

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1029

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2014

Par

Julie LARONZE

**Evaluation du raisonnement éthique en médecine
générale par Test de Concordance de Script**

DIRECTEUR DE THESE : Pr Marc VIDAL

CO-DIRECTRICE DE THESE : Dr Maïlys MICHOT-CASBAS

JURY :

Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Président
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel RONGIERES	Assesseur
Monsieur le Docteur Francis BONENFANT	Membre invité
Madame le Docteur Maïlys MICHOT-CASBAS	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT. J	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIÈRE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

A Monsieur le Professeur Norbert TELMON
Professeur des Universités de Médecine Légale et Droit de la Santé
Chef de Service de Médecine Légale

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Professeur associé des universités
Médecine générale

Vous avez accepté de participer à ce jury et nous sommes très reconnaissants de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Vos qualités de pédagogue nous ont gratifiés de précieux enseignements.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Professeur des universités
Médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et je vous suis reconnaissante de votre disponibilité, votre bienveillance et de la richesse de nos échanges.

Votre écoute et votre humanité m'ont aidée dans l'élaboration de cette thèse et bien au-delà de ce travail.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon admiration.

A Madame le Docteur Maïlys MICHOT-CASBAS

Angiologue

Praticien attaché du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Consultation de
Tabacologie

Docteur en éthique médicale

Ces quelques lignes ne suffiraient pas pour exprimer ma reconnaissance pour ton investissement dans cette thèse. Tu m'as initiée et m'as fait partager ta passion pour l'éthique médicale.

Ta générosité et ton enthousiasme ont été un indescriptible soutien durant cette expérience que constitue la thèse.

A Monsieur le Docteur Michel RONGIERES
Maitre de conférence des Universités Anatomie
Praticien hospitalier
Chirurgie de la main - Chirurgie Orthopédique
Président honoraire du Comité d'éthique des Hôpitaux de Toulouse

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse et nous vous en sommes très reconnaissants.

Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Francis BONENFANT

Médecin Généraliste

Praticien attaché du Centre Hospitalier de Montauban, Consultation de la Douleur

Membre du réseau de Santé-Douleur-Soins Palliatifs PALLIADOL 82 en Tarn-et-Garonne

Chargé de cours au Département Universitaire de Médecine Générale

Nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez marqué à l'égard de ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Daniel ROUGE
Professeur des Universités de Médecine Légale et Droit de la Santé

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de votre disponibilité à notre égard. Vos remarques nous ont permis d'approfondir notre réflexion et d'enrichir cette thèse.

Nous espérons que vous trouverez dans cette thèse, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Aux étudiants en DFASM1, DFASM2, DFASM3 et aux internes en médecine générale qui ont accepté de participer à ce travail. Merci pour vos commentaires, vos interrogations, parfois votre enthousiasme et simplement pour vos réponses.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail alors que leur temps est précieux. Je remercie chaleureusement celles et ceux qui m'ont témoigné leur intérêt pour mon sujet d'étude et qui m'ont encouragée.

Au Dr Julie Subra,

Tes conseils avisés et ton regard critique sur les TCS m'ont beaucoup aidée. Merci pour tes encouragements.

A Nicolas,

Pour ton amour, ton aide quelle que soit l'humeur du jour et simplement ta présence indispensable à mes côtés.

A Fleur,

Ma sœur préférée, mon double, mon deuxième cerveau. Pour ta force quand je n'en ai plus, tes paroles quand personne d'autre ne trouve les mots. Et ce n'est pas encore l'essentiel.

A mon père,

Pour ton soutien, l'amour de la médecine que tu as su me transmettre. Finalement, ce n'est peut-être pas un hasard si j'ai choisi la médecine générale.

A Emilie,

Pour ta présence, les bons moments partagés ensemble et ceux à venir. Ton amitié m'est précieuse.

A Claire et Marie,

Mes relectrices (de la version longue !). Merci pour votre soutien et votre enthousiasme. Je vous ferai relire ma deuxième thèse...

A Nanie et Mamie,

Pour vos encouragements et votre soutien sans faille. Ça y est, elle est terminée cette thèse !

Aux amis, à la « belle-famille »

Merci pour votre soutien.

Je dédie cette thèse à ma mère.

« Je suis donc fondé à dire que le sentiment de l'absurdité ne naît pas du simple examen d'un fait ou d'une impression mais qu'il jaillit de la comparaison entre un état de fait et une certaine réalité, entre une action et le monde qui la dépasse. »

Albert Camus, Le mythe de Sisyphe

Table des matières

Liste des abréviations	5
I. Introduction	6
II. Les fondements de l'étude	9
1. Esquisse de l'éthique, la déontologie et le droit	10
2. Incertitude en médecine	14
3. Questionnements éthiques en médecine générale	15
3.1 Le consentement	15
3.2 Le secret médical	16
3.3 La fin de vie	16
3.4 La fragilité des personnes vulnérables.....	16
3.5 Le refus de soins	17
3.6 L'information du patient	17
4. Définition du raisonnement clinique	18
5. Modèles de raisonnement éthique décrits dans la littérature	19
6. Méthodes d'évaluation du raisonnement éthique	21
6.1 Questionnaire du jugement moral de KOHLBERG	21
6.2 Test du jugement moral de LIND	22
6.3 Séances d'apprentissage au raisonnement éthique	22
6.4 Portfolio	23
6.5 Vignettes cliniques	24
6.6 Defining Issues Test et Problem Identification Test	26
6.7 Simulation	27
6.8 Evaluation par une épreuve rédactionnelle et un entretien oral	27
6.9 TCS et QCM	28
7. Définition et champs d'application des TCS	29
III. Matériel et méthode	31

1. Matériel	32
1.1 Sujets de l'étude	32
1.2 Constitution du groupe expert	32
2. Méthode	33
2.1 Construction du TCS	33
2.2 Déroulement du test.....	34
2.3 Etablissement des scores	35
2.4 Méthode d'analyse statistique	35
IV. Résultats	37
1. Participation des sujets de l'étude	38
2. Résultats des experts	39
3. Résultats des externes	39
4. Résultats des internes	39
5. Résultats des médecins généralistes	39
6. Résultats des externes par année d'étude	42
6.1 Résultats des étudiants en DFASM1	42
6.2 Résultats des étudiants en DFASM2	42
6.3 Résultats des étudiants en DFASM3	42
7. Tendance des réponses des groupes d'externes, internes, médecins généralistes et experts	44
8. Résultats des tests de comparaison des scores moyens des populations et des sous populations	49
8.1 Comparaison des scores moyens des externes et des internes	49
8.2 Comparaison des scores moyens des externes et des médecins généralistes ..	50
8.3 Comparaison des scores moyens des internes et des médecins généralistes	50
8.4 Comparaison des scores moyens des externes et des experts	51
8.5 Comparaison des scores moyens des internes et des experts	52
8.6 Comparaison des scores moyens des médecins généralistes et des experts	52
8.7 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM1 et en DFASM2...53	
8.8 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM1 et en DFASM3...54	
8.9 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM2 et en DFASM3...54	

V. Discussion	56
1. Discussion méthodologique	57
1.1 Les biais de l'étude	57
1.1.1 Biais de sélection	57
1.1.2 Puissance de l'étude	57
1.1.3 Biais de recueil d'information	57
1.2 Analyse du TCS de l'étude	58
1.2.1 Choix des problèmes éthiques traités	58
1.2.2 Qualités psychométriques du TCS	60
1.2.3 Pertinence de la constitution du groupe expert	62
1.2.4 Répartition des réponses	65
2. Applications possibles du TCS de l'étude	66
2.1 Evaluation du raisonnement éthique des étudiants	66
2.2 Support pédagogique dans une dynamique dialogique	68
2.3 Evaluation du raisonnement éthique des médecins généralistes en Formation Médicale Continue	69
3. Mise en perspective du TCS face aux autres méthodes d'évaluation du raisonnement éthique	70
4. Vecteurs d'apprentissage du raisonnement éthique	74
4.1 Enseignement universitaire de l'éthique médicale et perspectives d'amélioration	74
4.2 Acquisition d'une compétence en éthique clinique par l'expérience professionnelle	78
VI. Conclusion	81
VII. Références bibliographiques	84
VIII. Annexes	94
Annexe 1 : Formats de Test de Concordance de Script	95
Annexe 2 : Le Test de Concordance de script envoyé aux sujets de l'étude	97
Annexe 3 : Aspects éthiques observés dans les objectifs pédagogiques terminaux des items étudiés durant le deuxième cycle des études médicales d'après le Bulletin Officiel n°20 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 16 mai 2013	108

Annexe 4 : Le programme d'enseignement de l'éthique médicale, la déontologie et le droit de la santé durant le premier cycle des études médicales de l'université de médecine Paul Sabatier de Toulouse 115

Liste des abréviations :

Par ordre d'apparition dans le texte

TCS : Test de Concordance de Script

MJI : Moral Judgment Interview

UCS : Unité Cognitive Sémantique

DIT : Defining Issues Test

PIT : Problem Identification Test

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

HAS : Haute Autorité de Santé

DFASM1, DFASM2, DFASM3 : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années

DS : Déviation Standard

HAD : Hospitalisation à Domicile

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

FMC : Formation Médicale Continue

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

DFGSM2, DFGSM3 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2^{ème} et 3^{ème} années

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

Certains mots restent parfois dissimulés dans les dictionnaires. Ce fut le cas pour le terme éthique mais il connaît depuis plusieurs décennies un certain succès socio-médiatique et devient incontournable de par sa nature pluridisciplinaire.

Le mot éthique est chargé d'histoire et de sens, les stoïciens considérant que l'éthique était au cœur même de la sagesse philosophique (1). Pourtant l'inflation de son utilisation risque de concourir à un appauvrissement de son sens. Le réduire à un concept flou reviendrait à l'assimiler à une vague régulation des pratiques, toutes professions et tous domaines confondus. Ainsi, toutes les professions « ont une éthique ».

L'éthique médicale ne déroge pas à cet effet de mode. Les débats politiques et de société abordent l'éthique médicale à travers les problématiques liées à la génétique, la procréation médicalement assistée, l'euthanasie. La réflexion éthique concernerait alors les comités éthiques (Comité Consultatif National d'Ethique, comités d'éthique hospitaliers ou espaces de réflexion éthique régionaux). Pourtant, l'éthique médicale et en particulier l'éthique clinique intervient dans tous les champs de la médecine et la médecine générale n'y échappe pas. Un consensus s'est établi autour de l'importance de la formation en éthique médicale des étudiants et de tout médecin. Mais de façon personnelle, après avoir rencontré certaines problématiques éthiques au cours de l'externat et de l'internat, il m'apparaissait que cette formation ne m'avait pas donné toutes les clés pour résoudre les conflits éthiques naissant de situations concrètes. Selon une étude toulousaine récente, une majorité d'internes en médecine générale interrogée considère que l'éthique de la fin de vie n'est pas suffisamment abordée au cours des études médicales (2). Au regard de ce constat issu d'une intuition personnelle et d'une étude locale, l'interrogation quant au mode d'acquisition de compétences éthiques s'est posée.

Si la réflexion éthique paraît inachevée au terme des études médicales, peut-on espérer une progression du raisonnement éthique permettant la résolution de problèmes éthiques, grâce à l'expérience ?

Le médecin généraliste est conduit à adopter une approche systémique du patient en prenant en compte le contexte familial, son environnement, ses repères culturels, ses croyances, ses désirs. Le Développement Professionnel Continu (intégrant l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et la Formation Médicale Continue) associé à la conscience professionnelle de chacun pousse les médecins à améliorer leurs connaissances et leurs pratiques. Dans le champ de l'éthique médicale, il est difficile pour les médecins généralistes (et les étudiants) de s'évaluer et donc de se perfectionner. Il ne s'agit pas de

connaissances faisant l'objet de recommandations professionnelles, de conférences de consensus ou de références médicales opposables. Le raisonnement éthique constitue donc un paramètre essentiel à évaluer en formation initiale comme en formation continue. Existerait-il un test, un moyen scientifique standardisé pour évaluer le raisonnement éthique afin que chaque médecin ou étudiant puisse connaître « son niveau » et s'améliorer dans le champ de l'éthique médicale ?

Face à ces interrogations, le Test de Concordance de Script (TCS) pourrait être l'outil approprié.

Le TCS est un outil d'évaluation du raisonnement clinique. Il n'évalue pas les connaissances factuelles comme la plupart des autres méthodes d'évaluation mais permet de reconnaître l'importance du raisonnement et de l'expérience dans la capacité à résoudre des problèmes complexes. Dans la littérature, on ne retrouve pas de TCS permettant d'explorer le champ de l'éthique médicale en médecine générale. Il nous a donc paru intéressant de créer des TCS abordant des questionnements éthiques dans des situations propres à la médecine générale afin de comparer le raisonnement éthique d'un groupe d'externes, d'un groupe d'internes et d'un groupe de médecins généralistes avec pour référence un groupe d'experts.

Notre étude vise à étudier la validité du TCS dans l'évaluation du raisonnement clinique dans le champ de l'éthique clinique appliquée à la médecine générale, à aborder les applications possibles de notre TCS à tous les niveaux de la formation médicale et à confronter le TCS aux autres méthodes d'évaluation du raisonnement éthique.

II. Les fondements de l'étude

1. Esquisses de l'Éthique, la Déontologie et le Droit

D'après le Petit Robert, l'éthique se définit au sens philosophique comme étant une science et théorie de la morale (3). Au sens didactique, il s'agit d'un ensemble de valeurs, de règles morales propres à un milieu, une culture, un groupe. Cependant, l'étymologie révèle un terme ambivalent avec une double racine et un double sens : le terme éthique tient son origine du mot *ethikos* en grec lui-même issu de *éthos* et *èthos* (4).

Le terme « *èthos* » correspond à la vertu, à la forme excellente du caractère. Ce terme renvoie à l'idée de valeur, d'idéal, de téléologie alors que « *éthos* » est défini par les mœurs, les coutumes. Ce terme renvoie à l'idée de réalisation, de devoirs, de déontologie et de lois.

Une précision sémantique s'impose afin de clarifier les rapports entre l'éthique, la morale, la déontologie et le droit.

L'éthique se distingue, d'une part, de la morale qui est « la science du bien et du mal ; c'est la théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien » (3). L'origine étymologique latine (*mos*, *mores*) de « morale » et l'origine étymologique grecque de « éthique » les rapprochent puisque les deux termes peuvent être traduits par « mœurs ». L'éthique est constituée de principes ou de normes relatives au bien et au mal, qui permettent de qualifier et de juger les actions humaines. Les règles relevant de la morale sont connues de tous et sont intériorisées. Si certains auteurs considèrent que la distinction entre éthique et morale n'est pas utile (5), d'autres tels que Paul RICOEUR et André COMTE-SPONVILLE nuancent les définitions respectives de ces notions.

Selon A. COMTE-SPONVILLE, la morale et l'éthique sont des discours normatifs ayant la même visée : régler notre conduite ou nos actions (6). Elles se distinguent par le statut qu'elles reconnaissent aux valeurs dont elles se réclament. Le Bien et le Mal relatifs à la morale sont des valeurs absolues et universelles s'imposant inconditionnellement à tous. La morale énonce des commandements (impératif catégorique selon KANT) et des devoirs, sous tendant la notion de contrainte. Le bon et le mauvais sur lesquels porte l'éthique sont relatifs à un individu ou à un groupe. L'éthique est constituée plutôt par des conseils et des désirs. Toute éthique est donc particulière.

A. COMTE-SPONVILLE opère une dernière distinction entre morale et éthique quant à la finalité poursuivie. La morale tend vers la vertu et culmine dans la sainteté. L'éthique tend vers le bonheur et culmine dans la sagesse.

P. RICOEUR définit la visée éthique comme étant « la visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes » (7). Il réserve le terme éthique pour la visée d'une vie accomplie, celui de morale désignant l'articulation de cette quête dans des normes qui prétendent à l'universalité et qui exercent une contrainte. Il accorde une primauté de l'éthique sur la morale. La morale composée de normes établies (héritage kantien) est soumise à une perspective déontologique (obligation de respecter des devoirs) alors que l'éthique appréhendée selon une perspective aristotélicienne téléologique (ayant pour finalité le Bien) a pour objectif la vie bonne. Une morale de l'obligation engendre des situations conflictuelles. La sagesse pratique consiste alors à recourir dans le cadre du jugement moral à « la vision ou la visée de la « vie bonne » avec et pour les autres dans des institutions justes » (7).

Claude HURIET considère que la morale « c'est la réponse avant la question et l'éthique un questionnement sans réponse » (4).

Il est un domaine dans lequel l'éthique n'est pas uniquement un questionnement mais la recherche de la meilleure décision possible. Il s'agit de l'éthique clinique définie comme une réflexion sur les orientations données à l'action clinique dans une situation singulière à travers des cas concrets, analysés dans leurs enjeux éthiques en vue d'une décision la meilleure possible (8). Selon G. LLORCA, il s'agit du « jugement de valeur de la décision médicale de soin » (9). Elle recouvre l'analyse et la résolution des conflits de valeurs inévitables dans l'exercice de la médecine.

Dans ce but, l'éthique clinique s'appuie notamment sur les quatre principes éthiques établis par BEAUCHAMP et CHILDRESS (10) :

- Principe de bienfaisance visant à proposer au patient la solution qui doit lui être le plus bénéfique ;
- Principe de non-malfaisance visant à ne pas exercer d'action qui apporte plus de désavantages que de bienfaits (*primum non nocere*) ;

- Principe d'autonomie dont le but est de permettre au patient de garder le libre choix des décisions le concernant ;
- Principe de justice dont la finalité est l'égalité d'accès aux soins.

L'éthique clinique utilise également les valeurs et normes morales, d'autres principes (principe de compétence, de confidentialité, de précaution...), les règles (secret médical, consentement informé...) ainsi que les textes de référence (loi, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme...) (9).

La distinction entre l'éthique et la morale s'est renforcée depuis une quarantaine d'années, c'est-à-dire dès lors qu'est née la bioéthique.

Le terme bioéthique est introduit pour la première fois dans l'ouvrage du biologiste VAN RENSSLAER POTTER « Bioethics. Bridge to the future ». La bioéthique apparaît suite à l'inquiétude résultant des nouvelles technologies et de l'instrumentalisation et marchandisation du corps humain au début des années 1970. Elle peut alors être définie comme la discipline qui traite des questions éthiques soulevées par les progrès de la médecine et de la biologie et, de façon plus systématique, correspond au champ couvert par l'éthique concernant les sciences de la vie, essentiellement la médecine, l'éthique de l'expérimentation animale et l'éco-éthique par rapport à l'éthique professionnelle (11).

