

L'éthique clinique dans la formation médicale postgraduée

État le 5 décembre 2024

Auteur-e-s : Oswald Hasselmann, Settimio Monteverde, Tanja Krones

Table des matières

1. Avant-propos	2
2. Résultats et recommandations	7
2.1 Recommandations pour la mise en œuvre des domaines d'éthique professionnelle (tableau 1)	7
2.1.1 Dimension A: bonne pratique de l'éthique clinique / professionnalisme	7
2.1.2 Dimension B: gérer les problèmes éthiques, éviter/réduire les dommages	10
2.1.3 Dimension C: gestion des dilemmes éthiques	12
3. Propositions d'implémentation	14
4. Annexes :	14
4.1 Annexe 1 : méthodologie de l'ISFM	14
4.2 Annexe 2 : compétences clés pour la prise de décision partagée	16

1. Avant-propos

L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) s'est donné pour mission d'encourager la mise en œuvre des objectifs de formation généraux que tous les médecins en formation postgraduée en Suisse doivent atteindre. L'éthique clinique est l'un des cinq thèmes centraux qui sont ressortis d'une étude préliminaire sur le sujet. La Société suisse d'éthique biomédicale (SSEB) a été chargée de définir les compétences éthiques que les médecins doivent acquérir au cours de leur formation postgraduée et de définir des scénarios en vue de leur mise en œuvre. L'acquisition de compétences éthiques par les médecins en formation pré- et postgraduée est d'ailleurs ancrée dans la loi¹. Nous supposons que le manque d'« attrait » pour l'éthique révélé par l'enquête Delphi² réalisée par l'ISFM pourrait être dû à une approche trop théorique de cette notion qui ne répond pas aux exigences éthiques spécifiques à la pratique clinique. Ce point a été souligné à plusieurs reprises par des représentantes et représentants de l'ISFM et de l'ASMAC lors de l'élaboration du présent document.

Le corps médical est quotidiennement confronté à des situations où il doit prendre des décisions qui nécessitent un état d'esprit, des aptitudes et un jugement éthiques. L'éthique s'entend comme la discipline qui réfléchit de manière critique à la valeur des actes au sein d'une relation interpersonnelle. Les connaissances de l'éthique clinique, les compétences et une attitude appropriée sont indispensables pour répondre aux situations éthiquement complexes exigeant une prise de décision. Il n'en reste pas moins qu'une pratique médicale éthiquement réfléchie se traduit principalement par une prise de décision clinique incluant les aspects éthiques³, par une interaction professionnelle tenant compte de la valeur inhérente à un acte médical et par une communication et une coopération réussies.

Conformément au mandat de l'ISFM et sur la base de l'analyse effectuée (pour la méthodologie employée, se référer à l'annexe 1), nous proposons de mettre en œuvre les objectifs de formation généraux dans la formation postgraduée en développant et en affinant les outils PROFILES. L'enquête Delphi montre qu'on ne peut pas partir du principe que les étudiantes et étudiants ont traité de manière approfondie les questions éthiques liées à la pratique clinique, ni les défis qui en découlent, au cours de leurs études de médecine, ni que les médecins en formation postgraduée ont atteint le niveau le plus élevé des EPA (Entrustable Professional Activities) du catalogue PROFILES, portant principalement sur les questions d'éthique, au terme de leur formation postgraduée^{4,5}.

Selon l'équipe d'auteurs, il est indispensable de proposer, dans le cadre de la formation médicale postgraduée et sur le lieu même de la formation ou sur des lieux de formation suprarégionaux, des possibilités d'expérimenter son auto-efficacité éthique et, pour ce faire, de s'appuyer sur les objectifs de formation existants afin de consolider les compétences des médecins spécialistes en y ajoutant les compétences éthiques qui leur sont étroitement liées.

Afin d'assurer le lien avec la pratique, il faut que l'ensemble des responsables de la formation postgraduée s'engagent à identifier ou à proposer, dans le quotidien clinique, des situations d'apprentissage spécifiques permettant de faire face et de répondre aux questions de l'éthique clinique avec les connaissances, les compétences et l'attitude requises. Un tel « Faculty Development » des formatrices et formateurs va au-delà de leur rôle de modèle et comprend notamment les quatre étapes suivantes :

¹ Article 7 de la loi sur les professions médicales du 23 juin 2006 (état le 1^{er} septembre 2023)

² Renforcement des objectifs de formation généraux. Résultats de la 1^{ère} enquête Delphi : H. Amstad, G. Spinaz, M. Brodmann Maeder

³ Cela correspond également à la conception d'origine de la médecine fondée sur les preuves, cf. Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't *BMJ* 1996; 312 :71 doi:10.1136/bmj.312.7023.71

⁴ <https://www.profilesmed.ch/>

⁵ Le niveau de compétences escompté se répartit généralement en 5 étapes (niveau) : 1 – Apprend par l'observation, assiste activement une tâche. 2 – Accompli la tâche en présence de la ou du superviseur en suivant les instructions 3 – Accompli la tâche majoritairement de façon autonome en présence de la ou du superviseur 4 – Accompli la tâche de manière autonome 5 – Est en mesure de superviser l'activité d'une autre personne. A primer on entrustable professional activities. *Cate OT. Korean J Med Educ.* 2018. PMID: 29510603

1. Stimuler l'apprentissage éthique au travers de situations définies.
2. Accompagner les personnes en formation grâce à un feed-back structuré.
3. Offrir la possibilité d'expérimenter son auto-efficacité éthique dans le quotidien clinique.
4. Jeter les bases d'autres tâches éthiques plus complexes (p. ex. modération d'une discussion de cas éthique).

Cibler les compétences éthiques des médecins en formation postgraduée vise à leur permettre de réfléchir de manière critique à leurs propres valeurs et à celles qu'ils côtoient dans le quotidien clinique et à intégrer de manière systématique, et à un niveau d'exigence élevé, les contenus relevant de l'éthique clinique dans la pratique quotidienne. Le concept du « Cognitive Apprenticeship », qui permet de familiariser, d'accompagner et d'encourager de manière structurée les personnes en formation dans leur apprentissage de tâches cliniques complexes, s'y prête bien⁶. La création d'un climat sécurisant dans les phases de *modeling* (démonstration), de *scaffolding* (activité individuelle assistée), de *fading* (diminution progressive de l'assistance à mesure que les compétences de la personne augmentent) et de *coaching* (suivi observationnel) peut également contribuer à transmettre les compétences éthiques (p. ex. prise de décision partagée [cf. annexe 2], communication d'une erreur médicale ou annonce d'une mauvaise nouvelle). Pour enseigner ces compétences en lien direct avec l'éthique, il s'agit de privilégier une approche structurée, au sens d'une adéquation entre le contenu/la situation et la méthode didactique employée. Une telle approche « selon un scénario défini » incluant une première phase, puis une seconde phase de débriefing permet d'éviter que les personnes impliquées ne se sentent submergées. Il faut toutefois rester ouvert à ce que les règles puissent être transgressées sans pour autant les remettre en question ni remettre en question leurs preuves scientifiques sans réflexion⁷.

Le concept des EPA est également bien adapté pour décrire et évaluer les compétences (éthiques) nécessaires pour aborder la dimension éthique de la pratique clinique. De nombreuses EPA développées en fonction des bases légales (cf. remarque i) visent à exprimer l'horizon des compétences à acquérir en éthique clinique par les futurs médecins en utilisant, pour ce faire, l'instrument PROFILES. Les EPA sont désormais réparties en trois domaines en fonction de leur dimension éthique (cf. tableau 1) et associées à des compétences et des décisions cliniques concrètes. Du point de vue du groupe d'auteurs, il est nécessaire de consolider pendant la formation postgraduée ce qui a été acquis durant le cursus universitaire au moyen des EPA axées sur l'éthique, afin de garantir que les compétences éthiques exigées pour la pratique médicale par les organes de régulation (Confédération/CIMS/ISFM/FMH) se situent à un niveau élevé d'EPA.

L'éthique en tant que science théorique et empirique qui se rapporte à la relation interpersonnelle implique une relation étroite entre ses contenus et les compétences et attitudes développées en droit médical, en économie de la santé, en communication et dans la relation centrée sur les patients. Cela a été reconnu dès 2008 et intégré sous forme de recommandations de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC)⁸ dans les objectifs de formation *en économie de la santé*

⁶ Stalmeijer R et al 2013 *Clinical Teaching Based on Principles of Cognitive Apprenticeship: Views of Experienced Clinical Teachers*. *Acad Med* 2013, 88:861-865 / Kirschner, P., Hendrick, C. (2020). *Cognitive Apprenticeship Revisited*. *American Educator* 50, 44:3: 37-40 / Collins, A., Brown, J.S., Holum, A. (1991). *Cognitive Apprenticeship: Making Thinking Visible*. *American Educator* 15, 3: 6-11, 38-46.

