecin responsable du patient à Saint-Eustache, afin de s'assurer qu'il pouvait donner congé au patient.

Ensuite, le patient, qui souffre de problèmes psychiatriques importants, vit dans un centre d'hébergement pour personnes en difficulté. Le médecin s'est donc assuré que le patient retournerait chez lui de façon sécuritaire. Ainsi, l'infirmière qui travaille en étroite collaboration avec le médecin, après avoir retiré la sonde et le Jelco au patient, a communiqué avec la travailleuse sociale de l'hôpital qui, elle, a communiqué avec l'éducateur du centre d'hébergement où vit Monsieur G. De plus, la travailleuse sociale a mis en contact l'infirmière du centre avec l'externe (moi !) afin que cette dernière soit informée de la problématique médicale de Monsieur G. Bref, le patient a pu retourner vers son centre d'hébergement en toute sécurité. Par ailleurs, son infirmière connaît mieux sa problématique médicale.

Finalement, le médecin, afin de s'assurer du meilleur suivi possible, a communiqué avec l'urologue qui avait vu plusieurs fois ce patient et qui est maintenant dans un autre centre hospitalier à Montréal, afin que ce dernier reprenne le suivi de Monsieur G. Bref, malgré le fait que son urologue ait changé de centre hospitalier, le suivi de monsieur G. a été assuré par un urologue à HMR. Afin que son suivi se poursuive de manière optimale, l'urologue de HMR va s'assurer qu'il soit revu par l'urologue qu'il a déjà consulté plusieurs fois. Ce dernier sera le mieux placé pour évaluer le patient, car il présente souvent des symptômes très atypiques et il devient difficile de départager la douleur réelle par rapport à sa dépendance possible aux narcotiques.

En autres mots, il s'agit d'un exemple de médecine centrée sur le patient.

exemple (+) → communication collaborative en réseau (+)

M. Knecht

Impatient Support

2008

Asperl C. et al.

Leidende Verzuim

TRAVAIL D'ÉTHIQUE

Mise en situation: Un homme dans la vingtaine, venant d'une région éloignée, a appris qu'il avait un cancer assez avancé et qu'il n'y avait plus rien à faire. Il ne lui restait que quelques mois à vivre. Sa femme était enceinte, il avait un bon travail, il croyait avoir la vie devant lui. Ils ont fait provoquer l'accouchement pour qu'il puisse passer plus de temps avec sa petite fille. Un mois plus tard, il reçoit un appel inattendu lui disant qu'un médecin à Montréal peut tenter une dernière intervention: la chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale (CHIP).

La situation se produit dans la salle d'opération. Le patient est étendu sur la table. Il est très nerveux. L'anesthésiste fait son entrée... Il n'est pas content. Il n'a pas une bonne journée et parle très fort pour que tout le monde puisse entendre. Il est très impatient. Les gens ne sont pas au bon endroit, ce n'est pas assez vite, il a hâte que la journée soit fini... Je regarde le patient et lui tiens la main. Il est inconfortable, il pleure et me parle de sa petite fille. L'anesthésiste s'installe pour préparer le patient. Il essaie de piquer le patient une première fois. Il ne réussit pas. Il essaie de nouveau mais il est incapable. À ce moment, il se lève, regarde le patient et lui dit d'un ton ferme : "Tu es trop stressé, c'est à cause de toi que je ne peux pas bien faire mon travail. Tu dois te calmer." Le patient tente de se calmer mais les émotions sont trop fortes. L'anesthésiste lâche de gros soupirs. Je dis au patient de me regarder dans les yeux et d'oublier ce qui se passe autour de lui.

L'opération s'est bien déroulée. Le patient s'est vite remis sur pieds et m'a grandement remercié de ma présence à ce moment précis où il se sentait seul.