D'autre part, l'éthique ne peut être confondue avec la déontologie qui correspond à la théorie des devoirs, et l'ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier (3). Ce terme est issu du grec « *deon* » et « *ontos* » signifiant devoir. La déontologie crée un ensemble de règles auxquelles le praticien doit se conformer. La transgression de ces règles est passible d'avertissements et de sanctions. Néologisme créé par BENTHAM, la déontologie tient sa spécificité du rapport qu'elle entretient avec la profession et le droit.

« Les professions organisées en ordre et dont la déontologie est intégrée au droit étatique, disposent d'une autonomie normative qui dans le domaine du droit s'apparente au privilège d'Ancien Régime : « Privilège » vient du latin « *privata lex* », c'est-à-dire « loi privée ». » (12).

Une définition du droit universelle et exhaustive ne saurait être présentée dans ce travail. D'après le Petit Robert, il s'agit d'un ensemble de règles qui régissent les rapports des hommes entre eux (3).

Deux modèles doctrinaux s'opposent (13) :

- Le droit positif pour lequel la création du droit, indépendante de tout horizon a-juridique (moral, idéologique...), répond à une volonté de « neutralité axiologique », ne laissant pas de place aux jugements de valeur. L'idée de droit ne se définit pas par le juste.
- Le droit naturel s'appuyant sur une version laïcisée de la nature (qui s'oppose aux doctrines de droit divin) et des principes universels et intemporels. Il prétend refléter l'ordre immuable, commun à tous les hommes, du vrai et du juste.

Le droit envisagé comme une science sociale est composé de règles qui prennent en considération la réalité sociale, économique, mais aussi scientifique. Le droit est le reflet de l'évolution d'une société à un moment donné. Il ne précède pas son évolution mais intègre les nouvelles données que certaines situations particulières, en raison de leur permanence, de leur légitimité et de leur intangibilité, révèlent. La loi assure la généralisation d'une situation donnée. Elle n'a pas vocation, par définition, à sanctionner, à réprimer (14).

Compte tenu de cette remarque liminaire, le droit peut être conçu comme une science favorisant l'organisation de la société à un moment donné mais qui est destiné à être modifié voire abrogé, dans certaines de ses dispositions. Sa remise en cause est inhérente à son mode de fonctionnement (tant dans son élaboration à travers les nombreuses réformes législatives, que dans son application par le juge). En revanche, lorsque sa remise en cause n'a pas fait l'objet d'une délibération collective, le droit doit être respecté et son non respect donne lieu à des sanctions civiles et/ ou pénales.

Le droit envisagé comme un système normatif intègre l'ensemble des sources de normes qui ne résultent pas nécessairement d'un acte parlementaire (15). Les ordres professionnels génèrent leurs propres normes applicables uniquement à leurs membres. Ils peuvent adopter des normes déontologiques qui sont généralement enfermées dans un code spécifique. Le code de déontologie médicale en est un exemple au point de servir de paradigme dans l'enseignement du droit.

2. Incertitude en médecine

Le Comité de la Prévention et de la Précaution, dans son rapport ministériel "La décision publique face à l'incertitude" a proposé une définition de l'incertitude qui semble adaptée au domaine médical (16) :

"L'incertitude signifie que les connaissances disponibles ne permettent pas de caractériser une situation aussi précisément qu'on le souhaiterait ; elle n'est pas synonyme d'ignorance. Il est donc important d'établir aussi clairement que possible les limites des connaissances existantes, afin d'en faire le meilleur usage.

La représentation la plus simple d'une situation d'incertitude est le risque. On parle de risque lorsque l'on est en mesure de distinguer un ensemble d'issues possibles de la situation, de leur attribuer des degrés de vraisemblance et d'estimer l'ampleur des conséquences."

Selon une étude réalisée en 2013, les facteurs limitant l'incertitude clinique sont différents en fonction de la durée d'activité du médecin (17). Les jeunes médecins exerçant depuis moins de dix ans utilisent le raisonnement analytique, les recommandations et les explications données au patient. Les médecins exerçant depuis plus de dix ans utilisent majoritairement un raisonnement non analytique (analogique), l'intuition, l'expérience et les explications données au patient.

Selon la sociologue G. BLOY, il existe deux axes d'incertitude en médecine générale (17) : un axe relatif à la considération accordée à la plainte du patient et un axe relatif à la vigilance scientifique par rapport aux recommandations et aux preuves. L'auteure estime que le positionnement des médecins généralistes face à l'incertitude est un principe majeur de la construction d'un exercice de qualité.

Ces remarques portent sur l'incertitude diagnostique ou thérapeutique fréquente en médecine générale du fait de sa fonction de médecine de premier recours mais également sur toute décision médicale *a fortiori* dans le domaine de l'éthique clinique.

La décision médicale dans le cadre d'une démarche d'éthique clinique n'est jamais évidente et reflète l'incertitude. Elle est sous-tendue par des principes éthiques et des règles de droit mais également par des jugements de valeur implicites, souvent inconscients. La guérison et le maintien de la vie acquièrent rapidement une place prépondérante pour

l'étudiant en médecine. Une hiérarchie des valeurs s'opère donc très tôt dans la formation médicale, ayant des répercussions sur le raisonnement clinique et la décision clinique. L'incertitude éthique procède d'un conflit de valeurs à titre individuel (le médecin perçoit un conflit de valeurs face à un problème de nature éthique) ou d'un conflit de systèmes de valeurs opposés entre un médecin et son patient (la hiérarchie des valeurs peut différer selon le point de vue du médecin et celui du patient).

Selon E. MORIN, le principe d'incertitude concerne également la relation intention-action (18). L'intention éthique, reflet du raisonnement n'est pas toujours suivie d'une action éthique. Les conséquences de l'action, faisant suite à la décision peuvent être contraires à l'éthique. E. MORIN développe ce concept à travers la notion d'écologie de l'action : cette dernière indique que toute action échappe à son auteur du fait des « inter-rétro-actions » du milieu dans lequel elle intervient. Les effets de l'action dépendent de l'intention de son auteur et des conditions propres au milieu dans lequel elle s'exprime.

3. Questionnements éthiques en médecine générale

Les questionnements éthiques sont multiples et quotidiens en médecine générale. Certains thèmes tels que ceux évoqués dans ce chapitre sont cependant plus fréquemment rencontrés ou ont fait l'objet de travaux spécifiques comme en témoigne une étude de la littérature sur ce sujet d'après l'interrogation des bases de données PubMed, Pascal et CISMEF. Certaines problématiques éthiques ont été émises à partir de certains ouvrages et thèses (19) (20) (21) (22) (23).

3.1 Le consentement

S'il a été nécessaire d'attendre le code de Nuremberg (24) pour que le consentement devienne un élément fondamental de l'éthique médicale, son sens commun reste ambivalent. Dans le domaine du soin, à quel seuil doit-on se conformer pour demander le consentement ? La question n'est pas celle d'une limite fixée par le droit mais du respect de la personne concernée.

Le conflit éthique réside en deux impératifs contradictoires : le respect de l'autonomie et la bienfaisance. Ils peuvent bien sûr coexister mais aussi être antagonistes. L'évolution actuelle de la pratique médicale favorise le respect de l'autonomie au moins

sur le plan médico-légal. Cette primauté accordée à l'autonomie peut être à l'origine d'une anxiété accentuée du patient. Par ailleurs, le consentement des personnes vulnérables (personnes âgées seules, pathologies psychiatriques...) soulève également un questionnement éthique.

3.2 Le secret médical

Le secret médical s'impose comme un devoir du médecin dans le Code de déontologie médicale et sanctionné par une disposition du Code Pénal (article 226-13). La loi du 4 mars 2002 le définit également comme un droit de la personne à laquelle s'applique le secret. Cependant, il existe de multiples dérogations au secret médical : déclaration obligatoire de maladies contagieuses, signalement de sévices à enfant... Le secret médical peut être à l'origine d'un dilemme éthique lorsque des tiers sont concernés, exposés à un risque pour leur santé (25).

3.3 La fin de vie

A quel moment cesser tout traitement ? A quel moment les soins administrés relèvent-ils de l'obstination déraisonnable ? Comment réagir face à une demande d'euthanasie ? Ces problématiques n'appellent pas une réponse simple, codifiée, unique et il est essentiel de se distancier de l'émotionnel et du passionnel. Les décisions prises ne sont pas toujours comprises par le patient et sa famille, l'arrêt des traitements pouvant être vécu comme un abandon. Il est donc essentiel de maintenir une relation et une communication soutenues.

3.4 La fragilité des personnes vulnérables

L'idée de la personne est déjà une notion éthique, dans la mesure où elle implique une exigence de respect, la prise en considération de son autonomie, de sa dignité et de son intégrité. Le terme de vulnérabilité exprime le fait que ces qualités peuvent être perdues ou violées (handicap, personnes âgées...). Face aux démences par exemple, comment maintenir une relation avec le patient ? Comment obtenir son consentement dans la réalisation d'exams, le choix de traitement face à une personne qui ne communique plus de manière directe ou expressive ?

La relation de soin est par définition asymétrique mais peut dans ces situations induire des pratiques arbitraires.

3.5 Le refus de soins

Le respect du refus de soins émanant du patient fait partie de la relation médecin malade. Ceci est souligné dans la loi du 4 mars 2002 et dans la loi du 22 avril 2005. Ce droit au consentement et au refus est essentiel du point de vue éthique dans une société issue d'une tradition de respect de la personne et de son autonomie. Dans certaines situations, le soignant se trouve confronté à des situations de refus qui apparaissent contraire non seulement à la logique médicale mais également à ce qu'il estime être l'intérêt des personnes. Parfois, le refus de soins peut témoigner d'une autre réalité (déficience psychique, souffrance ou désespoir).

3.6 L'information du patient

L'information n'est pas une simple procédure à suivre en vue d'obtenir une signature, un consentement. Elle est un art de mettre en forme les éléments qui composent l'espace psychique du patient, portant sur la nature et les formes de transmission. La loi du 4 mars 2002 est à l'origine d'une obligation d'information claire, loyale et adaptée concernant un traitement ou un examen, y compris une information des risques prévisibles et même des risques exceptionnels du fait de leur gravité. Cependant, l'information exhaustive est contre productive : le patient anxieux devant ce flot d'informations ne trouve guère de motif à se rassurer. Il existe un risque d'étouffement de l'information par excès d'information.

Cette liste n'épuise pas notre sujet mais rend compte des problèmes éthiques les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. Ces thèmes ont été traités de façon abondante dans la littérature.

4. Définition du raisonnement clinique

Depuis plusieurs années, de multiples recherches ont été réalisées dans le but d'évaluer le raisonnement éthique des étudiants ou des médecins.

L'évaluation du raisonnement clinique en général est mal aisée du fait du caractère multidimensionnel du raisonnement. En effet, le raisonnement clinique peut être considéré comme étant « l'activité intellectuelle qui synthétise l'information obtenue à partir de la situation clinique, qui l'intègre aux connaissances et aux expériences antérieures et l'utilise pour prendre des décisions de diagnostic et de prise en charge du patient » (26).

Actuellement, il est largement reconnu que le raisonnement clinique est élaboré selon un mode hypothético-déductif : dès le début d'une consultation, le praticien élabore des hypothèses diagnostiques qu'il élimine progressivement suite aux données issues de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Il oriente ses questions et son examen clinique en fonction de ses premières hypothèses. Selon ELSTAIN et NORMAN, il existe une spécificité de contenu c'est-à-dire que la capacité à raisonner de façon adéquate en médecine dépend du contexte clinique et donc de la qualité des connaissances du clinicien (27). SCHMIDT *et al.* ont proposé un modèle de développement de la compétence au raisonnement clinique (27). Selon eux, les médecins et étudiants en médecine organisent leurs connaissances en fonction des tâches qu'ils doivent accomplir. Ils nomment alors « scripts de maladie », les réseaux de connaissances spécifiquement adaptés à ces tâches. Ainsi, la démarche hypothético-déductive est caractérisée par la recherche, la sélection et la vérification des scripts appropriés.

C'est sur cette théorie que repose le principe des TCS.

Selon K.W. EVA, il n'existe pas un cadre explicatif unique du raisonnement clinique (28). L'auteur suggère un modèle combiné du raisonnement clinique qui associerait une base analytique du raisonnement et une base non analytique du raisonnement. Le raisonnement analytique correspond au raisonnement conscient, contrôlé (le médecin connaît la probabilité conditionnelle de chaque donnée clinique liée à chaque diagnostic). Le raisonnement non analytique correspond au raisonnement inconscient, automatique (le médecin compare le cas présent à des cas auxquels il a été confronté antérieurement pour poser une probabilité concernant un diagnostic).

La capacité d'utiliser ce raisonnement non analytique augmente selon l'auteur avec l'expérience. Ces deux processus mentaux ne sont pas exclusifs mais complémentaires et interactifs lors de l'émission et de la vérification d'hypothèses.

5. Modèles de raisonnement éthique décrits dans la littérature

Le raisonnement éthique n'est pas purement intuitif mais est au contraire structuré.

Selon H. MARCOUX et J. PATENAUDE, quatre modèles de raisonnement éthique sont enseignés (29).

Le premier modèle est fondé sur une approche comportementaliste dont le but est de rendre les conduites conformes aux attentes de la profession telles qu'elles sont stipulées dans la loi, les normes et les réglementations. Selon les auteurs, la limite de cette approche est de réduire l'éthique aux prescriptions déontologiques susceptibles de sanctions.

Le deuxième modèle relève d'une approche fondée sur de nouvelles attitudes, procédant par imitation. Il vise à développer la sensibilité morale des étudiants afin de contrebalancer l'aspect technoscientifique de la médecine. Sa limite est de confondre les aspects émotionnels et rationnels.

Le troisième modèle est fondé sur une approche déontologique établie sur le respect des normes et des standards de pratique. La prise de décision en éthique est considérée comme la maîtrise d'une procédure (et non assimilable à la conformité des attentes professionnelles tel que l'énonce le modèle comportementaliste). Sa limite repose sur le fait de négliger les cas formant les zones « grises », propres à l'éthique.

Le quatrième modèle est fondé sur une approche principiste basée sur l'identification des conflits éthiques puis la légitimisation de la décision selon le principe qui devrait prévaloir. La critique majeure à l'encontre de ce modèle porte sur l'absence de justification des critères à l'origine de la hiérarchisation de ces valeurs.

Afin de pallier les carences de ces modèles, H. MARCOUX et J. PATENAUDE préconisent une approche collaborative, dialogique fondée sur une stratégie structurée de

développement de la prise de décision éthique en situation concrète d'action. Il s'agit d'une négociation entre plusieurs participants aboutissant à l'obtention d'un consensus.

L.C. KALDJIAN *et al.* ont créé une méthode d'apprentissage du raisonnement éthique à partir d'une grille de critères (30) :

- L'identification du problème en termes simples
- Les faits médicaux (diagnostic, pronostic, état psychologique...), les objectifs médicaux, les objectifs du patient et ses souhaits, le contexte (environnement familial, social, économique...)
- La question : le problème est-il bien éthique ?
- L'évaluation de la nécessité d'un complément d'information ou de dialogue
- La détermination du meilleur plan d'action en soutenant sa position avec une ou plusieurs références :
 - Principes de Beauchamp : bienfaisance, non malfaisance, autonomie, justice
 - Droit
 - Conséquences (courant utilitariste)
 - Référence à des cas comparables (approche casuistique)
 - Recommandations professionnelles
 - Conscience et intégrité du médecin
- La confirmation de la cohérence de la décision.

Un autre type de raisonnement éthique a été élaboré à partir d'une revue de la littérature sur ce sujet et d'entretiens avec des experts en éthique à Taïwan et au Canada (31).

Ce modèle repose sur trois composantes :

- Le savoir médical et éthique ;
- L'habileté du raisonnement constitué de quatre étapes : Identification du problème après recueil d'informations, Prise de décision, Planification et Action ;
- Les attitudes : considération de perspectives de toutes les parties engagées, prise en compte des probabilités, théories, lois et principes, codes professionnels, valeurs, recommandations, conséquences, cas comparables.

Ces modèles de raisonnement éthique ont de nombreux points communs et reprennent en grande partie les mêmes éléments. Ils ont un but essentiellement pédagogique et restent théoriques servant de cadre global.

6. Méthodes d'évaluation du raisonnement éthique

De nombreuses méthodes d'évaluation du raisonnement éthique ont été expérimentées, témoignant d'une réelle préoccupation concernant l'évaluation de la sensibilité éthique ou du raisonnement éthique des étudiants en médecine au cours de leur cursus universitaire.

6.1 Questionnaire du jugement moral de L. KOHLBERG

Selon la théorie développée par A. COLBY et L. KOHLBERG (32), les individus traversent six étapes du raisonnement moral jusqu'à leur maturité. La vitesse de progression peut varier selon les individus mais la séquence des six étapes reste identique :

Niveau de moralité pré-conventionnelle :

- Stade 1 : Le stade de la punition et de l'obéissance
- Stade 2 : Le stade du projet instrumental individuel et de l'échange

Niveau de moralité conventionnelle :

- Stade 3 : Le stade des attentes interpersonnelles et mutuelles, des relations et de la conformité
- Stade 4 : Le stade du maintien de la conscience et du système social

Niveau de moralité post-conventionnelle :

- Stade 5 : Le stade des droits premiers, du contrat social ou de l'utilité sociale
- Stade 6 : Le stade des principes éthiques universels

Une équipe canadienne a réalisé une étude de cohorte sur 92 étudiants de la faculté de médecine : les étudiants de 1^{ère} année devaient compléter le questionnaire du jugement moral de L. KOHLBERG (Moral Judgment Interview : MJI) et devaient le refaire en fin de 3^{ème} année (33). Ce questionnaire était composé de dix items groupés dans trois « dilemmes moraux ». L'encodage des réponses était réalisé selon les paramètres définis par A. COLBY et L. KOHLBERG. Seule la logique du raisonnement utilisée ou le type de justification donné était important pour assigner un niveau de jugement moral. Un niveau de développement était attribué à chaque réponse. Le niveau attribué le plus fréquemment constituait le niveau dominant de l'étudiant. Les résultats révélaient un niveau de développement moral supérieur en 1^{ère} année par rapport à la fin de la 3^{ème} année (niveau de jugement 3 et 4 en 1^{ère} année et niveau de jugement 2 et 3 en 3^{ème} année). Cependant, on peut relever une critique importante du MJI : les travaux de N. NODDING et C. GILLIGAN montrent que le MJI est basé sur un raisonnement orienté vers le principe de justice (34). Il existe donc un certain parti pris, hiérarchisant le principe de justice en première place et ne reflétant pas fidèlement le raisonnement médical.