⁷ En ce qui concerne les compétences en communication et les algorithmes qui y sont associés, les mentors et les médecins en formation doivent s'orienter au « script » et comprendre les écarts par rapport à celui-ci, afin de pouvoir réduire efficacement la « charge mentale » des tâches. cf. Sweller, J., Ayres, P., Kalyuga, S. (2011). *Cognitive Load Theory*. Springer, New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8126-4>. pour les bases conceptuelles et empiriques.

1) Pour le feed-back, cf. : Stone, D., & Heen, S. (2014). *Thanks for the feedback*. New York, NY: Viking Penguin

2) Pour le *debriefing structuré*, cf. Kolbe et al. (2013): *TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings*. *BMJ Qual Saf*. sowie Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. (2008). *Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education*. *Acad Emerg Med*, 15(11), 1010-1016. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x

3) Pour la 1^{ère} et 2^e phase de feed-back, cf. Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2007). *Debriefing with good judgment: Combining rigorous feedback with genuine inquiry*. *Anesthesiol Clin*, 25, 361-376.

⁸ Objectifs de formation en économie de la santé et en éthique. *Recommandations de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) du 11 septembre 2008*. https://www.siwf.ch/files/pdf2/lernziele_ge_f.pdf (2.8.2024).

et en éthique. Du point de vue de l'éthique médicale, l'objectif suprême de la formation postgraduée consiste à garantir une prise en charge médicale qui soutienne les patients dans leur prise de décision, les aide à prendre la décision la plus appropriée pour eux, veille à ce qu'ils accèdent aux diagnostics, aux traitements et aux soins nécessaires, les protège contre les discriminations, l'exclusion ou une prise en charge médicale inadaptée et associe toute l'équipe soignante interprofessionnelle dans le traitement concret de questionnement éthique. Les médecins en formation doivent pouvoir être en mesure de (re)connaître les valeurs, souvent implicites ou non exprimées, qui sous-tendent toute décision médicale. Pour atteindre l'objectif visé d'un système de santé durable, efficace et équitable, dans lequel les patients bénéficient de soins et de traitements de haute qualité, les médecins en formation doivent être à même de formuler des arguments éthiques appropriés dans le respect de leurs propres valeurs, de celles des patients et de l'ensemble de l'équipe soignante.

Tableau 1: Bases pour une pratique clinique éthique et professionnelle

Domaine d'éthique professionnelle	Principales bases éthiques	Exemples cliniques
A Fondement éthique : ce qui est jugé « bénéfique », souhaitable, (aussi) en médecine	Autonomie, sollicitude, justice, code d'éthique professionnel, caractère moral (vertus)	Prise de décision partagée (« Shared Decision-Making »), meilleure application possible du consentement éclairé (Informed Consent), défense des groupes vulnérables
B Problème éthique : ce qui est jugé « néfaste », évitable, (aussi) en médecine	Ne pas nuire, ne pas discriminer, ne pas abandonner (« non abandonnement »)	Gestion des erreurs médicales, façon la plus appropriée d'annoncer une mauvaise nouvelle, nommer (Speak Up) les cas de négligence/discrimination observés ; les comportements non professionnels, le sexisme et le racisme en médecine.
C Dilemme éthique : situations ni « win win » ni « loose loose », violation nécessaire ou pondération de principes importants ou de suites d'actions pouvant se justifier	Conflits entre les principes d'autonomie, de sollicitude, de ne pas nuire et de justice, entre les responsabilités professionnelles centrales ou les intérêts professionnels primaires	Traitements forcés, tri, gestion optimale des conflits de rôles en tant que spécialiste actif dans la recherche ou en clinique, différenciation entre « soins » et « recherche ».

La possibilité d'adapter à la pratique la structure proposée et le format des activités pouvant être *confiées* (« entrusted ») dans le but d'explorer la dimension éthico-clinique se distingue des approches précédentes qui s'appuyaient sur l'enseignement traditionnel de la théorie éthique et des arguments de la philosophie morale (p. ex. approches déontologiques, éthique des vertus) et qui, par déduction, considéraient la pratique clinique comme un domaine d'« application ». Ce format d'apprentissage plutôt traditionnel explique peut-être le manque d'attrait pour l'éthique décrit dans l'avant-propos. Il est notamment possible que l'« application » pratique de théories éthiques place face à face des options irréconciliables ou contradictoires (p. ex. l'acceptation d'un « mensonge thérapeutique » contestable sur le plan déontologique, utilitariste ou de l'éthique des vertus), confrontant les médecins en formation à des exigences irréalisables de l'*approche éthique* et rendant ainsi impossible d'expérimenter leur propre auto-efficacité éthique. Face à une conception si hautement théorique de l'éthique, une approche centrée sur la personne, ancrée dans l'expérience

thérapeutique et basée sur l'*éthique pragmatique*, permettrait d'identifier des faits (médicaux, sociaux, etc.) moralement pertinents et d'aboutir à des solutions acceptables et pondérées en s'appuyant sur des connaissances éthiques issues d'approches éprouvées en éthique médicale (p. ex. éthique des principes, éthique du soin, casuistique, éthique narrative) et sur des outils de prise de décision ayant fait leurs preuves en éthique clinique⁹.

Hormis l'impact positif de l'éthique sur la qualité des soins médicaux, un climat de travail éthique est également favorable à la satisfaction au travail et à la santé des médecins.

Les compétences éthiques peuvent et doivent être évaluées selon la structure existante des EPA, au même titre que les autres compétences cliniques. Nous proposons des formats et des outils concrets pour y parvenir. Étant donné que les cursus de formation postgraduée en cardiologie (https://fr.swisscardio.ch/Formation_postgraduée) et en chirurgie (<https://sgc-ssc.ch/projekte/epa>) se basent déjà sur les critères des EPA, mais ne mentionnent pas encore explicitement l'acquisition de compétences clés en éthique clinique telle que la prise de décision partagée, nous proposons de créer un *cursus de formation commun en éthique* en vue de sa mise en œuvre interdisciplinaire dans la formation postgraduée. Celui-ci comprendra un catalogue de compétences éthiques fondamentales et considérées comme indispensables du point de vue de l'éthique professionnelle. Ces compétences seront enseignées directement sur le lieu de formation (hôpital/cabinet médical), ou dans un lieu à créer, en proposant des formats totalement en ligne (e-learning) ou un enseignement centralisé incluant des formats en ligne ou hybrides (blended learning). Les établissements de formation, la SSEB, l'ASSM, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), d'autres organisations professionnelles et les facultés de médecine peuvent adapter les contenus de la formation en fonction de leurs besoins.

Comme il est probable que les contenus des différents mandats attribués par l'ISFM se recoupent fortement, il convient d'envisager de fusionner les différents cursus visant à acquérir les objectifs de formation généraux en s'inspirant des concepts figurant déjà dans les PROFILES, d'une part pour faciliter leur enseignement et, d'autre part, pour qu'ils soient mieux acceptés par les médecins en formation. Les cinq objectifs de formation généraux (éthique clinique, sécurité des patients, communication, santé des médecins, interdisciplinarité) s'appuient sur des méthodes d'apprentissage qui visent à renforcer la résilience du personnel de santé et des patients, qui s'influencent mutuellement, comme décrit dans les « quadruple aim of healthcare »¹⁰. Les dimensions éthiques présentées dans le présent document (faire le bien, éviter de nuire et gérer les dilemmes insolubles de manière adaptée à la personne) peuvent être comprises comme un système fondamental de valeurs pouvant être considéré comme favorable (et motivant) pour la mise en œuvre des autres mandats. La prise de décision partagée et l'apprentissage de cette compétence commune à plusieurs mandats l'illustrent très bien (cf. annexe 2).