J'ai vraiment trouvé inacceptable l'attitude de l'anesthésiste lors de cette situation. Même s'il avait une mauvaise journée, il ne peut pas le faire paraître devant les patients. Ce n'est pas du tout professionnel. Il aurait dû essayer de mettre le patient en confiance au lieu de lui parler brusquement. Il ne faut pas oublier que pour plusieurs patients, aller dans la salle d'opération est un événement très stressant qui a un grand impact sur leur vie. Il faut absolument mettre le patient en confiance et s'adapter à chacun.

Amélie

Attitude professionnelle : impatience du patient
①

↗

↖

Traverso

↳ dispute entre m et personnel

école

Situation Éthique-Stage de Chirurgie

2019-2020 - F. 10112

L'interdisciplinarité, la divergence d'opinions ou la différente priorisation des tâches peuvent facilement mener à des conflits dans les équipes des différents milieux hospitaliers. Heureusement, depuis le début de l'externat, je n'ai pas vécu d'événement m'ayant personnellement infligé une détresse. Par contre, afin de dépeindre sommairement une situation problématique, je vous ferai part d'un événement où le conflit a pris le dessus et m'a mis indirectement dans une situation inconfortable.

Premièrement, il est évident qu'une ambiance tendue règne dans les blocs opératoires. Dans ces lieux où l'erreur peut avoir des effets dévastateurs, les argumentations peuvent être très relevées. Les procédures péri-opératoires sont très systématiques : le tout, dans l'optique d'éviter les erreurs d'inattention pouvant être fatales. Toutefois, dans tout ce qui est répétitif, il est habituel de voir le personnel accélérer la tâche ou la prendre pour acquise. C'est donc durant le temps d'arrêt préopératoire que les tensions se sont installées : alors que le chirurgien récitait les procédures habituelles, deux individus d'expérience n'ont pas gardé silence et semblait faire abstraction de ce temps d'arrêt très important. J'ai remarqué que ceci a grandement insulté l'anesthésiste. Le tout a dégénéré lorsque l'anesthésiste sédationnait le patient. Il est espéré que celui-ci s'endorme, malgré le bruit des machines, dans l'environnement le plus paisible possible. Malgré tout, les deux mêmes personnes ne gardaient pas leur sérieux et s'esclaffait sur un sujet inconnu du reste de l'équipe. L'anesthésiste s'est donc mis en colère & s'installa une prise de bec dans la salle d'opération. L'ambiance résultante du reste de cette longue opération était plutôt désagréable pour le reste de l'équipe. J'irais même jusqu'à dire que le silence de glace et le manque de communication auraient pu nuire au patient.

Dans cette situation, je me sentais malheureusement pris entre l'arbre et l'écorce. J'étais moi-même irrité par le comportement irrespectueux des deux professionnels depuis le début des procédures, l'anesthésiste avait raison. Par contre, prendre parti peut nous exposer à de futures représailles. Aurais-je dû intervenir ? Certainement..

Il est intéressant de réfléchir sur la portée que peut avoir l'action d'un externe, même s'il n'est qu'un « petit » étudiant de médecine. J'entends souvent des collègues partager que nos évaluations de Stage sont trop déterminantes pour se mettre un patron « à dos ». Autant difficile que cela puisse paraître, il ne faut pas se gêner de partager nos interrogations, nos inconforts et même nos détresses. Je dirais qu'avec les années, vers la résidence, il sera de plus en plus essentiel d'avoir confiance en nos intuitions et nos valeurs pour le bien-être des patients. Il est évident que cette droiture et cette bienveillance sera grandement appréciée de tous les intervenants du milieu hospitalier, incluant les patrons. Si nos interventions sont amenées poliment et supportées par des faits, il n'y a aucune raison d'avoir des représailles. Si c'est le cas, et elles sont injustifiées, il ne faut pas hésiter à faire appel à des instances supérieures présente pour les étudiants, résidents ou même comme médecin.

De l'autre côté, j'ai assisté à une deuxième situation semblable, mais dans celle-ci, le chirurgien a remis calmement les individus à l'ordre durant le premier temps d'arrêt plutôt que d'attendre qu'«une goutte fasse déborder le vase » ...