6.2 Test du jugement moral de G. LIND

Une étude australienne a évalué le raisonnement éthique des étudiants de la 1^{ière} à la 5^{ème} années de médecine à partir du test du jugement moral créé par G. LIND (Moral Judgment Test), basé sur les étapes du jugement moral de L. KOHLBERG (35). Ce test n'est pas spécifique au domaine médical. Il est composé de deux dilemmes « moraux ». L'attitude du protagoniste est exposée pour chaque cas, suivie de six arguments justifiant cette attitude et six arguments en désaccord avec cette attitude, chaque argument représentant une étape du jugement moral de L. KOHLBERG. Les étudiants doivent se positionner par rapport à l'attitude du protagoniste et évaluer dans quelle mesure les arguments présentés sont acceptables ou non. L'étude a révélé que le niveau de raisonnement moral des étudiants régressait avec les années d'étude.

6.3 Séances d'apprentissage au raisonnement éthique

Une équipe canadienne (36) a étudié l'intérêt des séances d'apprentissage au raisonnement éthique à la fois comme méthode d'enseignement de l'éthique médicale mais aussi comme méthode d'évaluation qui en favorise l'apprentissage. Ces séances s'inspirent

des séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique (ARC, méthode développée dans les universités canadiennes (37)) qui sont basées sur des jeux de rôles lors desquels un petit groupe d'étudiants tente de résoudre un problème clinique en simulant le déroulement de la rencontre médecin-malade et en posant eux-mêmes les questions nécessaires à l'émergence d'hypothèses diagnostiques.

Dans le cadre de cette étude, il s'agissait de séances en groupe restreint composé d'étudiants et de médecins enseignants. L'étudiant devait exposer une situation clinique vécue pendant un stage et posant un problème éthique, situation qu'il avait préalablement retranscrite dans un carnet de stage ou portfolio. Lors de la séance, il présentait le problème éthique, les causes de ses indécisions. Il s'ensuivait un dialogue avec ses pairs et les médecins enseignants. L'étudiant était alors évalué sur ses capacités à partager les enjeux de la situation, à exposer le nœud du dilemme, à présenter les arguments de la décision-action et à co-élaborer le sens de la décision avec ses pairs. L'évaluation de l'éthique médicale des étudiants prenait également en compte le contenu du carnet de stage et le résultat d'une observation clinique à partir de laquelle l'étudiant était jugé sur ses capacités à partager les enjeux de la situation, clarifier le problème éthique, diagnostiquer, traiter et soigner, établir le consensus des personnes présentes.

6.4 Portfolio

Actuellement, le portfolio est un outil d'évaluation de l'étudiant très utilisé en France comme à l'étranger. Il s'agit pour l'étudiant de laisser une trace écrite (sur un carnet ou un portfolio électronique) de certaines situations cliniques rencontrées au cours de ses stages et lui ayant posé des problèmes de diverses natures (éthiques, diagnostiques, thérapeutiques...). Une étude franco-canadienne réalisée en 2004 s'est intéressée à l'utilisation du portfolio comme instrument d'évaluation de la compétence éthique des étudiants (38). Il s'agissait de comparer l'identification, la description et la clarification de problèmes éthiques narrés par des étudiants en 3^{ème} année et 6^{ème} année (respectivement stage de sémiologie et stage d'externat) venant en stage en médecine interne au cours de la même période. L'analyse de ces écrits était réalisée sous forme de reconnaissance d'unité cognitive sémantique (UCS) qui correspond à une idée pertinente dans le domaine de l'éthique. Les UCS étaient ensuite encodées selon deux grilles d'analyse : une grille reprenant les principes fondamentaux de l'éthique médicale (bienfaisance, autonomie,

justice sociale) et une grille reprenant les responsabilités professionnelles (confidentialité, honnêteté envers le patient...).

Les résultats de cette étude montrent que les étudiants en 3^{ème} année produisent plus d'UCS que les étudiants en 6^{ème} année : il y a donc une meilleure identification des problèmes éthiques et des solutions chez les étudiants en 3^{ème} année.

6.5 Vignettes cliniques

En 1990, une équipe canadienne (P. HEBERT *et al.* (39)) a pour la première fois créé et utilisé des vignettes cliniques pour évaluer la sensibilité éthique des étudiants en médecine : cinq vignettes cliniques ont été rédigées par une équipe de cinq personnes (un psychologue, un philosophe et trois médecins).

Une vignette était assignée à chaque étudiant. Les étudiants devaient identifier les enjeux éthiques d'une seule vignette (entre sept et neuf enjeux éthiques par vignette), enjeux préalablement définis par l'équipe rédactrice. Aucune conclusion n'a pu être émise sur la sensibilité éthique des étudiants. Les auteurs indiquaient qu'il serait intéressant d'avoir les réponses de chaque étudiant à plus d'une vignette.

En 1992, ces mêmes auteurs ont réalisé une autre étude à partir de quatre vignettes rédigées lors de la précédente étude (40). Ce test est couramment appelé « Problem Identification Test » (PIT). Ces quatre vignettes ont cette fois été soumises aux étudiants de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} années de médecine qui devaient relever les problèmes éthiques de chaque vignette. Les résultats de cette étude ont révélé que les étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} années de médecine avaient une sensibilité éthique supérieure à ceux de 3^{ème} et 4^{ème} années.

En 1991, « the Modified Essay Question » a été créé par une université australienne afin d'évaluer la compétence éthique des étudiants en médecine (41). Les étudiants devaient répondre aux questions posées après l'exposition d'une situation clinique brève. Précédant chaque question, une nouvelle information était donnée. Les étudiants devaient répondre aux questions successives (attitude à adopter et justification de ce choix) sans modification possible des précédentes réponses. Cet outil permet d'étudier la sensibilité éthique, le raisonnement éthique et les connaissances des concepts éthiques. Aucune information n'est apportée concernant les résultats des étudiants en fonction de leur niveau d'étude.

En 1999, une université américaine a utilisé une vignette clinique exposant un problème éthique relatif à la fin de vie afin d'évaluer la progression du raisonnement éthique des étudiants en début de 3^{ème} année de médecine et en fin de 3^{ème} année (42). Il était demandé aux étudiants de lister les problèmes éthiques présents dans cette situation clinique. Puis les étudiants devaient expliquer leur raisonnement en tenant compte de quatre composantes : les faits médicaux, les préférences du patient et de sa famille, la qualité de vie et les composantes contextuelles (sociale, culturelle, légale...). La correction s'est faite sur le nombre de problèmes éthiques répertoriés et les attitudes adoptées selon les quatre composantes. L'étude a montré une progression concernant la sensibilité des étudiants sur certains thèmes (consentement du patient, responsabilité professionnelle...).

En 2002, une étude menée par l'université de médecine de Glasgow a permis d'évaluer l'impact de trois années d'enseignement en éthique médicale à partir de vignettes cliniques « the Ethics and Health Care Survey Instrument » conçues spécifiquement pour le champ médical (43). Ce test est composé de douze vignettes décrivant des cas sources de problèmes éthiques fréquemment rencontrés et une proposition de plusieurs réponses pour chaque cas (conduites à tenir, principes éthiques à privilégier). Une réponse par vignette devait être choisie, suivie d'une justification de ce choix. Ce test était soumis aux étudiants en médecine avant l'enseignement d'éthique médicale puis, après la 1^{ère} année d'enseignement et après la 3^{ème} année d'enseignement. Les résultats des étudiants ayant fait le test après la 1^{ère} année d'enseignement d'éthique médicale étaient meilleurs que les résultats des étudiants ayant fait le test avant l'enseignement et après la 3^{ème} année d'enseignement. L'impact de cet enseignement d'éthique médicale était moins important après trois ans d'enseignement concernant la résolution de dilemmes éthiques.

Une étude qualitative taiwano-canadienne réalisée en 2009 a également exploité les vignettes cliniques afin d'évaluer le raisonnement éthique et de comparer les capacités de raisonnement éthique d'étudiants, de résidents et d'experts taiwanais et canadiens (44). Quinze vignettes cliniques ont été créées portant sur des dilemmes éthiques puis validées par trois experts en éthique médicale. Les étudiants et médecins interrogés lors d'entretiens individuels devaient verbaliser toutes leurs pensées et pouvaient ensuite demander plus d'informations afin d'aboutir à une décision éthique. Les réponses étaient retranscrites et encodées selon les principes de « Bioethics for Clinicians », série de cas éthiques proposés par l'Association Médicale Canadienne et parus dans le Journal de l'Association Médicale

Canadienne. Les résultats des experts taiwanais étaient supérieurs à ceux des étudiants et résidents alors qu'au Canada, on ne retrouvait pas cette supériorité du groupe expert. Il n'y avait pas de différence significative entre externes et résidents taiwanais et entre externes et résidents canadiens.

6.6 Defining Issues Test et Problem Identification Test

Le « Defining Issues Test » (DIT) est un instrument de mesure psychométrique utilisé en vue d'évaluer le degré de raisonnement moral (45). Il a été créé par J.R. REST qui s'est fondé sur le modèle de développement moral de L. KOHLBERG comprenant quatre composantes : la sensibilité morale, le raisonnement moral, la décision morale et l'action morale. Le DIT n'a pas été élaboré spécifiquement pour le champ médical. Il est composé de six problèmes éthiques pour lesquels l'interviewé doit donner son avis concernant la conduite à tenir et doit hiérarchiser les douze facteurs énumérés intervenant dans sa prise de décision.

Dans une étude japonaise visant à évaluer la sensibilité et le raisonnement éthique des étudiants en médecine, la méthode utilisée consistait à associer deux outils (34) : deux problèmes éthiques médicaux issus du DIT permettant d'évaluer le raisonnement éthique et le « Problem Identification Test » (PIT) (39) élaboré par HERBERT et *Al* permettant d'étudier la sensibilité morale. Dans l'étude japonaise, les quatre vignettes du PIT ont été condensées en trois vignettes. Les étudiants devaient faire la liste des enjeux éthiques de chaque cas du PIT. Concernant le DIT, ils devaient choisir l'attitude appropriée, donner les raisons de leur choix puis lister les quatre raisons principales par ordre d'importance pour chacun des deux problèmes éthiques.

Les résultats obtenus au PIT reflétaient une sensibilité morale supérieure en 4^{ème} et 5^{ème} années par rapport aux étudiants en 6^{ème} année et aux internes. Les résultats obtenus au DIT ne montraient pas de différence significative de niveau de développement moral (niveaux de L. KOHLBERG) selon les années d'étude mais il existait une progression graduelle concernant la prise de décision selon les années d'étude. Il n'y avait pas de corrélation entre les résultats obtenus au DIT et ceux du PIT.

6.7 Simulation

En 1993, l'Examen Clinique Objectif Structuré a été utilisé au Canada afin d'évaluer le raisonnement éthique d'étudiants en dernière année de médecine de plusieurs facultés de médecine de la province d'Ontario (46). Les étudiants devaient interagir avec un patient standardisé, simulé (Standardized Patient) au niveau des quatre stations créées sous le regard de deux observateurs. L'évaluation portait sur les points soulevés par l'étudiant au travers des interrogations posées au patient standard, sa capacité à dégager une solution, ses habiletés relationnelles. L'étude permettait de comparer les résultats des étudiants de plusieurs facultés de médecine.

En 1994, une étude américaine a évalué les capacités de raisonnement moral et de jugement éthique des étudiants en 4^{ème} année de médecine d'après un entretien avec un patient standard, simulé lors duquel cinq paramètres comportementaux étaient évalués (47) : la capacité de l'étudiant à comprendre le point de vue du patient, sa capacité à expliciter les conflits de valeurs présents en encourageant le patient à participer à la discussion, sa capacité à trouver différentes options possibles et de les expliquer au patient, sa capacité à prendre une décision, à déterminer à la fin de l'entretien les prochaines étapes et enfin sa capacité à aboutir à un consensus avec le patient. Après cet entretien, l'étudiant devait rédiger et analyser les problèmes éthiques de deux cas cliniques. Les résultats de cette étude révélaient une faible corrélation entre les résultats obtenus à l'entretien du patient standard et les résultats obtenus à l'épreuve écrite. Les auteurs en concluaient que ces deux outils évaluaient différentes compétences et étaient complémentaires.

6.8 Evaluation par une épreuve rédactionnelle et un entretien oral

En 2013, une équipe américaine a créé une méthode d'évaluation du raisonnement éthique combinant une épreuve écrite et une épreuve orale afin d'évaluer les connaissances et les compétences éthiques (48). L'épreuve rédactionnelle consiste à exposer les problèmes éthiques de deux cas cliniques, à définir les principes éthiques intervenant dans ces situations, à apporter une solution aux problèmes éthiques et les principaux facteurs qui interviennent dans la décision. L'épreuve orale consiste à assigner à chaque étudiant un cas éthique. Il doit alors faire une recherche bibliographique afin de trouver une référence

illustrant ce problème éthique. Puis, il doit mener une discussion avec ses pairs (cinq ou six étudiants) lors de laquelle le groupe identifie les problèmes éthiques, présente l'article précédemment recherché et pose les questions permettant de résoudre le problème éthique. Cette étude ne donne pas les résultats des étudiants en fonction de leur niveau d'étude. Les auteurs indiquent que ce test était valide après avis de trois experts en éthique clinique.

6.9 Evaluation par TCS et QCM

La méthode du TCS a déjà été utilisée et comparée au QCM dans une étude française dirigée par G. LLORCA en 2003 (49). Un TCS composé d'une vignette clinique exposant un problème éthique se concluait par six attitudes possibles. Les étudiants devaient émettre un jugement pour chaque attitude en entourant une des valeurs de l'échelle de Likert à cinq niveaux. On peut noter qu'il n'existait pas d'ajout de nouvelle information après chaque attitude proposée. Plusieurs groupes d'experts ont été constitués afin de comparer les différents jugements de valeurs et de situer les scores des étudiants en fonction des différents groupes d'experts. Le QCM et le TCS ont été réalisés par des externes, internes et médecins seniors. L'étude révèle des notes obtenues par les internes supérieures à celles des externes et voisines de celles des seniors, quel que soit le jury et quel que soit le test. La force de corrélation est supérieure avec le TCS, par rapport à celle du QCM révélant l'intérêt de cet outil.

En 2012, une étude taïwanaise a utilisé le TCS afin d'évaluer le raisonnement éthique en comparant les résultats obtenus par un groupe d'étudiants en médecine, un groupe de profanes et un groupe d'experts (50). Treize vignettes ont été rédigées, composées de quarante six items au total. L'article ne précise pas les thèmes éthiques abordés dans les vignettes. Les sujets de l'étude ont répondu aux TCS via Internet. Le TCS s'est révélé valide dans cette étude, les résultats des experts étant supérieurs à ceux des étudiants en médecine qui eux-mêmes étaient supérieurs aux résultats des profanes.

7. Définition et champs d'application des TCS

Le TCS est un outil permettant d'évaluer le raisonnement clinique à partir de situations concrètes, complexes, en contexte d'incertitude.

Le raisonnement clinique est un processus mixte associant un raisonnement analytique (établissement d'hypothèses diagnostiques testées secondairement avec les données présentes) et un raisonnement non analytique (similitude avec des expériences antérieures) (28). La théorie des scripts implique que les cliniciens possèdent des connaissances spécifiquement organisées (les scripts) pour être efficaces dans leurs tâches cliniques. Les médecins mobilisent ces réseaux de connaissances de façon automatique. Leur utilisation consciente permettra d'infirmer ou confirmer l'hypothèse diagnostique. Enfin, ces scripts s'enrichissent avec l'expérience grâce à laquelle ils deviennent plus fonctionnels (51).

Le TCS explore les connaissances élaborées, permet de mesurer le degré d'organisation des connaissances et leur niveau d'élaboration, et ainsi de reconnaître les acquis liés à l'expérience professionnelle (52). Il se présente sous différentes formes selon le type de questions explorées (diagnostique, thérapeutique ou examens complémentaires) se traduisant par différentes significations de l'échelle de Likert (Annexe 1).

Plusieurs études ont montré la validité du TCS dans de nombreuses spécialités. Une étude réalisée en 2008 dans le domaine de la réanimation a montré l'excellente faisabilité du TCS dans cette spécialité et l'intérêt du TCS pour évaluer la progression des étudiants (53). Il s'agit alors d'une évaluation formative.

Une étude réalisée en 2004 a évalué l'intérêt du TCS comme outil d'auto évaluation des internes en neurochirurgie : l'administration du test s'est faite par voie informatique sur internet une fois par trimestre. Ces modalités de réalisation du test permettent d'évaluer un grand nombre d'étudiants et offrent à l'interne la possibilité de s'évaluer par rapport aux autres (54).

Le TCS peut également être utilisé en formation médicale continue dans l'évaluation de l'acquisition des connaissances et des besoins ressentis des médecins (55).

Le TCS a été adopté afin d'évaluer les pratiques professionnelles de rhumatologues dans des situations dites « zones d'incertitude » des recommandations de la Haute Autorité

de Santé (HAS) (56). Les TCS étaient réalisés en pré-test puis en post-test après discussion de la revue de la littérature actualisée concernant les thèmes abordés dans les TCS.

Le TCS est utilisé notamment dans les facultés de médecine de Toulouse et de Liège dans l'évaluation du raisonnement clinique des internes de médecine générale (57).

III. Matériel et Méthode

1. Matériel

1.1 Sujets de l'étude

Notre étude porte sur 68 personnes réparties en trois populations :

- Une population de 22 externes : 8 étudiants en DFASM1, 8 étudiants en DFASM2, et 6 étudiants en DFASM3 de la faculté de médecine de Toulouse
- Une population de 25 internes en médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse
- Une population de 21 médecins généralistes installés en région Midi Pyrénées

1.2 Constitution du groupe expert

Le test de concordance de script nécessite la constitution d'un panel de référence ou groupe d'experts permettant d'établir la grille de correction du test. En effet, les réponses du groupe d'experts serviront de référence, chaque réponse des membres de ce panel étant prise en compte. Le groupe d'experts de l'étude est composé de dix membres, ce nombre apparaissant suffisant pour obtenir une bonne précision de correction tout en reflétant la variété d'opinions vis-à-vis de situations complexes issues de la vie professionnelle (58).