La sécurité des patients vise à ce que le principe de ne pas nuire soit véritablement « pris au sérieux », ce qui implique un changement de culture basé sur un développement personnel professionnel et la mise en œuvre d'une culture de l'erreur au sein des institutions de santé en attribuant un rôle actif aux patients. Les concepts spécifiques à l'individu de l'interlocutrice ou l'interlocuteur doivent être pris en compte dans la **communication** (cf. Carl Rogers¹¹). Le modèle NURSE offre p. ex. un cadre pour une gestion adaptée des émotions des patients¹². De la même manière, l'interprofessionnalité, lorsqu'elle est source de soutien, permet de protéger de manière préventive la **santé des médecins** et de leur éviter l'épuisement professionnel (burn-out). En résumé, il apparaît que les approches spécifiques à la profession peuvent avec leur méthodologie propre et

⁹ Le pragmatisme clinique est la base théorique d'une telle compréhension de l'éthique qui donne une place essentielle aux dimensions de l'expérience et à l'élaboration d'hypothèses dans le quotidien clinique et qui considère le « ethical reasoning » comme part intégrante du « clinical reasoning ». Voir à ce sujet: Fins, J.J., Bacchetta, M.D., Miller, F.G. (2021). Klinischer Pragmatismus: eine Methode moralischer Problemlösung. In: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., Eichinger, T. (eds) Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_6

¹⁰ Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781

¹¹ Rogers, Carl R. Psychothérapie et relations humaines - Théorie de la thérapie centrée sur la personne (?) ISBN 13: 9783463006925

¹² La communication dans la médecine au quotidien, guide pratique de l'ASSM 3., édition inchangée 2023, [guide_pratique_assm_communication.pdf](#)

des données probantes converger vers un objectif commun. Cette expérience nous permet donc de plaider pour la rédaction d'un tronc commun regroupant les objectifs de formation généraux.

Afin de motiver le groupe qui est en train de se constituer et dont le mandat concerne **l'interprofessionnalité**, nous souhaitons proposer la réflexion éthique suivante : la capacité de collaborer avec d'autres professions de la santé est une exigence clé de l'activité médicale, inscrite dans la loi sur les professions médicales¹³. Le catalogue PROFILES, le rôle CanMEDS de « collaborateur » et les EPA 4 à 9 présupposent qu'une prise en charge médicale efficace n'est possible que si toutes les professions impliquées apprennent « les unes des autres et les uns avec les autres », comme le sous-entend la définition habituelle de l'interprofessionnalité¹⁴ ; à condition toutefois d'avoir conscience des limites de ses propres actes professionnels et connaissance des domaines de compétence des autres professions impliquées. C'est précisément parce que les différentes professions ont elles aussi des valeurs éthiques qui influencent l'organisation de leurs domaines d'activité qu'il est indispensable de connaître et de comprendre leurs perspectives éthiques, afin de préserver la capacité de dialoguer et de fonctionner ensemble. Les objectifs de la formation pré- et postgraduée en éthique clinique comprennent donc une part importante de connaissances, de compétences et d'attitudes qui favorisent la collaboration interprofessionnelle. Les données empiriques montrent que si l'on ne tient pas compte de l'interprofessionnalité, si les hiérarchies sont rigides et que la culture de la communication est mauvaise, cela sera vécu comme un facteur de stress éthique qui aura un impact négatif non seulement sur la satisfaction au travail dans toutes les professions impliquées, mais aussi sur les résultats médicaux des patientes et des patients^{15 16}. La formation médicale (prégraduée, postgraduée et continue) a donc aussi la grande responsabilité de renforcer les fondements d'une collaboration éthique efficace entre professions, en mettant l'accent sur les compétences spécialisées, la communication et un état d'esprit ou une attitude appropriée¹⁷. Nous invitons les médecins en formation et les médecins spécialistes dont l'intérêt pour l'éthique clinique dépasse les contenus de ce curriculum de formation à se référer au document « Soutien éthique dans le domaine de la santé » de la Société suisse d'éthique biomédicale (SSEB) en cours d'élaboration.

¹³Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd, art. 6.7)

¹⁴FMH (2018), Interprofessionnalité, dans Bulletin des médecins suisses 99 (44), p. 1522-1523

¹⁵Leonard, P. Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. *Support Care Cancer* 25 (Suppl 1), 7–9 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6> ; Davis, A.J. et al. (2018). Healthcare Professional Narratives on Moral Distress: Disciplinary Perspectives. In: Ulrich, C., Grady, C. (eds) *Moral Distress in the Health Professions*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64626-8_3, ASSM (2023) *La communication dans la médecine au quotidien. Un guide pratique*. DOI: doi.org/10.5281/zenodo.8224985

¹⁶Doherty, R.F. (2021). *Ethical dimensions in the health professions* (7th ed.). Elsevier.

¹⁷Krones, T., Monteverde, S. (2020). Interprofessionelle klinisch-ethische Entscheidungsfindung am Beispiel der Intensivmedizin. In: Monteverde, S. (Hrsg.) *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 315-326.

2. Résultats et recommandations

2.1 Recommandations pour la mise en œuvre des domaines d'éthique professionnelle (tableau 1)

L'action éthique sur le plan médical peut être répartie en 3 domaines, à savoir :

- Avoir une bonne pratique de l'éthique clinique
- Éviter les dommages dans la gestion de problèmes éthiques
- Gérer les dilemmes éthiques

Chacun de ces trois domaines est d'abord défini comme une compétence de base (encadré bleu). Tous les médecins en formation devraient atteindre un niveau élevé d'auto-efficacité pour cette compétence à la fin de leur formation. Le tableau ci-dessous présente les EPA médicales générales importantes (1^{ère} colonne depuis la gauche) déjà incluses dans les PROFILES, les EPA différenciées (2^e colonne) et les compétences éthiques essentielles qu'elles comportent (3^e colonne). La colonne 4 propose le niveau d'EPA que tous les médecins doivent atteindre à la fin de leur formation postgraduée, quelle que soit leur discipline, s'ils exercent une activité clinique au contact de patients. La colonne 5 comprend des recommandations sur la méthode didactique d'acquisition des compétences. (C = acquisition de la compétence dans le cadre de l'activité clinique avec les mentors et les responsables de la formation postgraduée, S = acquisition de la compétence dans le cadre de la formation postgraduée structurée [p. ex. e-learning, blended learnings/ sessions de formation continue théoriques], SN = simulations avec des patients simulés ou dans le cadre d'entraînements structurés en équipe).

Chaque dimension comprend des explications et des exemples pratiques en vue de l'acquisition des compétences en éthique clinique. Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe des recoupements avec d'autres objectifs de formation généraux, notamment avec les EPA traitant de communication. Cette classification peut aussi être utilisée pour les futurs EPA des médecins spécialistes.

2.1.1 Dimension A: bonne pratique de l'éthique clinique / professionnalisme

Les médecins en formation disposent de connaissances en éthique clinique essentielles à une bonne pratique médicale et contribuent, grâce à une attitude centrée sur la personne, et à des compétences interprofessionnelles et de communication appropriées, à la mise en application des exigences éthiques et légales liées à l'exercice de la médecine dans le quotidien clinique dans leur rôle d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de leader/manager, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel.

Tableau 2 Compétences éthiques essentielles (1-10) pour une bonne pratique éthique basée sur les PROFILES ; propositions pour acquérir ces compétences dans la formation postgraduée

EPA PROFILES générique	EPA avec contenus essentiels de l'éthique clinique	Compétences éthiques essentielles dans la formation postgraduée (toutes les disciplines)	Niveau d'EPA	Propositions pour acquérir ces compétences dans la formation (1)
Take a patient's history	EPA 1.1,1.2,1.3, 1.4, 1.8; 1.12;1a-g EPA	1) Anamnèse et évaluation centrées sur le patient, prise en compte de ses valeurs et de ses besoins individuels.	5	C

Assess physical & mental status Document and present a clinical encounter	2.1;2.2;2.5; 2d EPA 8.1;8.2; 8.3; 8.ç	2) Évaluation de la capacité de discernement 3) Mise en œuvre de la documentation en accordant une attention particulière aux contenus pertinents sur le plan éthique et au secret professionnel.	4-5 5	C & S C & S
Prioritize a differential diagnosis Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations	EPA 3.5; 3.6 EPA 4.2;4.3	4) Différenciation et évaluation critique des faits et des valeurs lors de la prise de décisions cliniques. 5) Application de la prise de décision partagée lors de mesures diagnostiques et de dépistage.	4-5 4-5	C C & S & SN
Perform general procedures Prescribe & develop management plan	EPA 5.2 EPA 7.1;7.3;7.4;7.5;7.6;7.7;7.14	6) Recherche d'un consentement éclairé valable. 7) Application interprofessionnelle de la prise de décision partagée centrée sur les patients et les familles et « Advance Care Planning »	5 4-5	C C & S & SN
Recognize & treat an emergency	EPA 6.6;6.7;6.9	8) Détermination et intégration des objectifs thérapeutiques individuels (Goals of Care) et des préférences de traitement dans les soins d'urgence. Respect des directives anticipées et de la volonté présumée de la personne pour la réanimation et la prise de décisions urgentes. 9) Initiation et participation constructive à une séance de briefing et de débriefing concernant des aspects éthiques importants dans les soins d'urgence.	5 4-5	C & S & SN C & S & SN

Contribute to a culture of safety	EPA 9.5;9.6;9.7;9.9	10) Connaître et assumer le rôle de promoteur de la sécurité des patient-e-s, amélioration de la qualité basée sur des données probantes, compétences en santé et en durabilité	4-5	C & S
-----------------------------------	------------------------	---	-----	-------

1 C=clinique, S=formation postgraduée structurée (e-learning, blended Learning/cours), SN=Simulation

Explications et exemples pratiques pour le domaine A, tableau 2

La première dimension des compétences essentielles en éthique clinique se rapporte à la mise en application des bases éthiques inhérentes à un comportement professionnel dans la pratique médicale.