La composition du panel de référence est une étape essentielle dans l'étude (59). Ses membres sont choisis pour leur compétence et leur expérience dans le champ de l'éthique médicale. Il est essentiel que ce panel ait été confronté à des situations complexes d'incertitude dans le domaine de l'éthique en médecine générale et ne dispose pas uniquement de compétences dans l'enseignement de l'éthique médicale. Ainsi, ont été choisis un médecin généraliste exerçant au Conseil de l'Ordre des médecins depuis plusieurs années, trois médecins généralistes expérimentés ayant une activité d'enseignement à la faculté de médecine de Toulouse et six médecins appartenant à des réseaux de soins dont les problématiques sont fréquemment d'ordre éthique (hospitalisation à domicile, soins palliatifs).

2. Méthode

Le TCS permet d'explorer le raisonnement clinique en situation d'incertitude. Parmi les vingt vignettes rédigées dans le cadre de cette étude, certaines d'entre elles bénéficient d'un cadre juridique. Cependant, du fait de leur fréquente évocation dans la littérature et de la souffrance ressentie par les praticiens qui y sont confrontés, il nous a paru pertinent de les aborder.

2.1 Construction du TCS

Notre TCS est composé de vingt vignettes constituées d'un énoncé décrivant une situation clinique contextualisée, non exceptionnelle, susceptible d'être rencontrée par l'étudiant et le médecin généraliste dans son exercice actuel ou futur. Cette situation doit être problématique, y compris pour un expert dans ce domaine. Il s'agit donc d'une situation complexe, source d'incertitude pour laquelle plusieurs options sont possibles : il n'existe pas une seule bonne réponse au problème posé. Ces situations cliniques ont été rédigées de façon à étudier plusieurs problématiques fréquemment rencontrées en médecine générale, liées à l'éthique clinique : la fin de vie, la vulnérabilité et la relation médecin malade, le secret médical, le refus de soins, l'information du patient, les certificats médicaux et arrêts de travail, les comportements sexuels pathologiques, la grossesse chez l'adolescente, l'exclusion sociale, les soins psychiatriques, la médecine préventive et l'approche interculturelle en médecine.

Les vignettes ont été rédigées par trois rédacteurs à partir d'une revue de la littérature concernant les problématiques éthiques les plus fréquentes en médecine générale après interrogation des bases de données PubMed, Pascal et CISMEF et d'après certains ouvrages (19) (20) (21) (22) (23).

Le principe du TCS repose sur l'analyse de l'effet qu'une nouvelle donnée peut produire sur une des attitudes proposées (60). Après avoir exposé la situation clinique en quelques lignes, trois items sont développés. Chaque item est composé de trois parties. La première partie est une attitude, une décision clinique. La deuxième partie est une nouvelle donnée. L'étudiant ou le médecin généraliste doit alors évaluer sur une échelle de Likert à cinq entrées (troisième partie) si l'attitude est plus ou moins adaptée en fonction de la nouvelle donnée. Nous avons modifié la signification de l'échelle de Likert afin de

l'adapter au domaine de spécialité de notre étude. C'est un jugement qualitatif gradué de -2 « la nouvelle information rend l'attitude initiale totalement inadaptée » à +2 « la nouvelle information rend l'attitude initiale totalement adaptée ». Les valeurs -1 et +1 modèrent cette influence par l'adverbe « plutôt » au lieu de « totalement ». La valeur 0 correspond à « la nouvelle information n'a aucun effet sur l'attitude initiale ». La finalité du TCS n'est pas de choisir une attitude, de prendre une décision médicale. L'étudiant ou le médecin n'est pas interrogé sur ce qu'il ferait dans une situation donnée, dans un contexte précis. Il est interrogé sur l'influence qu'une nouvelle donnée aurait sur l'attitude qu'il pourrait adopter initialement.

Chaque vignette (situation clinique) est composée de trois items. Chaque item est indépendant des autres. Il apparaît dans plusieurs études qu'un nombre de 20 vignettes soit 60 items est nécessaire pour établir la fidélité de l'étude et ainsi obtenir un coefficient α de Cronbach supérieur à 0,70 (57). Le temps de passage d'un test de 60 items est de 60 minutes environ.

Après la rédaction des TCS, les TCS ont été soumis à quelques médecins généralistes et internes afin de s'assurer de la cohérence du test et de la compréhension générale.

Le TCS de l'étude figure en Annexe 2.

2.2 Déroulement du test

Les TCS ont été soumis aux différents groupes de l'étude entre mai et septembre 2013 par courriel.

Les TCS ont été soumis au panel de référence par courriel. Une première page explicative rappelait le principe du TCS, l'indépendance de chaque item par rapport aux autres, la consigne de surligner une seule réponse pour chaque item, la contrainte de temps (temps pour répondre aux tests limité à 60 minutes) et donnait un exemple de TCS. Chaque membre du groupe expert a réalisé le test sans concertation avec les autres membres du groupe (ne connaissant pas l'identité des autres membres). Les réponses aux tests ont été renvoyées par courriel.

Les TCS précédés d'une page explicative ont été envoyés par courriel aux référents des étudiants de DFASM1, DFASM2 et DFASM3 et aux référents des internes. Ces

référents ont transmis le courriel aux étudiants (externes et internes) qui ont renvoyé leurs réponses par courriel.

Les médecins généralistes installés ont été sélectionnés au hasard d'après l'annuaire téléphonique. Leur qualité de médecin généraliste a été vérifiée auprès du site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins (61). Afin d'obtenir leur adresse e-mail, un bref entretien téléphonique a été réalisé lors duquel le sujet de l'étude était évoqué et leur participation à l'étude était demandée. Aucune explication sur les TCS n'était fournie par téléphone afin de ne pas introduire de biais par rapport aux autres groupes. Après obtention de leur accord, le même courriel que celui adressé aux autres groupes leur a été envoyé.

2.3 Etablissement des scores

Les scores sont établis à partir des réponses du groupe expert. Les réponses de chaque membre de ce groupe sont prises en compte. En effet, il n'y a pas qu'une seule option valide dans ces situations complexes pour lesquelles il n'y a pas de consensus. On attribue à chaque item la note maximale de 1. Cette note maximale est attribuée à la réponse la plus choisie par les membres du groupe expert. Les autres choix des membres de ce groupe reçoivent un score pondéré par le nombre de membres ayant choisi cette réponse (62). Pour transformer les scores, tous sont divisés par le nombre de membres qui ont donné la réponse la plus choisie. Par exemple, si 8 experts sur 10 choisissent la réponse -1, le score attribué à cette réponse sera 1, la note maximale. Si 2 experts sur 10 choisissent la réponse -2 dans ce même exemple, le score attribué à cette réponse sera 2/8 soit 0.25. Les scores obtenus à chaque item sont additionnés. Ce score total est divisé par le score maximal pouvant être obtenu (60 dans cette étude) et multiplié par 100 afin d'être exprimé en pourcentage. Le score 0 est attribué aux réponses qui ne sont pas choisies par les experts. L'établissement du score mesure la concordance entre les scripts de l'évalué et ceux du panel d'experts. Il s'agit d'un score par méthode d'agrégation. La correction s'est faite de façon automatique grâce au logiciel de correction du TCS fourni par le Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé de l'Université de Montréal.

2.4 Méthode d'analyse statistique

Pour chacun des groupes, les scores ramenés sur 100 sont exprimés en moyenne +/- Déviation Standard (DS). Les scores moyens de chaque groupe sont comparés grâce à un

test non paramétrique de type Mann Withney Wilcoxon (à partir du logiciel XLStat sur Microsoft Excel) du fait de la taille des échantillons et de l'indépendance des échantillons.

La différence entre les scores moyens de deux groupes est significative si la p value est inférieure à 0.05.

La cohérence interne des questionnaires est évaluée à l'aide du coefficient α de Cronbach.

IV. Résultats

1. Participation des sujets de l'étude

Les TCS ont été envoyés par courriel à 13 médecins du groupe expert. Une relance a été nécessaire pour 6 d'entre eux. 3 médecins n'ont pas répondu, amenant à 10 le nombre de membres du groupe expert.

Les référents de chaque promotion d'externes de l'année universitaire 2012-2013 (DFASM1 de la faculté de Purpan, DFASM1 de la faculté de Rangueil, DFASM2 de la faculté de Purpan, DFASM2 de la faculté de Rangueil, DFASM3 de la faculté de Purpan, DFASM3 de la faculté de Rangueil) ont transmis le courriel contenant les TCS aux étudiants : 248 étudiants en DFASM1, 292 étudiants en DFASM2, 295 étudiants en DFASM3. 24 étudiants au total ont répondu soit un taux de participation de 2,9%. 2 réponses n'ont pas été exploitées du fait de leur caractère incomplet. Les répondants présentent cette répartition :

- 8 étudiants en DFASM1 soit un taux de participation de 3.2% ;
- 8 étudiants en DFASM2 soit un taux de participation de 2.7% ;
- 6 étudiants en DFASM3 soit un taux de participation de 2%.

De façon identique, le référent des internes a adressé le courriel aux 439 internes de médecine générale. 25 internes ont répondu par courriel aux TCS soit un taux de participation de 5.7%.

Parmi les 85 médecins généralistes qui ont été contactés, 34 ont donné leur accord et ont reçu le courriel. 22 médecins généralistes ont répondu mais 1 réponse n'a pas été exploitée du fait de son caractère incomplet (oubli de réponse à 2 items). 21 réponses ont donc été traitées soit un taux de participation de 24% (15 réponses ont été renvoyées par courriel et 6 réponses ont été renvoyées par courrier).

2. Résultats des experts

Le score moyen des experts est de 78.3 sur 100 +/- 8.2 DS. Le score minimal est de 58.6 sur 100 et le score maximal est de 89.5 sur 100. La médiane est de 79.7 sur 100.

Le coefficient α de Cronbach évaluant la validité interne du test est de 0.79.

3. Résultats des externes

Le score moyen des externes toutes années confondues est de 66.6 +/- 10.1 DS. Le score minimal est de 36.1 et le score maximal est 81.1. La médiane est de 68.8.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.81.

4. Résultats des internes

Le score moyen est de 67.2 +/- 10.6 DS. Le score minimal est de 35.1 et le score maximal est de 80.5. La médiane est de 70.2.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.83.

5. Résultats des médecins généralistes

Le score moyen est de 72.4 +/- 7.7 DS. Le score minimal est de 46.7 et le score maximal est de 81.7. La médiane est de 74.1.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.70.

Les moyennes, médianes et valeurs extrêmes de chaque groupe sont représentées dans la figure 1 par des diagrammes en boîte.

La taille de l'intervalle interquartile reflète la dispersion des résultats de chaque groupe. La frontière basse est la valeur minimum dans les données qui est supérieure à la valeur frontière basse (valeur frontière basse = $Q1 - 1,5 * (Q3 - Q1)$). La frontière haute est la valeur maximum dans les données qui est inférieure à la valeur frontière haute (valeur frontière haute = $Q3 + 1,5 * (Q3 - Q1)$).

Les valeurs extrêmes sont les valeurs atypiques au-delà des frontières hautes et basses.

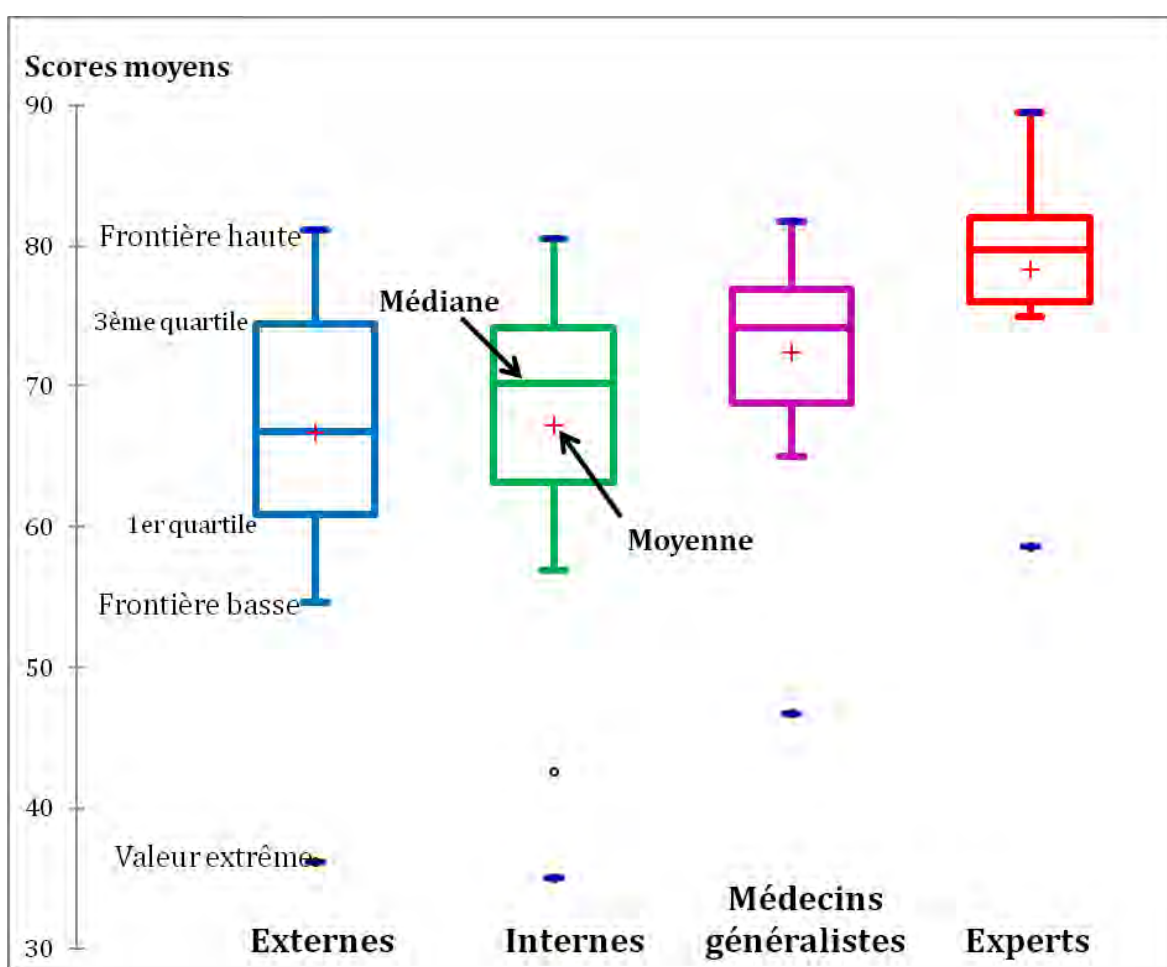


Figure 1 : Représentation de la distribution des scores moyens des externes, internes, médecins généralistes et experts par des diagrammes en boîte

La distribution des scores des répondants de chaque groupe est illustrée dans la figure 2.

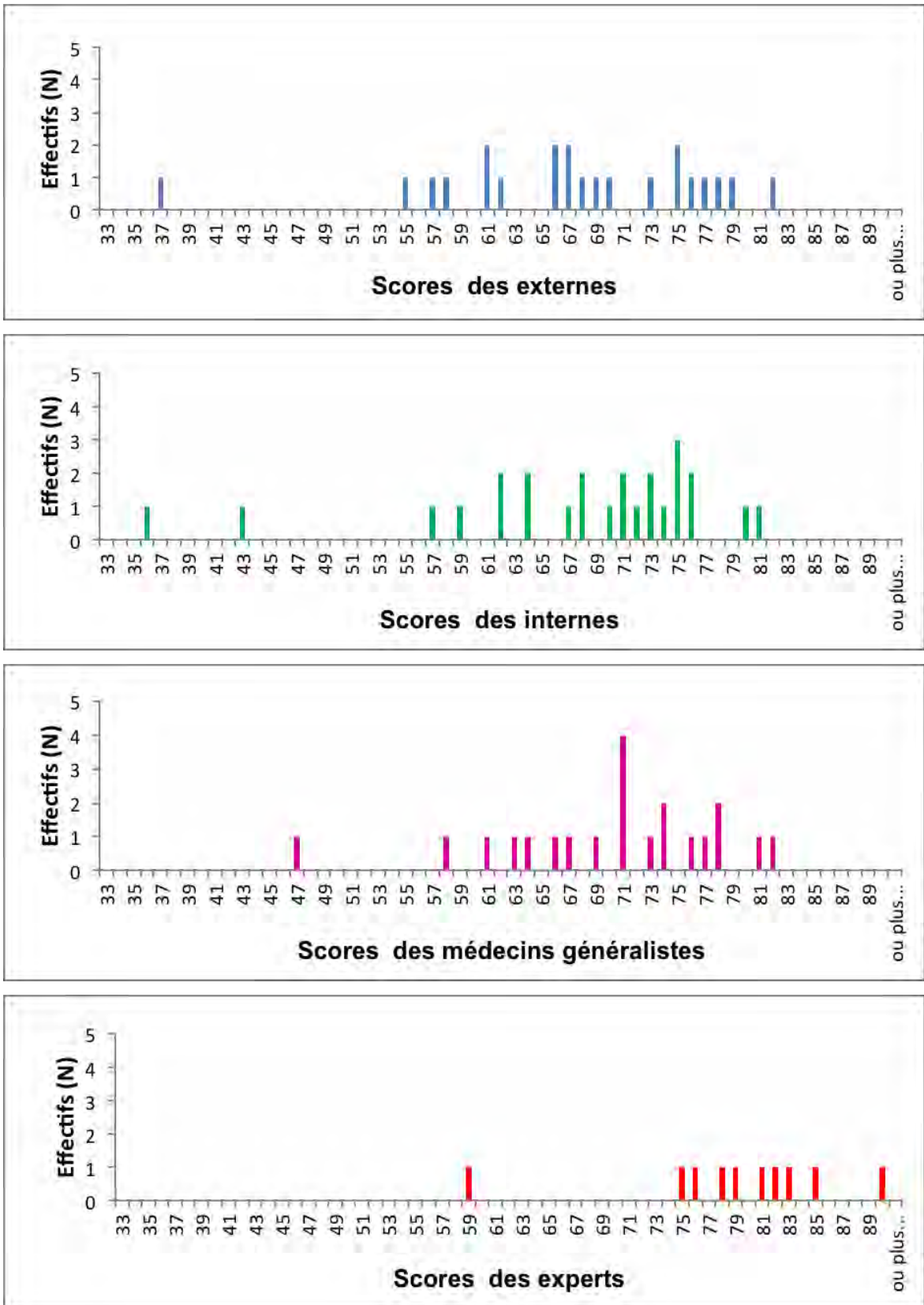


Figure 2 : Distribution des scores des sujets de l'étude par groupe

Ainsi, 1 externe a obtenu un score compris entre 36 et 37 sur 100. 2 externes ont obtenu un score compris entre 60 et 61 sur 100.

6. Résultats des externes par année d'étude

6.1 Résultats des étudiants en DFASM1

Le score moyen est de 65.2 +/- 6.6 DS. Le score minimal est de 54.7 et le score maximal est de 77. La médiane est de 65.4.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.48.

6.2 Résultats des étudiants en DFASM2

Le score moyen est de 67.8 +/- 8.8 DS. Le score minimal est de 56.7 et le score maximal est de 78.2. La médiane est de 69.4.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.78.

6.3 Résultats des étudiants en DFASM3

Le score moyen est de 67.1 +/- 16 DS. Le score minimal est de 36.1 et le score maximal est de 81.5. La médiane est de 71.5.

Le coefficient α de Cronbach est de 0.93.

Les moyennes (représentées par une croix rouge), médianes (représentées par le trait horizontal à l'intérieur de la boîte), valeurs extrêmes, 1^{er} et 3^{ème} quartile de chaque sous population (par année d'étude) sont représentées dans la figure 3.

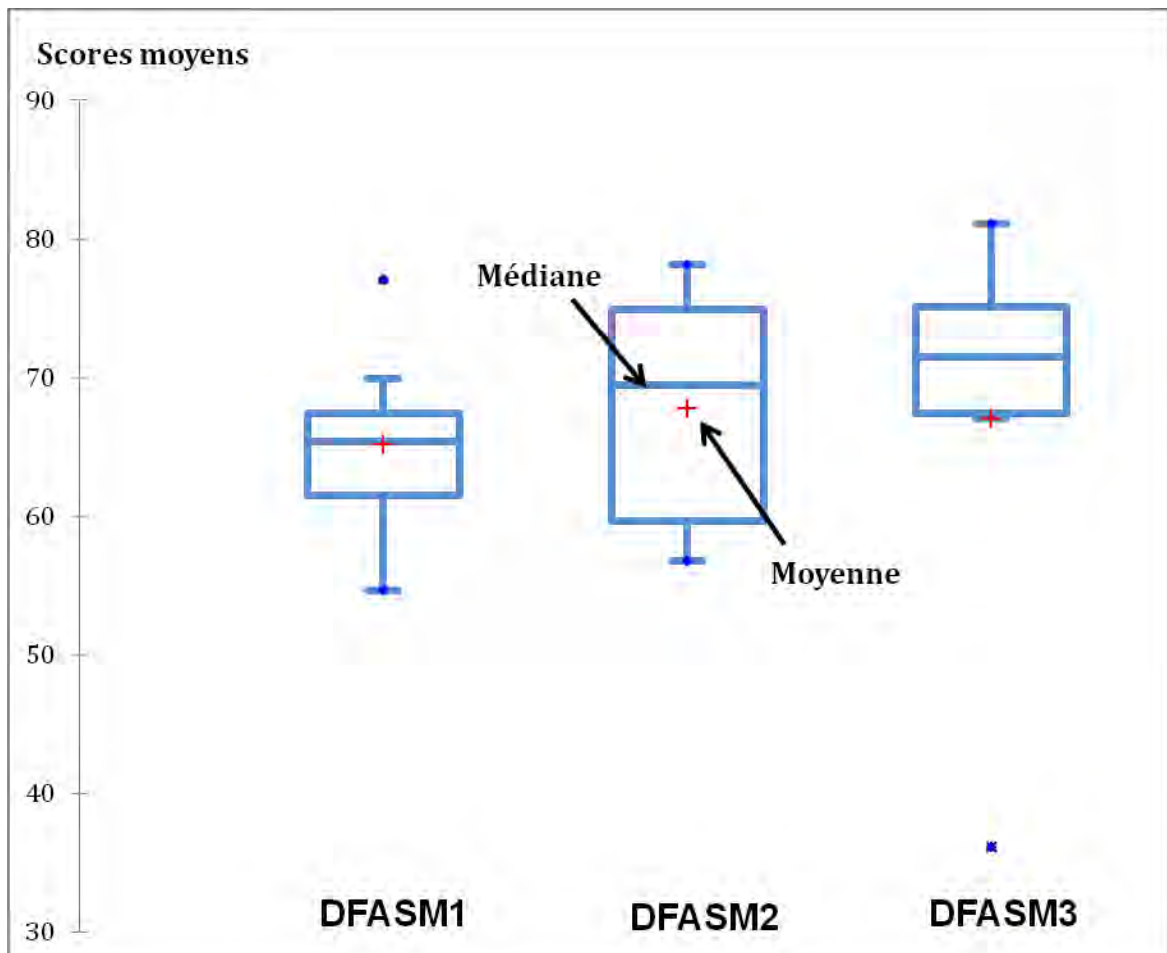


Figure 3 : Représentation de la dispersion des scores des externes par année d'étude par des diagrammes en boîtes

La distribution des scores des répondants de chaque sous groupe d'externes (par année d'étude) est représentée dans la figure 4.

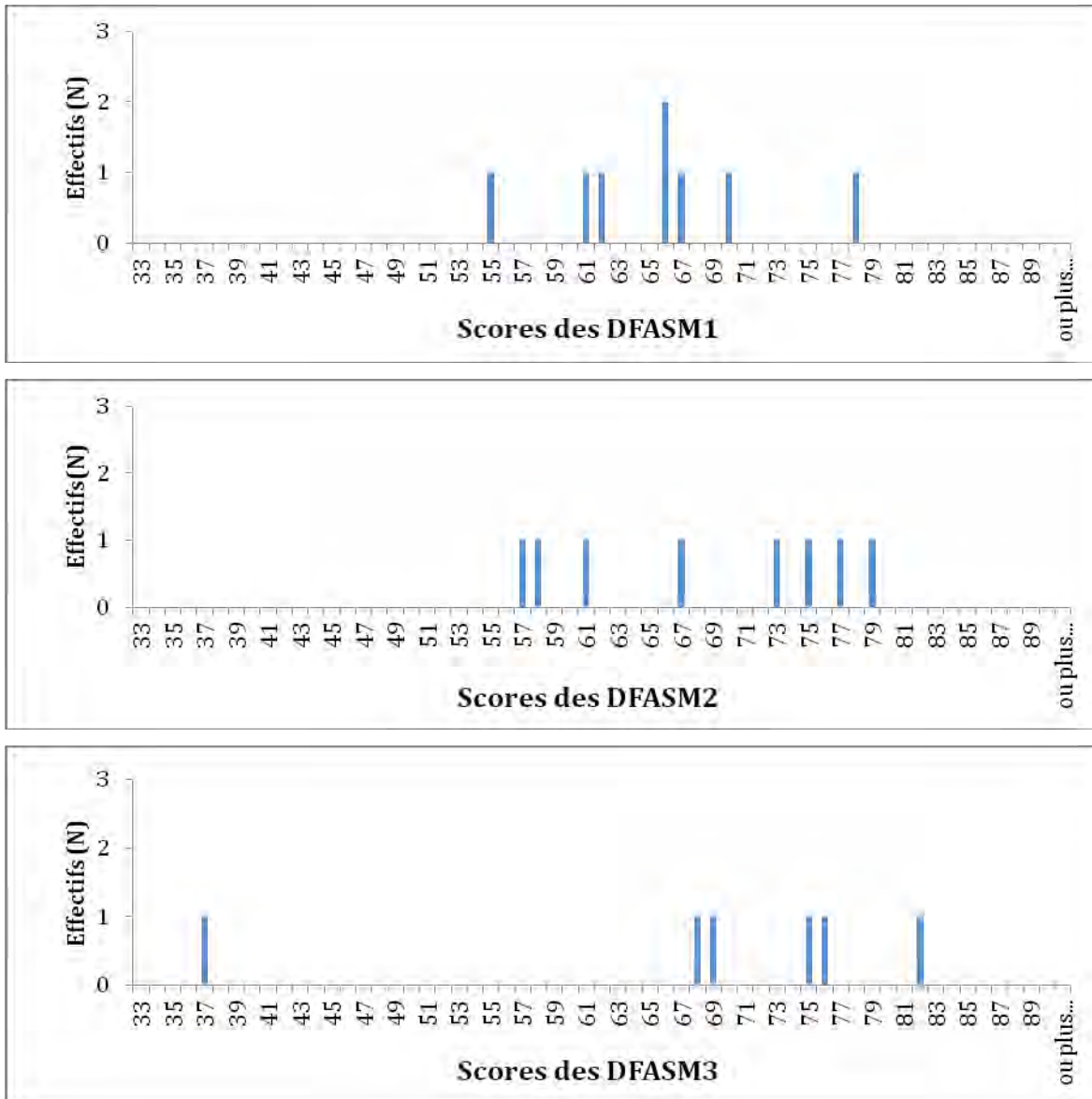


Figure 4 : Distribution des scores des externes par année d'étude

7. Tendance des réponses des groupes d'externes, internes, médecins généralistes et experts

La répartition des réponses sur l'échelle de Likert (exprimées en %) à chaque item en fonction des groupes est indiquée dans les tableaux suivants. Ainsi, 10% des experts ont choisi la réponse -2 à l'item 1A.

Réponses	1A	1B	1C	2A	2B	2C	3A	3B	3C	4A	4B	4C	5A	5B	5C
Experts															
-2	10	10	10	0	0	0	20	50	0	20	40	0	20	40	0
-1	0	40	60	0	0	30	50	10	70	40	20	20	50	20	40
0	40	10	30	80	80	70	10	40	20	40	20	80	30	10	60
1	30	20	0	0	0	0	10	0	10	0	20	0	0	30	0
2	20	20	0	20	20	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Externes															
-2	18,2	18,2	22,7	0	4,5	9,1	77,3	22,7	13,6	27,3	22,7	4,5	31,8	68,3	13,6
-1	50	31,8	63,7	13,6	0	27,3	13,6	40,9	27,3	54,5	40,9	22,8	50	22,7	36,4
0	22,7	45,5	13,6	59,2	72,8	50	0	27,3	59,1	18,2	27,3	63,6	13,7	4,5	45,5
1	9,1	0	0	4,5	0	0	9,1	9,1	0	0	9,1	9,1	4,5	4,5	4,5
2	0	4,5	0	22,7	22,7	13,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internes															
-2	12	36	16	0	0	16	72	28	8	16	32	8	28	48	8
-1	24	24	60	4	0	40	28	60	44	36	52	4	56	36	36
0	52	32	20	72	76	32	0	12	40	40	8	68	8	8	44
1	8	8	4	0	4	12	0	0	8	8	0	16	8	4	12
2	4	0	0	24	20	0	0	0	0	0	8	4	0	4	0
Médecins généralistes															
-2	4,8	4,8	14,2	4,8	9,5	14,2	23,8	23,8	0	0	52,4	4,8	19,1	52,3	0
-1	19	33,3	57,2	14,3	4,8	28,6	51,9	28,6	61,9	19,1	38,1	28,6	66,7	23,8	52,4
0	47,6	52,4	23,8	76,1	76,1	52,4	9,5	38,1	33,3	66,7	9,5	57,1	14,2	19,1	47,6
1	23,8	0	0	0	4,8	4,8	4,8	0	4,8	14,2	0	4,8	0	0	0
2	4,8	9,5	4,8	4,8	4,8	0	0	9,5	0	0	0	4,8	0	4,8	0

Réponses	6A	6B	6C	7A	7B	7C	8A	8B	8C	9A	9B	9C	10A	10B	10C
Experts															
-2	0	0	0	10	20	30	10	10	10	20	30	20	10	10	10
-1	70	40	30	10	50	30	0	20	20	40	50	30	30	40	30
0	30	60	40	70	20	40	80	70	70	30	10	40	50	40	40
1	0	0	20	10	10	0	10	0	0	10	10	10	0	0	0
2	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	20
Externes															
-2	13,6	36,3	9,1	13,6	22,7	59,1	13,6	36,4	27,3	40,9	63,7	31,9	22,7	22,7	0
-1	13,6	27,3	31,8	4,5	27,3	27,3	18,2	9,1	4,5	4,5	22,7	13,6	36,3	50	18,2
0	72,8	27,3	18,2	54,6	45,5	13,6	63,7	50	63,7	45,5	9,1	40,9	31,9	9,1	72,7
1	0	9,1	22,7	18,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,1	0
2	0	0	18,2	9,1	4,5	0	4,5	4,5	4,5	9,1	4,5	13,6	9,1	9,1	9,1
Internes															
-2	16	36	8	8	32	44	4	16	20	0	36	0	16	24	0
-1	32	36	24	4	40	28	24	32	24	24	40	28	44	36	16
0	48	20	20	68	24	28	68	52	52	60	20	56	32	24	72
1	4	8	20	4	0	0	0	0	0	4	0	4	4	12	8
2	0	0	28	16	4	0	4	0	4	12	4	12	4	4	4
Médecins généralistes															
-2	9,5	4,8	0	4,8	9,6	38,1	4,8	14,3	19,1	9,5	9,5	9,5	9,5	14,2	4,8
-1	66,7	33,2	9,5	4,8	42,8	38,1	19	23,8	19,1	19,1	42,8	9,5	28,6	19,1	23,8
0	23,8	52,4	61,9	57,1	42,8	19	71,4	61,9	57	66,6	47,7	76,2	52,4	52,4	57,1
1	0	4,8	19,1	23,8	4,8	0	0	0	4,8	4,8	0	4,8	0	4,8	4,8
2	0	4,8	9,5	9,5	0	4,8	4,8	0	0	0	0	0	9,5	9,5	9,5

Réponses	11A	11B	11C	12A	12B	12C	13A	13B	13C	14A	14B	14C	15A	15B	15C
Experts															
-2	10	10	0	60	0	30	20	50	40	40	10	0	0	10	0
-1	10	0	20	30	20	50	10	40	50	20	20	30	30	60	0
0	40	40	60	10	60	20	60	10	10	40	70	60	60	30	90
1	10	30	10	0	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
2	30	20	10	0	10	0	10	0	0	0	0	0	10	0	10
Externes															
-2	27,3	4,5	4,6	63,6	4,6	59,1	9,1	59,1	86,4	36,4	22,7	0	9,1	4,5	4,5
-1	27,3	0	27,3	22,8	13,6	27,3	9,1	27,3	9,1	18,2	22,7	4,5	18,2	31,9	4,5
0	31,8	31,8	40,9	13,6	63,6	9,1	68,2	13,6	4,5	31,8	50	50	63,7	50	72,8
1	0	13,6	18,1	0	9,1	0	4,5	0	0	4,5	0	9,1	4,5	9,1	13,7
2	13,6	50	9,1	0	9,1	4,5	9,1	0	0	9,1	4,6	36,4	4,5	4,5	4,5
Internes															
-2	12	12	12	52	8	32	8	60	76	16	36	4	4	16	0
-1	20	16	20	32	24	32	0	20	16	40	28	4	32	32	4
0	56	8	52	16	56	32	88	20	8	32	32	48	60	44	76
1	4	32	12	0	8	4	4	0	0	4	0	16	0	4	8
2	8	32	4	0	4	0	0	0	0	8	4	28	4	4	12
Médecins généralistes															
-2	14,2	9,5	14,2	66,7	0	38,1	9,5	80,9	71,4	33,3	23,8	0	0	9,5	4,8
-1	9,6	0	38,1	19,1	19,1	38,1	14,3	19,1	19,1	28,6	28,6	0	52,4	47,6	0
0	28,6	9,5	38,1	14,2	42,7	23,8	61,9	0	9,5	33,3	42,8	57,1	42,8	38,1	85,7
1	33,4	61,9	0	0	19,1	0	0	0	0	4,8	4,8	4,8	0	4,8	0
2	14,2	19,1	9,6	0	19,1	0	14,3	0	0	0	0	38,1	4,8	0	9,5

Réponses	16A	16B	16C	17A	17B	17C	18A	18B	18C	19A	19B	19C	20A	20B	20C
Experts															
-2	20	10	0	0	0	0	0	20	0	20	30	40	10	40	0
-1	20	30	0	0	30	0	30	30	30	50	60	30	10	20	40
0	30	40	50	100	70	90	60	40	70	30	10	10	80	10	30
1	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	20	0
2	20	10	40	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	10	30
Externes															
-2	22,7	9,1	0	4,5	13,6	13,6	0	13,6	4,5	9,1	18,2	40,9	0	59,1	9,1
-1	22,7	27,3	13,6	9,1	22,7	4,5	18,2	18,2	31,9	45,5	54,6	40,9	9,1	22,7	13,6
0	40,9	59,1	36,4	81,9	63,7	77,4	63,6	31,8	50	31,8	18,2	13,6	68,2	13,6	54,6
1	13,7	0	4,5	0	0	0	9,1	4,6	9,1	4,5	4,5	4,6	0	4,6	9,1
2	0	4,5	45,5	4,5	0	4,5	9,1	31,8	4,5	9,1	4,5	0	22,7	0	13,6
Internes															
-2	20	16	0	8	24	4	8	20	4	4	20	44	0	20	0
-1	24	36	0	4	40	8	28	16	36	24	60	36	8	48	8
0	32	44	36	76	36	84	48	48	48	56	20	16	76	16	52
1	12	4	4	8	0	0	0	12	4	0	0	0	0	4	8
2	12	0	60	4	0	4	16	4	8	16	0	4	16	12	32
Médecins généralistes															
-2	14,3	0	0	0	9,5	0	4,8	23,8	9,5	4,8	9,5	47,6	4,8	23,8	0
-1	33,4	47,7	0	0	33,4	4,8	47,6	14,2	38,1	33,3	57,1	33,3	0	14,3	23,8
0	42,8	33,3	57,1	71,4	38,1	90,4	42,8	28,6	47,6	52,4	23,8	9,5	85,7	52,4	57,1
1	0	9,5	4,8	9,5	9,5	0	0	28,6	4,8	9,5	4,8	4,8	0	9,5	4,8
2	9,5	9,5	38,1	19,1	9,5	4,8	4,8	4,8	0	0	4,8	4,8	9,5	0	14,3

8. Résultats des tests de comparaison des scores moyens des populations et des sous populations

8.1 Comparaison des scores moyens des externes et des internes

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	259,000
Espérance	275,000
Variance (U)	2200,000
p-value (bilatérale)	0,741
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 74,1%.