Même si, à propos des 10 compétences mentionnées, les médecins en formation peuvent rafraîchir ce qu'ils savent sur la dimension éthique dans le cadre de formats structurés de formation postgraduée comprenant des contenus théoriques, des exercices pratiques et des retours de patients simulés et de pairs dans les formations en équipe, ils peuvent acquérir les **compétences 1, 4 et 6** dans la pratique clinique et atteindre le niveau d'EPA le plus élevé sous la direction des responsables de formation postgraduée. Les compétences essentielles différenciées (colonne 3) devraient être évaluées individuellement et de façon concrète par les formatrices et formateurs de la discipline et documentées par les médecins en formation dans leur logbook électronique ou dans l'application. Pour acquérir les **compétences 2, 3 et 10**, il est recommandé de prévoir, en plus des formats cliniques, des formations structurées (avec des apports théoriques et des exercices pratiques) dispensées par des professionnels spécifiques. L'évaluation de la *capacité de discernement* pour les cas complexes (**2**) et les *exigences en matière de documentation et de secret médical* (**3**) devraient être apprises, en complément aux feed-back donnés par les formatrices et formateurs dans la pratique clinique, dans le cadre d'une formation structurée dispensée par des spécialistes du domaine psychiatrique et/ou juridique ou de l'éthique clinique. Les bases juridiques et éthiques, y compris les directives de l'ASSM qui s'y rapportent (notamment celles relatives à la capacité de discernement, la démence et les mesures de contrainte) doivent être étudiées sur la base de situations cliniques concrètes (p. ex. respect du secret médical pour les personnes infectées par le VIH si elles risquent de mettre en danger des tiers) et sensibiliser les médecins en formation aux limites de leurs compétences. Le cas échéant, il convient de faire appel à un spécialiste en psychiatrie, en droit ou en éthique (p. ex. spécialistes en psychiatrie, forensic nurses, représentants à la protection de l'enfance). En ce qui concerne les contenus structurés de la formation postgraduée **10** (*Contribute to a culture of safety*), qui sont également inclus dans les dimensions B et C (cf. ci-dessous) en raison de leur grande importance éthique, nous renvoyons aux propositions concrètes et opérationnelles de nos collègues Ständer et al. sur la sécurité des patients dans la formation médicale postgraduée et continue. Étant donné que ces dimensions requièrent des compétences professionnelles spécifiques pour des cas très complexes, nous proposons d'atteindre un niveau d'EPA de 4 à 5 à la fin de la formation postgraduée.

Pour les **compétences clés 5, 7, 8 et 9**, en plus d'atteindre un niveau d'EPA de 4 à 5 à la fin de la formation postgraduée, nous proposons de réaliser des unités de simulation dans le cadre de la formation structurée, car ces aptitudes, bien que définies comme objectifs de formation essentiels, sont trop peu appliquées et enseignées en pratique clinique tant sur le plan national et qu'international. Elles devront être davantage prises en compte dans les programmes « Train de Trainer ». La prise de décision partagée pour les mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques et les futures situations d'urgence devrait, dans la mesure du possible, s'appuyer sur des formations basées sur des données probantes (p. ex. DoctormitSDM/MappinSDM¹⁸ cf. annexe 2,

¹⁸ Geiger F, Liethmann K, Reitz D, et al (2017). Efficacy of the doktormitSDM training Module in supporting shared decision making - results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2017;100:2331–8;

Serious Illness Conversation¹⁹ Advance Care Planning²⁰, Goals of Care) et permettre d'atteindre et de vérifier un niveau d'EPA de 4 à 5 avec le soutien d'outils d'aide à la décision et de simulations comprenant le feed-back structuré en fonction de la discipline. Même si les simulations en présentiels sont préférables, il y a eu suffisamment de bonnes expériences et il existe assez de possibilités pour des formations en ligne (cf. prise de position actuelle de Langewitz & Stiefel sur les compétences sociales et en communication). Dans l'idéal, il faudrait les proposer à l'avenir au niveau (supra)régional dans le cadre d'un tronc commun des objectifs de formation généraux.

2.1.2 Dimension B: gérer les problèmes éthiques, éviter/réduire les dommages

Les médecins en formation disposent de connaissances en éthique clinique essentielles au respect du principe primum non nocere et contribuent, grâce à une attitude centrée sur la personne, et à des compétences interprofessionnelles et de communication appropriées, à ne pas nuire aux patients, à prévenir les discriminations et les abandons et à favoriser activement une culture de l'erreur dans le rôle d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de leader/manager, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel.

Tableau 3 compétences éthiques essentielles pour gérer les problèmes éthiques et éviter/réduire les dommages ; exécution sur la base des PROFILES, proposition d'acquisition des compétences dans la formation postgraduée

EPA PROFILES générique	EPA avec contenus essentiels de l'éthique clinique	Compétences éthiques essentielles dans la formation postgraduée (toutes les disciplines)	Niveau d'EPA	Propositions pour acquérir ces compétences dans la formation (1)
Take a patient's history	EPA 1.3;1.6;1.13	1) Reconnaître les biais implicites et la discrimination explicite, le surtraitement, le manque de traitements ou les traitements inappropriés de groupes vulnérables lors de l'anamnèse et de l'examen (notamment les personnes souffrant de troubles psychiatriques, de démence, de délire, d'obésité ou ayant une consommation nocive de substances).	4-5	C & S
Assess physical & mental status	EPA 2.3		4	C & S
	EPA 8.7			

¹⁹ Baxter R, Pusa S, Andersson S, et al. Core elements of serious illness conversations: an integrative systematic review BMJ Supportive & Palliative Care Epub ahead of print: doi:10.1136/spcare-2023-004163; <https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Serious-Illness-Conversation-Guide.2023-05-18.pdf>

²⁰ Rosca A, Karzig-Roduner I, Kasper J, et al (2023). Shared decision making and advance care planning: a systematic literature review and novel decision-making model. BMC Med Ethics. 2023 Aug 14;24(1):64. doi: 10.1186/s12910-023-00944-7; Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European association for palliative care. Lancet Oncol 2017;18:e543–e55. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2014;15:477–89. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J, van der Heide A The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med 2014;28:1000–25. doi:10.1177/0269216314526272; Krones T, Budilivski A, Karzig I, et al Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial BMJ Supportive & Palliative Care 2022;12:e411–e423; Jox R, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J (2024) Praxisbuch Advance care Planning. Kohlhammer. ISBN 978-3-17-036567-4

Document and present a clinical encounter		2) Évaluation adéquate et, si nécessaire, initiation adéquate du placement à des fins d'assistance, retenue et/ou mise en œuvre de traitements contraires à la volonté exprimée.		
Prioritize a differential diagnosis, Recommend and interpret diagnostic and screening tests in common situations	EPA 4.4	3) Connaissance et intégration d'une différenciation pertinente et identification d'un éventuel biais/discrimination en cas de différences spécifiques liées au sexe, au genre, à l'âge et à l'ethnicité dans les tests diagnostiques et la présentation des symptômes lors du diagnostic et du diagnostic différentiel.	4-5	C & S
Perform general procedures, Prescribe & develop management plan Recognize & treat an emergency	EPA 7.3;7.10;7.13	4) Gestion adéquate du refus de traitement et de la non-adhésion (Compliance) 5) Évaluation clinique éthiquement adéquate de l'inefficacité et de l'absence de perspectives des mesures médicales (Futility)	5 5	C & S C & S
Contribute to a culture of safety	EPA 9.1;9.2;9.3;9.4	6) Connaissance de la définition des « adverse events », des « preventable adverse events » (erreurs médicales) et du concept de « first », « second » et « third » victime, compétences sur la manière d'aborder et de communiquer les effets indésirables et les erreurs médicales aux patients et à leurs proches.	4	C & S & SN

1 C=clinique, S=formation postgraduée structurée (e-learning, blended Learning/Kurs), SN=Simulation

Explications et exemples pratiques pour le domaine B, tableau 3

La deuxième dimension des compétences essentielles en éthique clinique concerne la gestion des problèmes éthiques et l'évitement/réduction des dommages.