La différence entre les scores moyens des externes et ceux des internes n'est pas significative.

8.2 Comparaison des scores moyens des externes et des médecins généralistes

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	147,000
Espérance	231,000
Variance (U)	1694,000
p-value (bilatérale)	0,042
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha = 0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 4,2%.

La différence entre les scores moyens des externes et des médecins généralistes est significative.

8.3 Comparaison des scores moyens des internes et des médecins généralistes

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	172,000
Espérance	262,500
Variance (U)	2056,250
p-value (bilatérale)	0,047
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha = 0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 4,7%.

La différence entre les scores moyens des internes et des médecins généralistes est donc significative.

8.4 Comparaison des scores moyens des externes et des experts

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	31,000
Espérance	110,000
Variance (U)	605,000
p-value (bilatérale)	0,001
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha = 0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0,1%.

La différence entre les scores moyens des externes et des experts est significative.

8.5 Comparaison des scores moyens des internes et des experts

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	32,000
Espérance	125,000
Variance (U)	750,000
p-value (bilatérale)	0,001
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H₀ : La différence de position des échantillons est égale à 0.

H_a : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha = 0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H₀, et retenir l'hypothèse alternative H_a.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H₀ alors qu'elle est vraie est inférieur à 0,1%.

La différence entre les scores moyens des internes et des experts est significative.

8.6 Comparaison des scores moyens des médecins généralistes et des experts

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	46,000
Espérance	105,000
Variance (U)	560,000
p-value (bilatérale)	0,013
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha = 0,05$, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 1,3%.

La différence entre les scores des médecins généralistes et des experts est significative.

8.7 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM1 et en DFASM2

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	27,000
Espérance	32,000
Variance (U)	90,667
p-value (bilatérale)	0,637
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 63,7%.

La différence entre les scores moyens des DFASM1 et des DFASM2 n'est pas significative.

8.8 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM1 et en DFASM3

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	14,000
Espérance	24,000
Variance (U)	60,000
p-value (bilatérale)	0,220
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

Ha : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 22,00%.

La différence entre les scores moyens des DFASM1 et des DFASM3 n'est pas significative.

8.9 Comparaison des scores moyens des étudiants en DFASM2 et en DFASM3

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	21,000
Espérance	24,000
Variance (U)	60,000
p-value (bilatérale)	0,747
Alpha	0,05

Une approximation a été utilisée pour calculer la p-value.

Interprétation du test :

H_0 : La différence de position des échantillons est égale à 0.

H_a : La différence de position des échantillons est différente de 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H_0 .

Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H_0 alors qu'elle est vraie est de 74,7%.

La différence entre les scores moyens des DFASM2 et des DFASM3 n'est pas significative.

IV. Discussion

1. Discussion méthodologique

1.1 Biais de l'étude

1.1.1 Biais de sélection

La réponse au questionnaire s'est faite sur la base du volontariat. Le sujet sur lequel portait l'étude soit les problèmes éthiques en médecine générale était expliqué dans l'e-mail envoyé à chaque étudiant et médecin. Ainsi, les étudiants et les médecins qui ont répondu au questionnaire ont peut-être une sensibilité éthique plus développée ou un intérêt plus marqué pour ce domaine. Leurs réponses ne sont donc peut-être pas représentatives de leur groupe respectif. Il s'agit d'une critique susceptible d'être formulée à l'encontre de toute enquête basée sur le volontariat.

1.1.2 Puissance de l'étude

La taille des échantillons de chaque population est petite, remettant en question la représentativité des échantillons vis-à-vis de leur population respective. La sélection au hasard des médecins généralistes et la sélection basée sur le volontariat des externes et internes permettent cependant de pondérer cette remarque. Des interrogations se posent quant au faible taux de participation. Les étudiants et les médecins généralistes n'ont peut-être pas un intérêt marqué pour l'éthique clinique. Le test a pu leur paraître trop long. Le temps est un facteur limitant essentiel puisque la majorité des médecins généralistes contactés ont refusé de participer à l'étude par manque de temps.

1.1.3 Biais de recueil d'information

L'envoi des TCS et le recueil des réponses ont été faits par courriel. Nous n'avons pas l'assurance que les tests aient été réalisés seuls. Nous ne pouvons donc écarter un possible biais de contamination.

Le facteur temps est un paramètre que nous n'avons pas pu contrôler. Il était bien précisé en première page du test remis aux différents groupes de l'étude, que le temps de réponse était limité à 60 minutes. D'un point de vue technique, il n'a pas été possible de mettre en place un chronomètre ou un compte à rebours comme ce fut le cas dans d'autres

études ayant utilisé internet pour le passage des TCS (63). Ce facteur temps doit être pris en compte puisqu'il est important que les sujets de l'étude répondent rapidement en moins d'une minute par item.

Enfin, nous ne pouvons nous assurer de la compréhension générale du principe des TCS des sujets de l'étude. Il est recommandé d'apporter une information orale, un échange de vues avant le passage du TCS afin que les répondants puissent se familiariser avec ce type de test (57), ce qui n'a pu être réalisé du fait du choix de l'utilisation du courriel. Une page d'explication précédait les TCS afin de pallier cet écueil.

1.2 Analyse du TCS de l'étude

1.2.1 Choix des problèmes éthiques traités

Le TCS peut apparaître comme n'étant pas l'outil le plus approprié dans l'évaluation du raisonnement éthique concernant certaines vignettes pour lesquelles le droit apporte une réponse, anéantissant de prime abord l'incertitude clinique.

C'est le cas pour les vignettes n° 2, 8, 10, 11, 13 et 17. Le TCS n'est pas conçu pour ce type de situation. Cependant, il paraissait intéressant d'aborder ces problèmes éthiques du fait de leur fréquente évocation dans la littérature et de par le malaise, l'angoisse, la souffrance que les médecins verbalisent lorsqu'ils y sont confrontés. Selon P. LE COZ, les émotions, les réactions affectives dévoilent l'attachement aux principes, aux valeurs (64). L'émotion est une condition qui n'est pas suffisante mais nécessaire à l'éthique. L'angoisse se présente comme un signe d'alarme d'un conflit de valeurs.

Une forme d'incertitude procède de la confrontation entre les systèmes de valeurs du médecin et du patient dans certaines vignettes. La visée éthique étant d'aboutir à une décision partagée par les acteurs en présence, les systèmes de valeurs opposés mettent en péril la relation médecin-malade. L'incertitude réside alors dans la capacité du médecin à maintenir le pacte de soins afin que le patient ne cesse pas d'être acteur dans sa prise en charge et adhère au projet de soins.

A travers ces TCS, il n'y a donc pas de remise en question du droit, les textes de loi devant être respectés sans exception. Dans la hiérarchie des valeurs qui s'opère face à un problème de nature éthique, le droit tient une place supérieure. Il n'y a pas de discussion concernant l'aspect juridique ou déontologique sous tendu dans certaines situations

cliniques, seul l'aspect éthique est étudié. Le principe du TCS de notre étude n'est pas de porter un jugement de valeurs sur une attitude proposée initialement. Il s'agit d'évaluer l'influence qu'aura une nouvelle information (un seul facteur) sur l'attitude initiale. Ainsi, estimer qu'une information rend l'attitude initiale inadaptée n'implique pas d'adopter l'attitude inverse. Le TCS expose une situation clinique brève, avec plusieurs données manquantes. On ne peut donc pas conclure quant à l'attitude que choisiront les sujets de l'étude. Ce n'est pas la finalité du TCS. **C'est bien le raisonnement qui est étudié et non la décision clinique représentant l'aboutissement final de la réflexion.**

Ainsi, ces vignettes cliniques s'appuyant sur la réalité pratique de la médecine générale ou sur des problèmes éthiques emblématiques ne s'opposent pas à la loi mais mettent en avant la prise en compte de multiples facteurs et reflètent les difficultés ressenties par les praticiens. L'interrogation préexistante à la rédaction de ces vignettes était la suivante : l'expérience modifie-t-elle la hiérarchisation de ces valeurs ? *A posteriori*, le TCS ne permet pas totalement d'y répondre, n'apportant pas de précision sur l'ensemble des éléments qui interviennent dans le raisonnement. Une seconde interrogation découle de la première : l'expérience permet-elle d'adoucir la souffrance ressentie face à certains problèmes éthiques ? Aucun élément de réponse ne saurait être avancé d'après cette étude, tel n'était pas son but mais ces sentiments d'angoisse et de souffrance ressentis dans certaines situations semblent s'adoucir avec l'expérience puisque le raisonnement se systématisait avec l'expérience.

A travers le choix des vignettes pour lesquelles le droit apporte une réponse, la réflexion s'est organisée autour d'une différenciation entre l'éthique et le droit au niveau du raisonnement clinique et non au niveau de la décision clinique puisque si un texte de loi encadre une situation clinique précise, le caractère éthique de la décision clinique se confondra avec la réponse juridique. **Cette distinction entre l'intention reflétant le raisonnement et l'action consécutive à la décision est essentielle.** Il existe un écart entre ce qu'un étudiant ou un médecin voudrait faire, estimerait être la meilleure attitude et ce qu'il ferait réellement face aux responsabilités qui sont les siennes. L'intention est marquée par les idéaux et est sous-tendue par des aspects affectifs alors que l'action renvoie à la mise en œuvre des idéaux, des principes et des aspects cognitifs. L'intention, le discours ne précèdent pas toujours l'action. J. HABERMAS reconnaît que l'intention et l'action ne se confondent pas systématiquement et établit une relation entre le jugement moral issu du raisonnement et l'action morale par le biais des aspects psychodynamiques (32).

La pression de l'organisation sociale légitime et factuellement reconnue freine l'autodétermination du comportement, de l'action. Ainsi, le sujet ayant un certain niveau de jugement moral n'adoptera pas nécessairement le comportement en adéquation avec son raisonnement préexistant si la pression sociale ou l'autorité professionnelle à laquelle il est soumis se montre opposée à cette attitude.

Selon M. GRASSIN et F. POCHARD, cette tension entre un savoir-agir ou un savoir-être idéal et la pratique réelle vécue interroge quant au sens de l'action et de la décision (65). Les aspects transgressifs sous tendus dans ces vignettes n'amènent pas à une négation de la loi mais poussent à une réflexion, à une prise en compte de tous les paramètres intervenant dans le raisonnement. Aborder ces problèmes éthiques par le biais de la transgression conduit à une recherche de sens afin d'apaiser l'angoisse et la souffrance issues de ces problèmes éthiques. Ce n'est qu'au niveau du raisonnement clinique que cette dialectique entre l'éthique et le droit s'opère et non au niveau de la décision clinique.

Certains problèmes éthiques trouvant une réponse légale sont abordés dans d'autres méthodes d'évaluation du raisonnement éthique. L'euthanasie est ainsi fréquemment retrouvée dans des situations cliniques développées dans le MJI (33), le DIT (34), le test de Lind (35), le Ethics and Health Care Survey Instrument (43), l'Examen Clinique Objectif Structuré élaboré au Canada (46). De plus, il est possible que le travail de réflexion autour de cette question se poursuive suite aux propositions émises par la commission de réflexion sur la fin de vie en France présidée par le Pr SICARD (66).

1.2.2 Qualités psychométriques du TCS

Le test présente une fiabilité satisfaisante puisque que le coefficient α de Cronbach est de 0.70 dans le groupe des médecins généralistes, 0.81 dans le groupe des externes et 0.83 dans le groupe des internes. Une fiabilité satisfaisante est définie par un coefficient α de Cronbach supérieur à 0.70 (57).

Il existe une différence significative selon le test de Mann Withney Wilcoxon entre les scores moyens des externes et ceux des médecins généralistes, entre les scores moyens des internes et des médecins généralistes et entre les scores moyens des médecins généralistes et ceux des experts. Les scores moyens des experts sont supérieurs aux scores moyens des médecins généralistes qui eux-mêmes sont supérieurs aux scores moyens des

internes et des externes. Le TCS de notre étude est donc valide puisque les scores sont plus élevés chez les médecins expérimentés (67).

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les scores moyens des externes et ceux des internes. On peut considérer que l'internat permet d'acquérir des connaissances techniques et non une amélioration du raisonnement éthique. Ce résultat s'accorde avec l'étude mesurant la sensibilité éthique par le Problem Identification Test et l'étude évaluant le raisonnement éthique à l'aide de vignettes évoquées en deuxième partie. Les scores des étudiants et des médecins généralistes sont assez proches alors que nous pouvions attendre des différences plus marquées.

L'analyse statistique des scores moyens des DFSAM1, DFASM2 et DFASM3 ne révèle pas de différence significative entre ces sous groupes. Il n'est donc pas possible d'en déduire une progression du raisonnement éthique en fonction des années d'études ou au contraire que le raisonnement éthique des étudiants en DFASM1 serait plus abouti que celui des étudiants en DFASM3. La majorité des études évoquées en deuxième partie mettait en valeur une sensibilité éthique des étudiants en 3^{ème} et 4^{ème} années supérieure à celle des étudiants de niveaux plus élevés, concluant à une perte de sensibilité éthique en parallèle à l'acquisition de connaissances techniques. Il aurait été intéressant d'avoir des échantillons plus importants afin de vérifier si la transposition de cette constatation sur le raisonnement éthique était valide. La sensibilité éthique diffère du raisonnement éthique.

La sensibilité éthique fait appel aux sphères affectives, prenant source dans le vécu de chacun afin de repérer les situations nécessitant une réflexion éthique. Elle est pré-réflexive et ne permet pas d'aboutir à une décision. La sensibilité éthique est indispensable à l'acquisition d'une compétence éthique et donc au développement du raisonnement éthique mais n'est pas suffisante à l'élaboration d'un raisonnement éthique construit. Le raisonnement éthique s'appuie sur la sensibilité éthique mais il trouve son essence dans la sphère cognitive. Au cours de leurs premières années d'étude, les étudiants n'ont pas encore acquis les bases fondamentales de l'éthique médicale. Ils adoptent une approche idéaliste et idéalisée de la relation de soins et du rôle du médecin dans sa fonction apostolique selon M. BALINT. Les problèmes éthiques tels qu'ils sont présentés dans ces études sont alors appréhendés par les étudiants à travers le filtre de leurs expériences vécues, leur éducation, leurs représentations sociales, leurs environnements social et culturel, quelques heures d'enseignement théorique et non par le biais d'une identité professionnelle structurée intégrant la réalité de la pratique clinique. L'approche éthique

est alors théorique et non clinique et reflète leur sensibilité éthique et non un raisonnement éthique construit.

De plus, certaines de ces études utilisent des tests qui ne sont pas spécifiques au champ médical (MJI, DIT, test de Lind). On peut donc s'interroger sur la corrélation entre le raisonnement moral évalué par ces tests et le raisonnement éthique appliqué à la clinique. La critique principale émise sur ces tests fondés sur la théorie des stades de jugement moral de L. KOHLBERG était qu'il existait une hiérarchie de valeurs en faveur du principe de justice, aboutissant à un certain parti pris (34).

Les TCS répondent à des règles de construction. Afin d'évaluer au mieux le raisonnement clinique, il est recommandé d'éviter de proposer la même attitude dans deux items qui se suivent (53). Les sujets de l'étude pourraient penser que les nouvelles informations sont cumulatives. Il n'a pas toujours été possible d'éviter cette répétition (vignette n°2, n°9 et n°14). Il était cependant précisé dans la première page explicative que les items étaient indépendants les uns des autres et qu'il ne s'agissait pas d'une suite chronologique. Une séance interactive avec les sujets de l'étude est recommandée afin qu'ils puissent se familiariser avec les particularités de ce test (57).

1.2.3 Pertinence de la constitution du groupe expert

Cette étude interroge quant à la définition et la constitution du groupe expert, groupe « clé » des TCS. En effet, le groupe expert constitue la référence, il détient le savoir propre à un domaine exploré. Ses réponses conditionnent donc la crédibilité, la fiabilité de l'étude. Un groupe expert mal constitué invalide l'étude. Le choix du groupe expert peut être aisé dans la plupart des spécialités médicales : cardiologie, réanimation... Il s'agit alors de repérer les praticiens reconnus pour leur compétence dans cette spécialité. La constitution du groupe expert est donc rarement remise en cause.

Dans notre étude traitant de l'éthique clinique en médecine générale, ce choix peut donner lieu à discussion : qu'est-ce qu'un expert en éthique clinique en médecine générale ? S'agit-il d'un praticien ayant une compétence ou un diplôme d'éthique médicale mais n'exerçant pas la médecine générale ? Les connaissances issues de l'apprentissage théorique de l'éthique médicale sont essentielles et sont une base importante à partir de laquelle tout médecin peut approfondir sa réflexion personnelle et s'interroger sur sa

pratique. Cependant, elles n'apportent pas à notre sens, la compétence nécessaire pour résoudre des problèmes éthiques en médecine générale. Un médecin n'exerçant pas la médecine générale ne serait pas confronté aux problèmes éthiques quotidiennement soulevés. Il ne connaîtrait pas les contraintes et subtilités de cet exercice. Ainsi, il ne serait sans doute pas le plus à même de faire face à des situations qu'il n'aurait jamais rencontrées. On peut également s'interroger sur la place de l'éthicien clinique dans ce groupe. Il s'agit d'un « expert qui offre un avis ou fait une recommandation, dans des cas particuliers qui soulèvent des problèmes éthiques », fréquemment un philosophe ou un théologien. Cette approche de l'éthique clinique est communément répandue dans le modèle nord-américain. Selon C. HERVE, la qualification d'éthicien pose une question philosophique : l'éthicien peut-il avoir conscience des fondements de l'ordre éthique qu'il instaure ? Son rôle ne se limite-t-il pas à une fonction de technicien permettant d'éviter des conflits ? (68) Les comités d'éthique actuels privilégient actuellement la pluridisciplinarité et non les spécialistes en éthique.

Le test de concordance de script impose une certaine exigence : les situations cliniques doivent être représentatives de la pratique courante et le groupe expert l'est car il est habitué à être confronté à ces problèmes cliniques et sait les résoudre. Ces sujets appartenant au groupe expert ne peuvent donc pas exercer une autre spécialité que la médecine générale et ils ne peuvent avoir uniquement une compétence en éthique médicale. Il était nécessaire de faire appel à des médecins généralistes ayant une compétence éthique.