Pour obtenir un niveau d'EPA de 4 à 5 dans la dimension B, il ne suffit pas d'accomplir la formation postgraduée « on the job » et ce pour les raisons suivantes :

1. Bien que ces EPA soient déjà incluses dans plusieurs dimensions, comme l'illustre le tableau 3, elles n'y ont pas assez de poids comparé au domaine A.

2. En règle générale, les futurs médecins spécialistes ne sont confrontés à la gestion de problèmes éthiques, d'événements indésirables et d'erreurs médicales qu'au cours de la formation postgraduée et uniquement si l'environnement clinique permet une formation aussi spécifique.
3. La gestion des problèmes éthiques et des erreurs médicales reste un sujet difficile (tabou) et les responsables de formation actuels ne sont pas toujours les plus qualifiés dans ce domaine ou, n'ont peut-être pas toujours eu de bons modèles. Une approche majoritairement défensive peut entraîner un stress moral élevé, voire une blessure morale²¹ qui peut mener à ce que la ou le médecin quitte la profession.

Par conséquent, nous proposons que les compétences éthiques essentielles 1 à 5 de la dimension B, en plus d'être traitées dans la pratique clinique, soient complétées par de la formation postgraduée structurée dispensée par des personnes qualifiées. Il est nécessaire d'aborder *les stéréotypes, les biais implicites, la discrimination explicite, la gestion des comportements non professionnels* et *les compétences transculturelles* et d'échanger sur les expériences vécues dans le quotidien clinique. Les médecins en formation sont sensibilisés, grâce à un feed-back direct, à des approches pertinentes et appropriées et s'entraînent, dans des situations simulées, à donner des réponses adéquates sur le plan éthique. Cela s'applique aussi particulièrement à la compétence essentielle 6. Une manière utile et adéquate d'écouter et de défendre la parole d'un patient (Speak-Up²²) et la communication des erreurs médicales font partie des compétences les plus difficiles à acquérir sur le plan psychologique et de la communication, avec un fort potentiel de nuisance pour les patients comme pour les médecins, si cela n'a pas lieu de manière adéquate. La communication des événements indésirables/erreurs médicales évitables devrait, dans le cadre de la formation postgraduée, se faire soit directement dans les centres de simulation, soit par des formatrices et formateurs spécialement formés (p. ex. selon le modèle TRACK²³) afin de minimiser le risque de traumatisme (first/second/third victim).

2.1.3 Dimension C: gestion des dilemmes éthiques

Les médecins en formation disposent de connaissances en éthique clinique essentielles pour identifier et gérer les problèmes éthiques et les conflits d'intérêts, sont à même de traiter des situations de conflit éthique de manière adéquate dans leur quotidien clinique et de voir quand il est approprié de demander un soutien supplémentaire. Grâce à une attitude centrée sur la personne et à des compétences interprofessionnelles et en communication, ils contribuent à une culture de l'éthique clinique valorisante dans leur rôle d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de leader/manager, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel..

Comme le montrent les tableaux 2 et 3, les bonnes pratiques en éthique clinique et la prise en compte de problèmes éthiques figurent déjà dans les PROFILES de très nombreux EPA, mais seul l'EPA 7.15 fait explicitement référence aux dilemmes et à l'expertise éthiques dans la partie consacrée à la fin de vie (*Counsel patient and family proactively on decision-making at the end of life*,

²¹ Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury, not burnout. *Fed Pract.* 2019;36(9):400-402; Ozeke et al (2019). Second victims in health care: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 10(null), 593-603; Rösner H, Raspe M, Strametz R (2021) Second victim Traumatisierungen-Auswirkungen auf Behandelnde und Patienten. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2021; 81(09): 1006-1010
DOI: 10.1055/a-1374-058

²² Kolbe, M., Burtscher, M. J., Wacker, J., Grande, B., Nohynkova, R., Manser, T., Spahn, D. R., & Grote, G. (2012). Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesthesia and analgesia*, 115(5), 1099–1108. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318269cd32>

²³ Truog RB, Browning DM, Johnson JA et al (2011) Talking with Patients and Families about Medical Error. John Hopkins University Press. Johnson J, Panagioti M (2018): Interventions to improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine* 93(9):1400; Raemer DB; Locke S, Walzer TB, et al (2016). Rapid Learning of Adverse Medical Event Disclosure and Apology. *J Patient Safet* 12(3).

taking into account the patient's preferences and acceptable outcomes. Involve chaplain if needed and/or consult with ethicist in different situations).

Cela ne couvre pas les situations présentant des dilemmes, des conflits de valeurs et des conflits de rôles dans la pratique clinique et la recherche, ni la manière de les gérer dans les structures chargées de l'éthique clinique. En 2008, la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) avait déjà abordé les objectifs de formation présentés ci-dessous en ce qui concerne la gestion des dilemmes éthiques de manière beaucoup plus précise que ce qui est exigé dans les PROFILES²⁴. Nous proposons donc un approfondissement spécifique de 2 jours dans un format de « blended learning », si possible interprofessionnel, sous la direction de formatrices et formateurs formés en éthique. Le cours devrait comprendre des exercices pratiques sur les dilemmes éthiques, mais aussi porter sur les conflits de rôles entre les intérêts professionnels primaires. Sur la base des recommandations actuelles de la FMH, les contenus seraient les suivants :

- *Remise à niveau théorique des théories et concepts éthiques*
- La connaissance des différentes approches de raisonnement éthique (p. ex. déontologie, utilitarisme, éthique des principes, éthique des vertus, casuistique, éthique du soin, éthique narrative) et leurs principales différences (faits-valeurs, droit et éthique, problèmes éthiques-dilemmes éthiques) sont indispensables pour pouvoir saisir de manière adéquate la portée des questions éthiques. À l'instar du raisonnement clinique dicté par des règles, les connaissances en éthique permettent, dans le cadre de l'approche des questions éthiques, d'énoncer différentes hypothèses et de les vérifier.
- *Soutien éthique – Animation de conférences de cas relevant de l'éthique*
- La première tâche des médecins spécialistes n'est pas d'animer une conférence de cas relevant de l'éthique, mais ils devraient être en mesure d'identifier les questions relevant de l'éthique clinique et de les appréhender à l'aide d'« outils » éprouvés (tels que le pragmatisme clinique, la méthode d'Erik Nimwegen /Moral case deliberation, la discussion de cas fondée sur des principes, le Bochumer Arbeitsbogen, le modèle METAP, le dialogue éthique : un modèle en 7 étapes) au sens d'une étape METAP 2-3. Suivant la complexité de la situation, ils devraient également être en mesure d'évaluer à quel moment une expertise éthique spécialisée (étape METAP 4) est indiquée. Une prise de décision éthique structurée peut aider à appréhender de manière systématique les principaux aspects d'une situation et à travailler selon une approche orientée sur les solutions. Ces discussions de cas sont des outils importants en éthique clinique et requièrent des compétences spécifiques afin d'avoir une certaine efficacité dans la pratique, de mener à de bonnes décisions dans le sens d'une compréhension partagée de la situation et de permettre de réduire la charge éthique qui pèse sur l'ensemble des personnes impliquées.
- *Réflexion sur la base de cas classiques d'éthique clinique et de dilemmes éthiques*
- Les dilemmes éthiques sont des cas extrêmes de l'activité médicale qui comprennent également des exigences morales auxquelles il n'est pas possible de répondre simultanément même si elles sont tout aussi importantes. Dans de telles situations, les décisions à prendre comportent toujours des risques et peuvent être préjudiciables. Cela exige d'être transparent sur la démarche adoptée, car dans un contexte de grande incertitude, les décisions ne sauraient être prises de manière arbitraire, mais doivent être motivées et se justifier d'un point de vue éthique. On peut citer à titre d'exemple le caractère défensif des droits fondamentaux des personnes dont la capacité de discernement n'est pas avérée et qui refusent les traitements prescrits (p. ex. réanimation ou produits sanguins), le placement à des fins d'assistance et le traitement forcé de personnes avec un trouble délirant ou qui se trouvent dans des situations (psychiques) exceptionnelles (p. ex. lors d'un accouchement).
- *Gestion de ressources limitées*
- D'un point de vue éthique, la gestion de ressources limitées exige, outre la prévention de décisions arbitraires, la transparence au niveau des procédures et la détermination de critères plausibles pour une répartition équitable des biens (p. ex. triage du personnel, des lits, des places en soins intensifs, des traitements, des organes). Cela comprend également des

²⁴ FMH (2008): Objectifs de formation en économie de la santé et en éthique. Recommandations de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) du 11 septembre 2008. https://www.siwf.ch/files/pdf2/lernziele_ge_f.pdf (2.8.2024).

considérations à plus long terme, telles que l'importance des coûts des médicaments dans les décisions de traitement personnalisé sur le moyen et long terme, mais aussi les dimensions éthiques générales des considérations en économie de la santé.