Les critères de la compétence éthique ne sont pas aisés à définir. Selon M. PATENAUDE et *Al.*, il ne s'agit pas d'établir un catalogue de bonnes conduites mais d'identifier les trois composantes essentielles qui permettent de définir l'éthique comme une compétence (69) :

- L'action en elle-même comporte une habileté d'identification du problème éthique. Cette identification nécessite la connaissance des fondements philosophiques, littéraires de l'éthique et de la morale. La délibération par l'exposition d'arguments reflétant le raisonnement, la critique des divers jugements moraux puis la décision reposant sur le caractère raisonnable des arguments retenus constituent les autres composantes de l'action ;

➤ La sensibilité éthique correspond à une aptitude personnelle à percevoir les conflits de valeurs dans une situation donnée, faisant référence aux croyances, attitudes et valeurs ;

➤ L'environnement professionnel est constitué par l'enseignement d'un programme précis, la déontologie mais également un apprentissage élaboré au contact des agissements des praticiens, des pairs, des étudiants, basé sur la force de l'exemple : il s'agit du « curriculum caché » selon HAFFERTY *et Al* (70).

Ainsi, la compétence éthique peut être définie comme un ensemble dynamique de connaissances, habiletés, sensibilités et de comportements intériorisés, jugés adéquats.

Pour constituer le groupe expert, six médecins généralistes appartenant à des réseaux de soins palliatifs et d'HAD ont été choisis. Le principe même du réseau de soins part d'une démarche éthique : replacer le patient et ses besoins au centre du système de soin, loin des cloisonnements induits par tout système de santé. Ces médecins sont confrontés à des problèmes éthiques ayant trait à la fin de vie, la vieillesse et les personnes vulnérables en général. Ils sont exposés à ces types de situation de manière récurrente du fait de leur appartenance à ces réseaux et développent en fonction de leur formation particulière et leur expérience, une compétence propre. La pratique dans le cadre d'un réseau permet également une discussion, des échanges avec les différents intervenants du réseau (infirmiers, psychologues...) enrichissant la réflexion personnelle, structurant le raisonnement éthique et permettant de mieux identifier les problèmes éthiques rencontrés.

Le panel d'experts est également composé de trois médecins généralistes enseignants. Les médecins généralistes enseignants en médecine générale conservent leur activité libérale et exercent une activité d'enseignement. Celle-ci comprend un volet de recherche en médecine générale et un volet d'enseignement favorisant l'échange avec les étudiants. Ces échanges sont fructueux notamment, durant les ateliers d'échange de pratique lors desquels les internes exposent une situation clinique problématique à laquelle ils ont été confrontés lors d'un stage. Le médecin enseignant encadre les débats et aide les internes à formuler les différents questionnements et des éléments de réponse. Ces séances sont souvent l'occasion de partager des dilemmes éthiques.

Le rôle du médecin généraliste enseignant est donc important dans le développement du raisonnement éthique des étudiants. Une étude a révélé que les scores obtenus par les étudiants dont les enseignants sont membres du panel d'experts ont de

meilleurs résultats qu'avec un panel d'experts n'intégrant pas d'enseignants (59). Cependant, dans notre étude, cet effet est limité du fait de la pluralité des profils des médecins constituant le panel d'experts. De plus, les médecins généralistes ayant une activité d'enseignement n'enseignent pas directement l'éthique médicale aux étudiants. Il y a donc lieu de penser que cette activité d'enseignement n'a pas d'influence sur les réponses des étudiants.

Les médecins généralistes appartenant au Conseil de l'Ordre des Médecins ont de fait une approche déontologique et éthique justifiant leur place dans le groupe expert. Un médecin généraliste membre du Conseil de l'Ordre des Médecins fait partie du panel d'experts. Le rôle du Conseil de l'Ordre est de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » selon l'article L. 4121-2 du Code de la Santé Publique (71). Les médecins membres du Conseil de l'Ordre des médecins sont confrontés aux interrogations éthiques et déontologiques que se posent les médecins et adoptent un rôle de conseiller et d'aide à la résolution de ces problèmes d'ordre éthique.

1.2.4 Répartition des réponses

Les réponses des experts à chaque item sont parfois dispersées de façon importante. C'est le cas d'après le logiciel de correction des TCS pour les items : 1A, 1B, 3A, 4B, 5B, 6C, 10A, 10B, 10C, 11A, 11B, 13A, 16A, 16B, 18B, 19C, 20B, 20C. Cette variance élevée rend ces items moins discriminants. Ils devraient donc être retravaillés et reformulés.

Certains items présentent au contraire une variance basse parmi les réponses des experts : items 1C, 2C, 3C, 4C, 5C, 6A, 6B, 8B, 8C, 13A, 13B, 15B, 15C, 17A, 17B, 17C, 18C, 19B, 20A.

Il a été démontré que le caractère discriminant d'un item était apporté par une variabilité modérée des réponses du panel d'experts (72). Si tous les membres du panel d'experts donnent la même réponse, il est conseillé de ne pas systématiquement éliminer ce type de question mais de ne pas les multiplier (57). C'est le cas dans notre TCS concernant l'item 7A.

D'après le logiciel de correction des TCS, les variances des réponses des internes et des externes sont plus importantes que celles des experts et des médecins généralistes, révélant la pluralité et l'hétérogénéité des réponses à chaque item des externes et des internes.

Il est intéressant de constater que la dispersion des scores des experts est moins importante que parmi les groupes d'externes et internes comme en témoignent l'écart type (ou Déviation Standard) des scores moyens de chaque groupe ainsi que l'écart interquartile des scores moyens de chaque groupe visualisé par les diagrammes en boîtes (Figure 1). Les diagrammes en boîtes reflètent de façon plus fidèle la dispersion des scores en représentant l'écart interquartile et la médiane. Le couple moyenne-écart type a l'inconvénient d'associer deux paramètres sensibles aux valeurs extrêmes. Cet écueil est particulièrement visible sur le diagramme en boîte représentant les résultats des étudiants en DFASM3 apparaissant en figure 3. Le rectangle représentant l'espace interquartile des résultats des étudiants en DFASM3 est de plus petite taille que celui des autres groupes d'externes. La dispersion globale des scores des étudiants en DFASM3 représentée par l'écart entre la frontière haute et basse est plus faible que celle des autres groupes d'externes. Pourtant, l'écart type ou déviation standard est plus élevé que celui des autres groupes d'externes à cause d'une valeur extrême très basse.

Les réponses -1, -2 et 0 sont prédominantes. Ce déséquilibre n'est pas souhaitable selon la grille de contrôle de la qualité des TCS (73).

2. Applications possibles du TCS de l'étude

2.1 Evaluation du raisonnement éthique des étudiants

Nous avons démontré par cette étude que le TCS était un outil valide dans l'étude du raisonnement éthique en médecine générale : il existe bien une progression des résultats selon le niveau d'étude, un rapprochement vis-à-vis des réponses du groupe expert entre les externes, internes et médecins généralistes installés. Cette validité du TCS n'est donc pas remise en question. Les TCS exposent des situations cliniques succinctes contextualisées mais qui ne peuvent pas détailler tous les déterminants du raisonnement éthique et de la décision médicale en général. Le TCS permet d'évaluer l'influence d'un seul facteur sur une attitude proposée initialement. Il ne s'agit pas pour les répondants de choisir une attitude mais d'évaluer par un jugement de valeur l'impact qu'un facteur a sur la décision initiale dans le cadre de cette étude.

Selon G. LLORCA (74), la décision médicale est influencée par :

- la situation elle-même : sa gravité, son degré d'urgence, sa fréquence, ses objectifs thérapeutiques ;
- des facteurs indispensables : scientifiques (niveaux de preuve), légal et administratif, économique, psychologique, socioculturel, religieux et politique, exigences éthiques ;
- les acteurs : les soignants, le soigné, la collectivité.

Une décision médicale juste intègre tous ces facteurs.

Le TCS de l'étude ne permet pas d'étudier en même temps l'influence de tous ces facteurs ni même la décision clinique mais il permet d'évaluer de façon globale le raisonnement éthique à travers les 60 items. Cette évaluation du raisonnement éthique est particulièrement intéressante. Une décision peut paraître éthique alors qu'elle résulte d'un raisonnement qui ne l'est pas. BEAUCHAMP et CHILDRESS ont observé que les experts ne peuvent pas être différenciés des novices quand ils sont jugés seulement sur la justesse de leur décision éthique (44). **Il est donc important d'insister sur les raisons et les justifications d'une décision éthique et d'évaluer le raisonnement éthique.**

Le TCS au regard de son caractère reproductible, de sa faisabilité et de sa correction rapide et standardisée permettrait d'évaluer un grand nombre d'étudiants. Concernant les résultats des externes, il existe une disparité des scores moyens. On note que quatre étudiants ont un score inférieur à 60 sur 100. Le TCS pourrait permettre de repérer les étudiants qui présentent des difficultés au niveau du raisonnement éthique. Secondairement, il serait intéressant de cibler une intervention pédagogique concernant l'apprentissage du raisonnement éthique vers ces étudiants. Le raisonnement clinique en lui-même est difficile à enseigner. Le raisonnement clinique associe un raisonnement analytique et un raisonnement non analytique (analogique). Les nombreuses études portant sur la validité des TCS dans plusieurs spécialités cliniques démontrent que le raisonnement clinique progresse avec l'expérience puisque les résultats des médecins expérimentés sont toujours plus proches des experts que les résultats des étudiants. Comment, dans ce cas, améliorer le raisonnement clinique des étudiants ? Peut-on enseigner le raisonnement éthique ? Plusieurs modèles de raisonnement éthique décrits dans la littérature tels qu'évoqués précédemment permettent de le penser. Nous essaierons de réfléchir aux outils pédagogiques utiles à cette fin.

2.2 Support pédagogique dans une dynamique dialogique

Le TCS pourrait être un outil pédagogique, utile dans la formation à l'éthique médicale des étudiants (externes et internes). La réflexion à partir de cas concrets est recommandée par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), dans le cadre de l'enseignement de l'éthique (75).

Cependant, un effet pervers pourrait apparaître : les étudiants sont en quête de réponse unique à un problème posé et la préparation à l'Examen National Classant incite à ce type de démarche et de raisonnement. Les TCS entrent dans une approche casuistique c'est-à-dire une réflexion éthique à partir de situations cliniques précises. Ils pourraient favoriser une approche paradigmatique. Il serait tentant pour les étudiants de faire des rapprochements entre ces cas et des situations cliniques réelles et de dégager une conduite type à tenir, en fonction de la situation rencontrée, en minimisant la réflexion. Ce même problème s'est posé à la fin des années 1970 à l'Université de Chicago. A. JONSEN et S. TOULMIN ont cherché à développer ce type d'approche de l'éthique médicale en s'inspirant du fonctionnement jurisprudentiel du droit (76). Il faut donc insister sur le fait que les situations cliniques décrites dans chaque cas sont assez emblématiques et sont plus ou moins récurrentes dans la pratique quotidienne. Mais les circonstances dans lesquelles elles s'expriment sont à chaque fois particulières et aucun cas n'est strictement similaire à un autre. De plus, la variabilité des réponses des experts permettrait de faire prendre conscience aux étudiants qu'il est nécessaire d'appréhender une situation clinique dans sa complexité et que dans les zones d'incertitude reflétant la réalité, la bonne réponse unique n'a pas de sens. Ce peut être déroutant pour les étudiants qui recherchent des certitudes durant la préparation de l'Examen National Classant mais par là-même nécessaire et enrichissant.

Les étudiants pourraient réaliser les TCS lors d'une séance puis il serait intéressant d'organiser plusieurs séances consacrées à la discussion des questions éthiques soulevées par les vignettes cliniques en petits groupes, permettant à chacun de s'exprimer et progressivement d'acquérir un raisonnement éthique structuré. Il serait nécessaire d'ajouter un enseignement favorisant le dialogue, la délibération collective et également l'apprentissage des bases de l'éthique médicale.

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'une approche dialogique dans l'enseignement de l'éthique médicale (69). La fonction du dialogue est ici pédagogique. Le

dialogue exclut tout présupposé de bien et de mal absolus. Tous les avis et arguments sont entendus. D'après PATENAUE J. et Al, le dialogue « facilite l'établissement et la justification de critères permettant de trancher entre deux ou plusieurs « biens » possibles, critères tout aussi recevables les uns que les autres » (69). Dans ce modèle, éthique et éducation s'unissent dans l'action. Ainsi, en ajoutant une réflexion en petits groupes après la réalisation des TCS, le risque d'adopter une conduite préétablie serait fortement limité.

Une approche similaire de l'enseignement de l'éthique peut être relevée : il s'agit d'une approche socratique fondée sur le principe que les connaissances philosophiques sont essentiellement structurées dans l'expérience humaine (77). Ainsi, ces connaissances sont accessibles à chacun à condition de fournir un certain effort pour accoucher des connaissances souvent dissimulées derrière le voile des préjugés, des habitudes. Il s'agit donc d'encourager les étudiants à réfléchir sur un problème éthique à partir de leur vécu. L'enseignant guide les étudiants vers leur propre conclusion et s'assure que tous les étudiants puissent porter leur attention sur les questions essentielles. L'étudiant apprend à penser par lui-même et développe donc son autonomie.

Un post-test pourrait être réalisé après cet enseignement afin de rechercher une amélioration des résultats et donc une progression du raisonnement éthique.

2.3 Evaluation du raisonnement éthique des médecins généralistes en Formation Médicale Continue

Le TCS a déjà été utilisé en Formation Médicale Continue (FMC) auprès de médecins généralistes (55). Il pourrait être intéressant de faire passer le test aux médecins généralistes sous forme de pré-test. Une discussion animée par des intervenants de disciplines différentes (juriste, philosophe, médecin ayant une compétence éthique) pourrait être organisée afin de favoriser la participation des médecins généralistes. Un post-test serait réalisé en fin de cette FMC afin d'évaluer son impact sur le raisonnement éthique des médecins généralistes.

3. Mise en perspective du TCS face aux autres méthodes d'évaluation du raisonnement éthique

Il est nécessaire de différencier l'évaluation du raisonnement clinique de l'évaluation de la compétence clinique. Certaines méthodes permettent d'évaluer seulement le raisonnement clinique (TCS, QCM, portfolio, vignettes cliniques). D'autres méthodes évaluent plusieurs critères de la compétence clinique tels que le recueil de données cliniques, le raisonnement clinique, les connaissances et capacités de compréhension, les habiletés relationnelles... (séances d'apprentissage au raisonnement éthique, examen clinique objectif structuré, association d'une épreuve rédactionnelle et d'un entretien oral).

Les critères de qualité d'une méthode d'évaluation correspondent à sa validité dans le domaine étudié, sa fiabilité (mesurée par le coefficient α de Cronbach) et sa faisabilité (organisation nécessaire).

Le TCS est un outil d'évaluation présentant de nombreux avantages. Il permet une évaluation standardisée du raisonnement clinique, une correction rapide automatisée, une rapidité de passage du test (une heure), une reconnaissance des acquis par l'expérience, un suivi de la progression du raisonnement clinique dans le temps, une fiabilité satisfaisante (cohérence interne)... A travers vingt vignettes, il est possible d'aborder de nombreux problèmes éthiques.

Cependant, il ne permet pas d'explorer tous les déterminants du raisonnement éthique mais uniquement l'influence d'un facteur sur l'attitude initialement proposée. Chaque item correspond à l'analyse d'une seule étape dans le processus de raisonnement. Il n'y a donc pas de vision globale du raisonnement, du cheminement réalisé, des différentes valeurs et principes qui interviennent dans la résolution d'un problème de nature éthique. Il est nécessaire de rédiger des situations en contexte d'incertitude, ce qui peut présenter une réelle difficulté comme nous l'avons évoqué précédemment. Le TCS ne permet pas d'évaluer la compétence clinique dans son intégralité, notamment les habiletés cliniques (communication avec le malade, capacités de dialogue avec ses pairs...). Ainsi, de bons résultats au TCS ne prédiraient pas des résultats similaires en simulation par exemple. La mise en pratique effective des capacités de raisonnement n'est pas évidente

comme l'a démontré l'étude américaine ayant associé la simulation à une épreuve rédactionnelle (47).

Les méthodes d'évaluation du raisonnement clinique sont multiples. Certaines d'entre elles ne sont pas spécifiques au champ médical (Moral Judgment Interview, Defining Issue Test, test du jugement moral de Lind) et ne sont donc pas les outils les plus adaptés à l'évaluation du raisonnement éthique des étudiants en médecine ou des médecins généralistes.

L'utilisation du portfolio constitue une méthode d'évaluation du raisonnement éthique permettant à l'étudiant de s'exprimer librement sur une situation vécue (38). Le portfolio est une trace des apprentissages accumulés par l'étudiant. Il permet d'apprécier les capacités de raisonnement de l'étudiant à travers l'identification des problèmes éthiques d'une situation vécue, l'exposition des principes éthiques, des textes de loi qui guideront sa décision clinique. Les situations cliniques étant différentes pour chaque étudiant, il est difficile de comparer les résultats. Certaines situations sont plus complexes que d'autres en fonction des stages réalisés par l'étudiant et des patients dont il a eu la charge. La correction est plus longue que celle du TCS et nécessite la réalisation de plusieurs grilles de réponses portant sur tous les questionnements éthiques.

Les séances d'Apprentissage au Raisonnement Ethique développées au Canada peuvent être l'occasion d'une évaluation formative (36). Cette évaluation prend en compte les capacités d'analyse des enjeux éthiques de l'étudiant à partir d'une situation vécue lors d'un stage ou d'un cas clinique et les capacités de dialoguer avec ses pairs en vue d'obtenir un consensus. Cette méthode paraît plus intéressante à titre d'enseignement que d'évaluation, du fait d'un certain caractère subjectif de l'évaluation pouvant toutefois être réduit par une grille d'analyse précise. Les séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique et la simulation à travers des jeux de rôles ou des mises en situation réelle permettent d'évaluer les habiletés relationnelles de l'étudiant, suivre l'évolution de son raisonnement à travers les interrogations qu'il pose et les explications qu'il fournit. Ces méthodes nécessitent cependant une logistique plus importante que pour le passage d'un TCS. L'évaluation s'étale sur une certaine durée dépendant du nombre d'étudiants à évaluer et du nombre d'évaluateurs. Ce type d'évaluation peut s'envisager à une échelle réduite telle que sur un lieu de stage mais paraît difficilement envisageable sur une promotion entière d'étudiants.