- *Populations vulnérables et vulnérabilité structurelle des patients, compétences transculturelles*
- Les médecins ont une responsabilité particulière pour garantir une couverture sanitaire universelle (Universal Health Coverage) visée, en Suisse, par loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Il existe de nombreuses preuves que les populations vulnérables sont confrontées à des inégalités d'accès aux soins de santé universels²⁵. Il s'agit là d'un défi éthique particulier dans l'exercice de la médecine. La façon d'appréhender l'équité en santé pour réduire le gradient social (inverse care law) correspond au nouvel objectif élargi du *quintuple aim of healthcare*²⁶ qui exige que les médecins assument un rôle de promoteur de la santé. Cela nécessite également des connaissances pour promouvoir un système de santé durable, la santé planétaire et la justice climatique.
- Bases et rôles des médecins dans la recherche et les traitements, Therapeutic misconception, Scientific integrity.
- La limite entre recherche et traitements place le corps médical face à des conflits de rôles spécifiques et exige une grande sensibilité pour répondre pleinement aux exigences éthiques au niveau des traitements et de la recherche impliquant des êtres humains.

3. Propositions d'implémentation

En vue de l'implémentation, les cinq mandataires pourraient commencer par élaborer un tronc commun compatible avec les EPA reprenant les objectifs de formation généraux ; les SSP (*Situations as starting points*) devant permettre de garantir sa pertinence pratique. Cela servira de base pour déterminer les formats d'enseignement et d'apprentissage, la qualification des formatrices et formateurs et l'évaluation formative ou sommative de l'atteinte des objectifs de formation. Ensuite, cela sera soumis aux représentants des établissements de formation postgraduée et de l'ISFM et suivi d'un projet-pilote dans une discipline chirurgicale et dans une discipline non chirurgicale.

4. Annexes :

4.1 Annexe 1 : méthodologie de l'ISFM

- Le groupe de la SSEB attribue le mandat à : Oswald Hasselmann, Tanja Kronen, Settimio Monteverde, rencontres régulières (en ligne, en présentiel)
- Discussions régulières au sujet du mandat avec les représentantes et représentants de l'ISFM (en présentiel, par écrit)
- Analyse des approches nationales et internationales pour la mise en œuvre d'objectifs de formation basés sur les compétences et des EPA dans la formation postgraduée.
- Recensement et analyse des sessions de formation fondamentale en éthique clinique dispensées jusqu'à présent en Suisse
 - Mise en œuvre de guides de bonnes pratiques éthiques dans le quotidien clinique, réalisation des principes d'autonomie, d'utilité et de justice ;
 - Prévention et gestion de situations problématiques sur le plan éthique, respect du principe de ne pas nuire ;
 - Gestion des dilemmes éthiques, des conflits entre intérêts primaires et principes (p. ex. autonomie vs. sollicitude en cas de traitement forcé)
- Attribution des PROFILES à ces domaines clés

²⁵ cf. Divers articles sur l'éthique clinique (du point de vue suisse) dans : Wasson, K / Kuczewski, M. (Hrsg.) (2022) *Thorny Issues in Clinical Ethics Consultation. North American and European Perspectives*. Springer: Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-91916-0

²⁶ Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022 Feb 8;327(6):521-522. doi: 10.1001/jama.2021.25181. PMID: 35061006

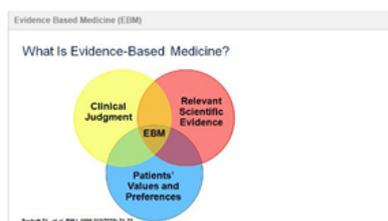
- En raison de la proximité entre les contenus et les compétences importantes, échange et collaboration avec Wolf Langewitz, mandaté par l'ISFM pour la communication.
- Après discussion avec l'ISFM, décision de renoncer à une enquête Delphi auprès des établissements de formation postgraduée concernant leurs besoins ; entretien avec le comité de l'ISFM sur l'état « actuel » de la formation postgraduée en éthique clinique et recommandations pour son développement.
- Identification et analyse des écarts entre la théorie et la pratique dans la formation postgraduée : compréhension de l'éthique en tant que discipline théorique purement philosophique, manque de connaissances en éthique clinique dans de nombreux établissements de formation (enquête H+), manque de compréhension du « doing ethics » comme faisant partie intégrante des PROFILES, et des connaissances, compétences, aptitudes et attitudes éthiques inhérentes aux EPA.
- Dans trois domaines (bonnes pratiques éthiques, situations problématiques, dilemmes éthiques et conflits au niveau des objectifs), définition des objectifs de formation généraux dans le cadre de situations cliniques prototypiques fréquentes, analyse des cas à l'exemple de l'éthique clinique de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) pour atteindre les EPA (ethics focus, ethics enhanced cases).
- Élaboration des formats de formation pour la formation structurée et pour la formation sur le lieu de travail pour atteindre les compétences clés pertinentes en éthique clinique avec des exemples pouvant être mis en œuvre.
- Élaboration d'un récapitulatif sur la compétence clé en matière d'éthique clinique qu'est la prise de décision partagée.
- Identification des lacunes pour la poursuite du travail dans ce domaine (principalement l'éthique clinique dans la formation postgraduée en cabinet) ; après analyse de deux excellents exemples de modèles de cursus de formation structurés selon les EPA, proposition d'élaborer un cursus d'éthique fondamentale concret semblable à l'« éthique chirurgicale » comme cursus de formation pour tous les établissements de formation postgraduée.
- Mise à jour du rapport après discussion lors de la retraite en tenant compte des discussions qui y ont eu lieu.

4.2 Annexe 2 : compétences clés pour la prise de décision partagée

L'un des principaux piliers éthiques et juridiques d'un système de santé centré sur les patients en Suisse (cf. directives actuelles de l'ASSM) comme ailleurs dans le monde est de permettre l'autonomie des patients en réalisant avec eux une prise de décision partagée. Dans ce contexte, l'attention portée par les médecins vise en premier lieu à permettre aux patients de prendre des décisions éclairées, en accord avec leurs préférences. La prise de décision partagée (shared decision making, SDM) est donc aussi à la base de la compréhension d'une médecine basée sur les preuves (« EBM needs SDM needs EBM », cf. BMJ Evidence based medicine, Series Shared Decision making and Evidence based Medicine, 2022), comme le montre l'illustration de l'article de fond de David Sacketts.

Figure 1 EBM et SDM

Evidence based Medicine



EBM is the integration of **clinical expertise, patient values, and the best evidence into the decision making process for patient care**. Clinical expertise refers to the clinician's cumulated experience, education and clinical skills. The patient brings to the encounter his or her own personal and unique concerns, expectations, and values. The best evidence is **usually found in clinically relevant research that has been conducted using sound methodology**.

Sackett DL et al 1996, <https://guides.himmelfarb.gwu.edu/ebm>

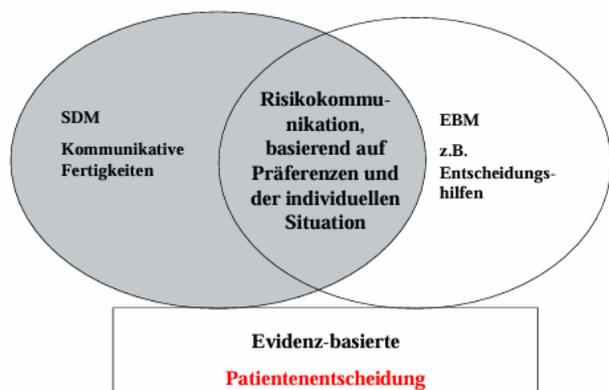
Comme pour tous les rôles et activités exercés dans la profession, la promotion d'une prise de décision partagée repose sur des connaissances, des compétences et une attitude spécifiques des médecins. L'autonomie s'entend ici comme une « autonomie relationnelle » qui se vit dans la relation (cf. Kronen et Richter, 2008, Kronen 2022). Les décisions sont prises ensemble par le corps médical et les autres membres de l'équipe soignante. En règle générale, les personnes de référence jouent également un rôle central («It takes at least two to tango», cf. Charles et al, 1997).

Une attitude qui s'ancre dans des fondements éthiques a été décrite de manière très pertinente par certains pionniers de la prise de décision partagée dans l'un des documents programmatiques : « *The skills of SDM are unlikely to be developed, let alone exhibited, unless the clinician agrees with the guiding ethical principles. At its core, SDM rests on accepting that individual self-determination is a desirable goal and that clinicians need to support patients to achieve this goal, wherever feasible. Self-determination in the context of SDM does not mean that individuals are abandoned. SDM recognizes the need to support autonomy by building good relationships, respecting both individual competence and interdependence on others. These are the key tenets of both self-determination and relational autonomy* » (Elwyn et al. 2012, p. 1361)

Bien que de nombreux modèles conceptuels de prise de décision partagée aient été développés (plus de 6200 reviews dans *Pubmed* en septembre 2024), réaliser une décision partagée dans un cas individuel repose sur l'attitude décrite ci-dessus qui fait consensus, sur des compétences spécifiques en communication et, dans la mesure du possible, sur l'utilisation d'outils d'aide à la prise de décision fondés sur des données probantes, de sorte que les patientes et les patients puissent prendre une décision fondée sur des données probantes et sur leurs préférences²⁷.

²⁷ <https://wissenwaswirkt.org/medizinische-entscheidungshilfen>

Figure 2 Décisions des patients basées sur des données probantes (Edwards et Elwyn 2001)



En ce qui concerne le bénéfice d'être orienté vers les patients, la composante du recours à des aides à la prise de décision basée sur des données probantes est analysée depuis la fin des années 1990 dans la revue Cochrane la plus citée au monde. Sa mise à jour de 2024 contient désormais 209 études sur le sujet, incluant 107 698 participants en tout, et aboutit à la conclusion suivante :

« Compared to usual care, across a wide variety of decisions, patient decision aids probably helped more adults reach informed values-congruent choices. They led to large increases in knowledge, accurate risk perceptions, and an active role in decision-making. Our updated review also found that patient decision aids increased patients' feeling informed and clear about their personal values. There was no difference in decision regret between people using decision aids versus those receiving usual care. Further studies are needed to assess the impact of patient decision aids on adherence and downstream effects on cost and resource use. » (Stacey et al, 2024:2)

Tant les éléments de l'« aide à la décision basée sur des données probantes » et des « compétences spécifiques en communication » que leur mise en œuvre elle-même sont des interventions complexes dont l'effet en termes de résultats pour les patients dépend non seulement des « substances actives » spécifiques utilisées au niveau micro, mais aussi de la « politique » structurelle (intégration du concept au niveau méso des institutions, cabinets médicaux, cliniques, homes médicalisés) et, au niveau macro, des exigences nationales en matière de politique de santé. Il est donc crucial, comme pour toutes les interventions complexes en termes de mesure et d'interprétation des résultats, de décrire ce qu'il y a « dans la pilule » et dans quel contexte l'utiliser. Tout le matériel d'information de qualité ne constitue pas une aide à la prise de décisions basées sur des données probantes et tous les types de communication centrée sur les patients ne contiennent pas les éléments ayant un effet positif et prouvé en termes de résultats pour les patients.

En ce qui concerne les aides à la prise de décision basées sur des données probantes, il existe depuis 2003 des standards de qualité, réévalués en 2024, permettant de classer et décrire de manière adéquate les aides à la prise de décision de qualité élevée (<http://ipdas.ohri.ca/>). En ce qui concerne les compétences en communication, il existe différents concepts qui se ressemblent sur le plan de leur structure et de leur enseignement didactique, mais qui n'ont été que partiellement évalués en termes de résultats importants pour les patients.

Le modèle en trois étapes d'Elwyn et al (2017) p. ex. est connu. Il a été développé dans son ensemble et en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques et gravement malades (Elwyn et al 2020, cf. figure 3).

Figure 3 Modèle en 3 étapes élargi, avec focalisation sur les objectifs du traitement

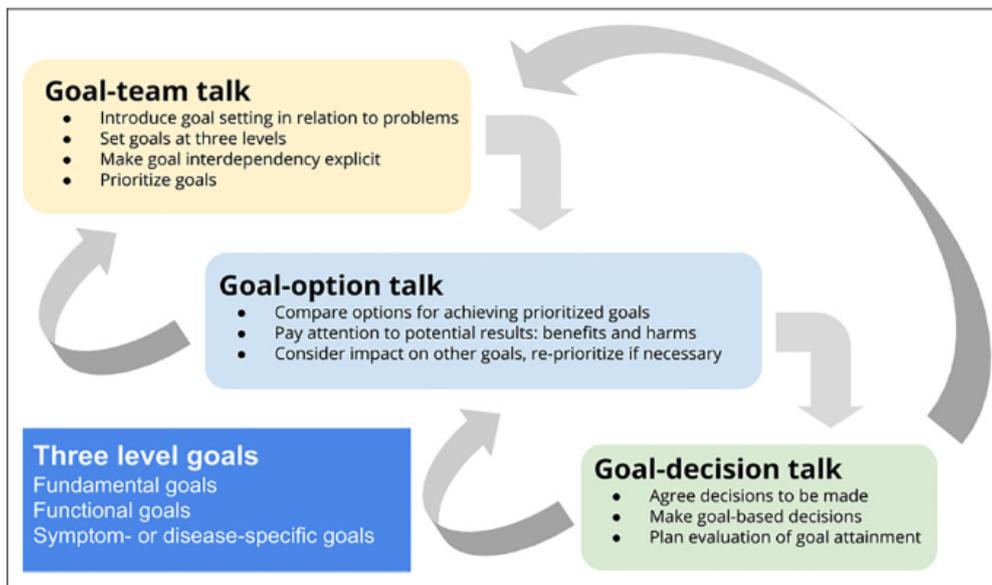
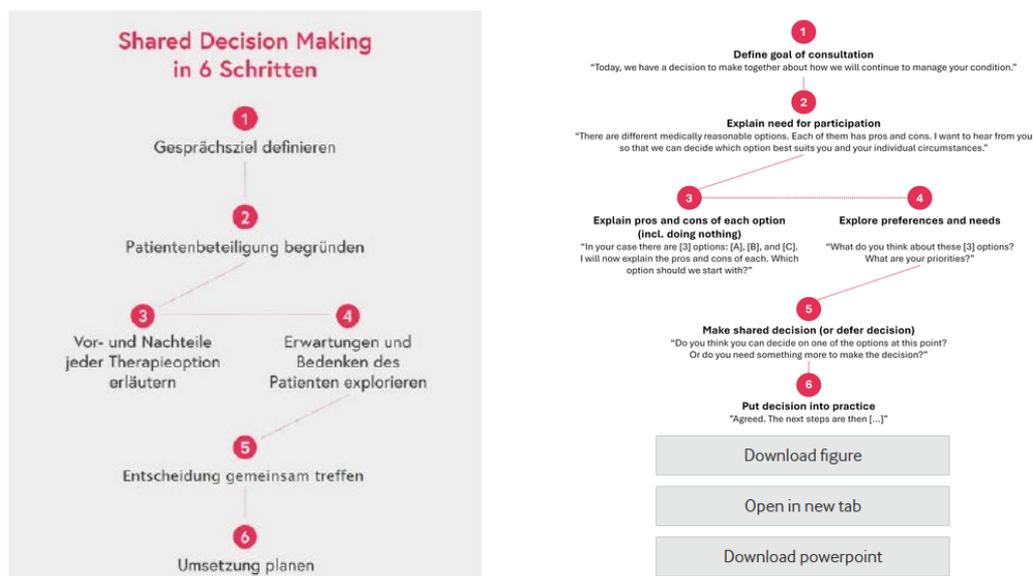


Figure 1. The goal-based shared decision-making model.

Le modèle de communication le plus étudié en ce qui concerne les aspects individuels et systémiques est le modèle en 6 étapes (cf. aussi Clayman et al 2024) développé initialement par Kasper et al (2012, 2019) proposant des outils basés sur des données probantes qui permettent une utilisation pragmatique sur le terrain (Kaspar et al. 2012, Geiger et al 2017). Évalué en Norvège (Kasper et al 2017, Kienlin et al 2020, 2022) et en Allemagne, au niveau des institutions et au niveau national, à l'aide d'outils fiables et valables (Kasper et al 2023, Sundmacher 2023, cf. figure 5), en interne et en externe, il a déjà été implémenté dans des régions modèles.

Figure 4 Prise de décision partagée en 6 étapes



Ces étapes sont également à la base de la bibliothèque d'outils d'aide à la prise de décision partagée basée sur des données probantes la plus utilisée dans les cabinets de médecine de famille de l'espace germanophone (<https://arriba-hausarzt.de/>), qui a notamment été testée dans une étude d'intervention complexe randomisée (Krones et al 2008). Celle-ci a montré non seulement une plus grande satisfaction des patients avec la décision prise (PREM), mais aussi un *Decisional Regret* plus faible qu'un résultat horizontal pertinent pour la patiente ou le patient. En ce qui concerne la

combinaison de la formation en communication « doctormitSDM » avec les aides à la prise de décisions basées sur des données probantes, on constate des effets significatifs sur les *Patient reported experiences (PREM)* et un impact sur les résultats (Scheibler et al (2023), Geiger (2023)), qui se sont également révélés robustes à long terme après 6 à 18 mois. (Stolz-Klingenberg et al (2022). Les résultats ont fait l'objet d'une évaluation externe, cf.figure 5 (Courtesy Share To Care).

Figure 5 Résultats de l'évaluation Share to Care

Externe Evaluation durch die TU München (Prof. Dr. Leonie Sundmacher):

Praktikabilität

- Vollständige Implementierung in 18 von 22 Kliniken während des laufenden Klinikbetriebes möglich
- >1000 Ärzt:innentrainings
- >1000 Pflegekräfte eingebunden
- 80 Online-Entscheidungshilfen implementiert
- + flächendeckendes Patientenempowerment

Wirksamkeit

- Signifikante Steigerung von
 - SDM-Level gemäß standardisierter Gesprächsvideoanalysen sowie Patientenbefragungen
 - Gesundheitskompetenz
 - Patientensicherheit
- bessere Vorbereitung auf Therapieentscheidungen
- 13% weniger Notfalleinweisungen als Vergleichskrankenhäuser

Kosteneffizienz

- SHARE TO CARE-Programm spart mehr Geld ein als es kostet
- tendenziell kürzere Gesprächsdauer

Geiger et al. 2023
Geiger et al. 2024

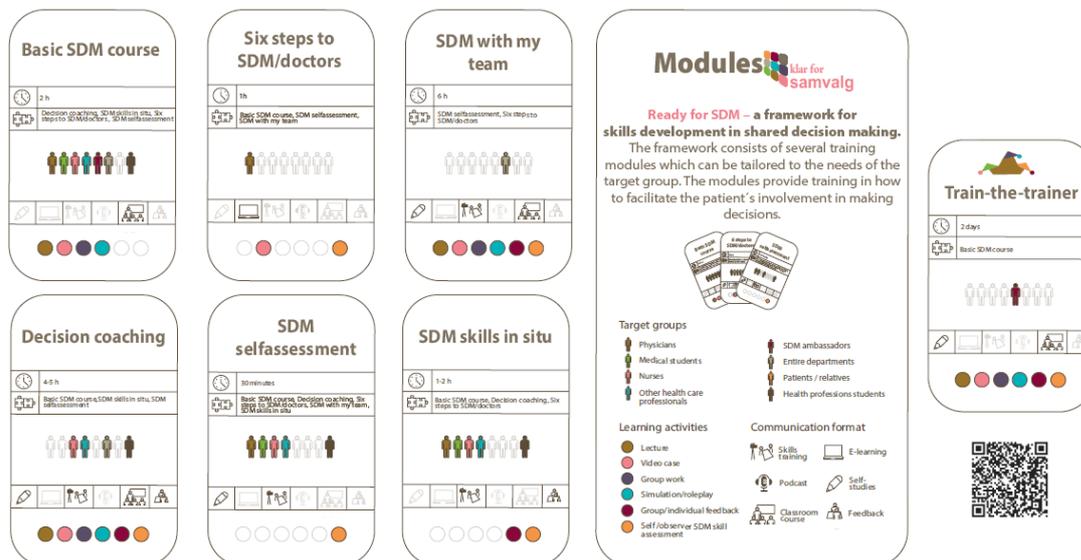
Brown et al. 2023
Veroff et al. 2013
Fitch et al. 2018
Chrenka et al. 2021
Arterburn et al. 2012



Nationales Kompetenzzentrum Shared Decision Making



Figure 6 Présentation du programme complet d'implémentation des décisions partagées dans une région : ex. en Norvège



HELSE SOR-ØST

Contrairement à ce qui a souvent été décrit, il n'existe pas de gradient social pour les patients issus de différentes couches sociales et de différents niveaux d'éducation, comme l'a récemment démontré une revue systématique (Ellerman et al).

C'est un mythe que les émotions ne sont pas prises en compte dans le concept de prise de décisions partagées (Elwyn 2020) ou que des barrières infranchissables limiteraient sa mise en œuvre (Légaré & Thompson-Leduc 2012). Ces dernières peuvent être surmontées en renforçant les attitudes

centrées sur les patients et en établissant des structures de prises de décision partagées pertinentes à tous les niveaux (notamment au niveau de la formation, des invitations explicites aux patients dans les cabinets médicaux et les institutions, des incitations systémiques au niveau institutionnel et national).

Références à l'annexe 2

BMJ Evidence Based Medicine (2022) Series Shared Decision Making and Evidence Based Medicine (<https://ebm.bmj.com/pages/shared-decision-making-and-evidence-based-medicine>)

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997;44(5):681–92.

Clayman ML, Scheibler F, Rüffer JU, *et al*: The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:75-78

Edwards A Elwyn G (2001) Evidence based Patient choice. Oxford. Oxford University Press

Ellermann C, Hinneburg J, Wilhelm *et al* (preprint) Can health information and decision aids decrease inequity in health care? A systematic review on the equality of their effectiveness.

<https://medrxiv.org/cgi/content/short/2024.09.24.24314314v1>

Elwyn G (2020) Shared decision-making: What is the work? *Patient Educ Counsel.*

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.032>

Elwyn G Vermunt NPCA (2020) Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. *Journal of Patient Experience*, Vol. 7(5) 688-696

Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, *et al.* (2017) A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891 doi:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4891>.

Elwyn G, Frosch D, Thomson *et al* (2012) Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice *J Gen Intern Med* 27(10):1361–7.

Fins, J.J., Bacchetta, M.D., Miller, F.G. (2021). Klinischer Pragmatismus: eine Methode moralischer Problemlösung. In: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., Eichinger, T. (eds) *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik.* Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_6

Geiger F (2023) Making SDM a reality. Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Bericht zuhanden des Gemeinsamen Bundesausschusses, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf

Geiger F, Hacke C, Potthoff J, *et al.* The effect of a Scalable online training Module for shared decision making based on flawed Video examples – a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2021;104:1568–74.

Geiger F, Liethmann K, Reitz D, *et al* (2017). Efficacy of the doktormitSDM training Module in supporting shared decision making - results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2017;100:2331–8

Kasper J, Hoffmann F, Heesen C, *et al.* (2012) MAPPIN'SDM--the multifocal approach to sharing in shared decision making. *PLoS One* 2012;7:e34849.

Kaspar *et al* (2017) Status Report From Norway. Implementation of patient involvement in Norwegian Health Care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123:124:75-80

Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, Kasper J. (2020) Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(2):610–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13380>. PubMed

Kienlin S, Stacey D, Nytrøen K, *et al* (2022): Ready for SDM- Evaluation of an interprofessional training module in shared decision making: a cluster randomized trial. *Pat Educ Counsel*

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.013>

Kasper J, Lühnen J, Hinneburg J, Siebenhofer A, Posch N, Berger-Höger B, *et al.* (2023) MAPPinfo – mapping quality of health information: Validation study of an assessment instrument. *PLoS ONE* 18(10): e0290027. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290027>

Krones T (2022) Beziehungen zwischen Patienten und Behandlungs-/Betreuungsteams und gemeinsame Entscheidungsfindung. In Marckmann G (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Auflage. MWV Berlin, S. 79-88.

Krones T, Keller H, Sönnichsen A et al (2008) Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine* May 2008, 6 (3) 218-227; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.854>

Krones und Richter (2008) Ärztliche Verantwortung. Das Arzt-Patient- Verhältnis. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 51, 818-816

Legare F, Thompson-Leduc P (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 96(3)281-6.

Sackett DL et al (1996) *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* BMJ 1996, 312(7023), 71-72. <https://guides.himmelfarb.gwu.edu/ebm>

Scheibler F, Geiger F, Wehkamp K, et al. (2024) Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany: a pre–post trial *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:87–95.

Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, Pacheco-Brousseau L, Finderup J, Gunderson J, Barry MJ, Bennett CL, Bravo P, Steffensen K, Gogovor A, Graham ID, Kelly SE, Légaré F, Sondergaard H, Thomson R, Trenaman L, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 1. Art. No.: CD001431. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402085/> DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6. Accessed 03 October 2024.

Stolz-Klingenberg C, Bünzen C, et al (2022) Sustainability of large-scale implementation of shared decision making with the SHARE TO CARE program. *Front. Neurol.* 13:1037447. <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.1037447/full>