Le QCM n'est pas une méthode appropriée à l'évaluation du raisonnement éthique. Il ne permet pas de retranscrire la complexité des enjeux éthiques ni d'évaluer les capacités relationnelles de l'étudiant. Il évalue la performance et non les processus utilisés pour obtenir la solution. Un QCM proposant plusieurs attitudes possibles face à une situation clinique précise ne serait pas pertinent puisque le raisonnement clinique et la justification de ce choix sont tout aussi importants que la décision en elle-même. Malgré sa bonne faisabilité (facilité de correction) et fiabilité, le QCM n'est pas une méthode adaptée à l'évaluation du raisonnement clinique. Il évalue des connaissances précises et ne reconnaît pas les acquis par l'expérience. Les étudiants ont ainsi de meilleurs résultats aux QCM que les médecins plus expérimentés, tous domaines confondus.

Les vignettes cliniques et notamment le Ethics and Health Care Survey Instrument décrivent des situations cliniques suivies de propositions. L'étudiant doit en choisir une et justifier son choix. Il est intéressant de permettre à l'étudiant d'explicitier son raisonnement ce que ne permet pas le TCS. La grille de correction est établie en fonction du thème de chaque vignette mais la correction reste plus longue que celle du TCS. Le Modified Essay Question s'apparentant aux problèmes simulés par écrit (situations richement contextualisées suivies de questions ouvertes) permet une évaluation objective, ayant une bonne faisabilité et une bonne fiabilité (41). Cependant, le nombre et la hiérarchie des éléments éthiques contenus dans le modèle des réponses restent discutables. La difficulté de rédaction des situations ne doit pas être sous évaluée.

L'Examen Clinique Objectif Structuré conçu dans l'étude évoquée en seconde partie évalue les compétences cliniques dans des situations richement contextualisées (46). Il permet de suivre le raisonnement de l'étudiant grâce aux questions qu'il pose au patient standardisé et grâce aux réponses qu'il apporte. Ses connaissances, son comportement, ses capacités de communication sont également évaluées. Cependant, l'inconvénient majeur de cette méthode est son faible degré de cohérence interne compromettant l'utilisation de cet outil en tant que méthode d'évaluation sommative. L'organisation de ce type de test est chronophage et plus complexe que celle d'un TCS (nécessité de créer plusieurs stations, de former des patients standardisés, évaluation de l'étudiant par un ou deux examinateurs).

L'intérêt de la simulation associée à une épreuve écrite (47) est majeur dans l'évaluation du raisonnement éthique. Elle permet d'évaluer les habiletés relationnelles à partir de l'entretien avec un patient puis les capacités d'analyse des enjeux éthiques grâce à

l'épreuve écrite. Cet outil permet d'évaluer les différentes composantes de la compétence éthique. Cependant, cette méthode d'évaluation ne porte que sur une seule situation simulée et deux cas cliniques et nécessite une organisation importante, remettant en question sa faisabilité.

La méthode élaborée aux Etats-Unis (48) associant une épreuve rédactionnelle et un entretien oral permet d'évaluer plusieurs paramètres. L'épreuve rédactionnelle étudie les capacités d'identification des problèmes éthiques et le raisonnement clinique, l'étudiant pouvant détailler son raisonnement, les éléments qui interviennent dans la décision. L'entretien oral vise à évaluer les capacités de dialogue avec ses pairs et d'obtention d'un consensus. Elle ne permet pas d'évaluer les habiletés relationnelles envers le patient. L'organisation de ce type d'évaluation reste difficile lorsque les promotions d'étudiants sont importantes. Le temps de correction des épreuves rédactionnelles et le temps de réalisation des épreuves orales constituent un frein à l'utilisation de cette méthode. Les grilles de correction doivent être détaillées afin de limiter la part de subjectivité inhérente aux épreuves orales.

Après examen des différentes méthodes d'évaluation du raisonnement clinique, il apparaît qu'aucune méthode ne présente l'ensemble des qualités afin d'évaluer de façon idéale toutes les facettes du raisonnement éthique. Une utilisation de plusieurs d'entre elles optimiserait cette évaluation. Des évaluations formatives en stage notamment grâce aux séances d'Apprentissage au Raisonnement Ethique et à la simulation (la simulation filmée permettant un *feed-back* intéressant pour l'étudiant afin de relever ses erreurs) pourraient être organisées afin d'évaluer non seulement le raisonnement mais également la compétence en éthique clinique. Le TCS pourrait permettre l'évaluation sommative (sanctionnante) d'une unité d'enseignement ayant trait à l'éthique médicale en fin d'année. Sa facilité de correction et son caractère standardisé rendent aisés son utilisation à grande échelle.

4. Vecteurs d'apprentissage du raisonnement éthique

4.1 Enseignement universitaire de l'éthique médicale et perspectives d'amélioration

Cette étude permet de reconnaître que l'expérience est un des vecteurs de l'amélioration du raisonnement en éthique clinique. Cette reconnaissance se traduit par un raisonnement éthique plus élaboré chez les médecins généralistes que chez les étudiants.

Précédant l'expérience, l'enseignement est essentiel à l'acquisition des savoirs fondateurs de l'éthique médicale.

L'enseignement de l'éthique médicale est une question débattue depuis l'antiquité. La philosophie occidentale, depuis Socrate, a toujours affirmé l'impossibilité de l'enseigner (4). Le CCNE, dans son avis n°84 relatif à la formation en éthique médicale, formulera cette difficulté en ces termes : « Il s'agira, (...) d'aborder les difficultés que pose l'idée même d'un « enseignement » en éthique, dès lors qu'il est entendu que l'éthique médicale ne peut faire l'objet d'un savoir normatif à l'instar de la déontologie. (...) l'Avis s'attachera à mettre en évidence le caractère délicat que revêt l'institutionnalisation d'un enseignement de l'éthique lorsqu'il est question de la formation des étudiants en médecine » (75). Le CCNE insiste alors sur la nécessité de partager une réflexion éthique relative à des questions cliniques quotidiennes rencontrées dans l'exercice de la médecine. Si la plupart des auteurs s'accordent sur ce délicat problème que constitue l'enseignement de l'éthique, ils ne nient pas la nécessité d'une formation des étudiants à l'éthique médicale.

Une étude datant de 2010 a établi un état des lieux de l'enseignement de l'éthique médicale en France et révèle de grandes disparités (78) : au total, l'enseignement de l'éthique médicale dans les 39 facultés de médecine françaises varie entre 0 et 107 heures avec une moyenne de 44 heures, et entre 5 et 200 heures aux Etats Unis et Canada. Une initiation à la réflexion éthique au cours du PACES et du DFGSM2 est nécessaire à la sensibilisation de l'esprit de l'étudiant. Cet enseignement marque également l'importance de la place de l'éthique médicale dans la profession médicale (79). Par ailleurs, l'enseignement précoce permet l'acquisition de connaissances qui constituent le fondement des réflexions ultérieures.

Le programme ayant trait à l'éthique médicale en PACES fait partie de l'enseignement des sciences humaines et sociales au sein de l'unité d'enseignement « santé, société, humanité ». Il occupe un volume horaire variable de 5 à 40 heures avec une moyenne de 18 heures. Cet enseignement recouvre en fait plusieurs disciplines : psychologie, anthropologie, histoire de la médecine, droit et éthique proprement dite. Toutes ces disciplines peuvent prendre une dimension morale et la coloration plus ou moins marquée en éthique sera du ressort des enseignants responsables. Cette initiation aux fondements de l'éthique est intéressante. Cependant, son enseignement est peu propice à l'élaboration d'une réflexion. En effet, il s'agit de cours magistraux sans interaction entre les étudiants et l'enseignant. De plus, les étudiants n'ont pas d'expérience de la pratique médicale faisant surgir les principales interrogations dans ce domaine.

Selon cette même étude, en DFGSM2, l'éthique est enseignée au sein d'un module obligatoire dans une faculté sur deux en France. Elle est parfois associée à la psychologie, au droit ou à l'anthropologie.

En deuxième cycle, les cours obligatoires dédiés à l'éthique n'existent, selon l'étude précitée, que dans une faculté sur six environ. Cependant, les questions éthiques sont abordées dans les modules transversaux de l'Examen National Classant plus particulièrement selon le Bulletin Officiel du 26 mai 2013 dans l'unité d'enseignement 1 « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération inter professionnelle », l'unité d'enseignement 2 « De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent », l'unité d'enseignement 3 « Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives », l'unité d'enseignement 5 « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement » et l'unité d'enseignement 9 « Cancérologie - Onco-hématologie ». Les questions éthiques abordées dans ces unités d'enseignement sont détaillées en annexe 3.

Hormis les certificats optionnels destinés aux étudiants, il existe de nombreuses expériences permettant aux étudiants d'élaborer une réflexion éthique : « débriefing éthique » après les stages hospitaliers, discussions et débats autour de cas cliniques, entretiens filmés simulant l'annonce d'une maladie grave, « cinéthique » (ciné club où la discussion porte sur des sujets d'intérêt médical), « théâtre de l'opprimé » (jeux de rôles avec la participation de comédiens professionnels)... Certaines facultés organisent également des diplômes universitaires ou des masters en éthique médicale qui peuvent être ouverts aux étudiants de deuxième cycle.

Cette étude datant de 2010, précède la réforme des études de santé entrée en vigueur en 2010 mais peut être intéressante puisqu'elle reflète l'enseignement qu'ont pu recevoir les internes, ainsi que les étudiants en DFASM2 et DFASM3 ayant participé à cette étude.

Le programme de l'enseignement en éthique médicale de l'université de médecine de Toulouse de PACES au DFASM3 est ajouté en annexe à titre d'exemple (Annexe 4). On peut relever qu'une attention particulière est portée à l'enseignement de l'éthique médicale à l'Université de Toulouse au regard de la pertinence de l'équipe enseignante dans ce domaine et de la diversité des méthodes pédagogiques employées (cours théoriques, débats autour de questions éthiques, ateliers éthiques sur des lieux de stage...). Ainsi, notre étude révèle qu'une marge de progression est possible concernant le raisonnement éthique et que cette progression n'est pas liée à un défaut de formation initiale mais est liée à l'expérience.

En dehors de l'enseignement de l'éthique au sein de chaque faculté, les stages hospitaliers constituent de bons vecteurs d'apprentissage à la réflexion éthique à travers la méthode du compagnonnage (80).

Les études citées dans notre deuxième partie ont révélé une perte de sensibilité éthique et un raisonnement éthique moins développé durant le cursus universitaire de deuxième cycle. Notre étude n'a pas retrouvé de différence significative entre les scores moyens des étudiants en DFASM1, DFASM2 et DFASM3, les effectifs de chacun de ces groupes étant faibles pour en tirer des conclusions générales.

Le CCNE reconnaît que l'enseignement de l'éthique est indispensable à tous les niveaux de la formation. Il serait donc nécessaire d'intensifier cet enseignement en parallèle de l'acquisition des connaissances techniques.

Multiplier les outils pédagogiques tant à l'université que sur les lieux de stage hospitalier permettrait de stimuler l'apprentissage des étudiants. Les séances d'Apprentissage au Raisonnement Ethique, les jeux de rôles autour de problèmes éthiques tels que l'annonce d'une maladie grave, la discussion autour d'œuvres littéraires ou cinématographiques (*La mort d'Ivan Illitch* de TOLSTOI, *Une mort très douce* de S. DE BEAUVOIR, *Barberousse* de KUROSAWA...), les débats autour de questions éthiques, la casuistique sont autant de moyens d'aborder l'éthique médicale, de développer la sensibilité éthique, de structurer le raisonnement éthique et d'éveiller l'intérêt et la

curiosité des étudiants pour ce domaine. Les stages hospitaliers ont un rôle essentiel dans la formation en éthique malgré une grande disparité dans l'effectivité de cette formation. Les discussions concernant un problème éthique avec l'équipe soignante constituent un premier apprentissage de la délibération et de la recherche collective d'un consensus autour d'une décision difficile à prendre. Des ateliers de réflexion éthique sont développés dans plusieurs services des hôpitaux de Toulouse. La simulation et le debriefing qui suit la simulation mériteraient certainement d'être davantage utilisés sur les lieux de stage atteignant ainsi un haut degré de fidélité (soit reproduisant fidèlement une situation réelle) (81). La simulation filmée en tant qu'évaluation formative permet à l'enseignant d'être absent pendant la séquence et le visionnage *a posteriori* permet à l'étudiant de prendre conscience de certains comportements, paroles et de mettre en avant ses lacunes et qualités.

Afin d'impliquer davantage les étudiants de deuxième cycle et de suivre leur évolution, il pourrait être intéressant d'organiser une évaluation de leur raisonnement éthique de façon annuelle y compris en DFASM3 lors du Certificat de Compétence Clinique par exemple. L'étudiant travaille en vue de l'examen. Il développe des stratégies d'apprentissage dépendant des modalités de son évaluation finale. La méthode d'évaluation en elle-même est donc importante puisqu'elle conditionne les apprentissages (26).

Les scores moyens des externes et internes en médecine générale ne diffèrent pas significativement, résultat concordant avec l'étude taiwano-canadienne mais non selon l'étude française ayant comparé les résultats d'une vignette de TCS et d'un QCM.

L'internat paraît être un temps propice à la formation en éthique. La pression due à l'Examen National Classant n'a plus de raison d'être et l'interne est en situation de responsabilité au contact direct et prolongé avec le patient. Le colloque singulier entre le médecin et le malade se révèle particulièrement durant l'internat. Des enseignements optionnels d'éthique médicale existent dans certaines facultés de médecine. Les diplômes inter-universitaires d'éthique médicale sont accessibles aux internes. Les discussions avec l'équipe soignante des services hospitaliers et les médecins enseignants lors des ateliers d'échanges de pratique participent à la formation à l'éthique médicale de l'interne.

Intensifier l'enseignement de l'éthique médicale durant l'internat est un enjeu important. Les outils pédagogiques précédemment évoqués (jeux de rôles, simulation,

casuistique) trouveraient leur place lors de séances en petits groupes afin de favoriser la participation de chacun.

Les comités d'éthique peuvent également être un lieu d'enseignement de l'éthique médicale, comme en témoigne l'expérience du Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Lyon (82). Cette structure accueille des étudiants de troisième cycle d'études médicales lors d'un stage de six mois durant lequel l'étudiant devient un membre provisoire du comité. Il doit étudier les dossiers dont le comité est saisi, participer aux débats, réaliser une communication devant le comité pendant son stage. L'approfondissement du raisonnement éthique résulte d'une approche des fondements de l'éthique médicale, d'une documentation casuistique, de la réflexion en groupe pluridisciplinaire et l'utilisation notamment de la simulation.

4.2 Acquisition d'une compétence en éthique clinique par l'expérience professionnelle

Les scores moyens des externes et des internes ne sont pas très éloignés des scores moyens des médecins généralistes. L'enseignement couplé aux stages permet donc aux étudiants de l'université de médecine de Toulouse d'acquérir un raisonnement clinique satisfaisant dans le domaine de l'éthique clinique.

Cependant, il existe une différence significative entre les étudiants et les médecins généralistes. On peut penser que la compétence éthique du médecin s'accroît avec l'expérience professionnelle dans le même temps que son art médical. L'éthique médicale dans la pratique médicale quotidienne se révèle, par essence, dans le concept d'art médical.

Dès le corpus hippocratique apparaissent les expressions « art médical », « art de guérir ». En effet, pour les médecins hippocratiques, l'exercice de la médecine est un art, « *techne* » qui « se fait par le moyen de trois choses : la maladie, le malade, le médecin » (83). Le concept de « *techne* » de la médecine hippocratique est l'art qui découvre avec le malade les voies et les issues qui permettent de surmonter son état (84). Le concept grec d'art médical est différent du nôtre. L'art médical tel que nous le désignons suppose l'application, l'adaptation d'une médecine technico-scientifique à chaque patient. Il souligne l'habileté, le savoir-faire, le savoir-être de chaque médecin. De la même façon, une démarche éthique intègre des connaissances (principes, lois...), des habiletés, des sensibilités. C'est un art du questionnement et du discernement selon A. DE BROCA (85).

Depuis un siècle environ, la médecine connaît des transformations majeures du fait des progrès techniques, des multiples découvertes scientifiques. Les connaissances médicales n'ont jamais été aussi vastes. La relation médecin malade a également beaucoup évolué. La construction d'une relation de qualité est longue et difficile. L'essor des groupes Balint en France révèle l'intérêt des médecins sur ce sujet. Selon F. BAUMANN, les problèmes éthiques sont quotidiens en médecine générale (85). De par la place centrale du médecin généraliste dans la médecine familiale, son rôle de médecin de premier recours, son rôle dans la prévention, sa mission de santé publique, les questionnements éthiques surgissent. Toute consultation débute par l'écoute attentive du récit du patient, ses souffrances, le retentissement de la maladie dans sa vie quotidienne.

Selon L. BENAROYO, cette démarche narrative permet de redonner une dimension humaniste à la médecine technico-scientifique en instituant le récit du patient comme pierre angulaire de la relation médecin-malade dans le but de redonner au malade la possibilité de créer de nouvelles normes, de nouvelles valeurs (86). En effet, selon G. CANGUILHEM, la maladie et la santé ne sont pas des expériences semblables. Il définit la maladie comme étant la réduction de la capacité du malade à être normatif dans son environnement et à créer de nouvelles normes. L'éthique narrative consiste à écouter le patient, l'interroger sur son ressenti, ses attentes sans préjuger des aspects objectifs et subjectifs de son discours et ainsi reconnaître et interpréter ces récits. Le souci principal du clinicien est alors de permettre au patient de retrouver un nouvel état d'équilibre dans lequel le patient acquiert de nouvelles potentialités. L'expérience de vie globale du patient intervient dans la résolution du problème éthique.

La solitude du médecin généraliste dans son exercice libéral pourrait être un frein à une démarche d'éthique clinique de qualité. Comme évoqué précédemment, la délibération, le dialogue constituent une condition essentielle à l'adoption et la validation d'une décision clinique éthique. Les médecins généralistes, dans leur majorité, exercent en groupe. Le partage d'un problème éthique avec un confrère du même cabinet médical est possible.

De plus, selon une étude réalisée en 2009 (22), face à un problème éthique difficile à résoudre, les médecins généralistes s'adressent, notamment, à leur groupe de pairs (87). Il s'agit d'un outil de formation et d'interformation entre pairs qui privilégie l'étude et la critique de la pratique médicale telle qu'elle est vraiment. L'analyse réflexive dans le cadre du groupe de pairs est une aide dans la résolution de problèmes éthiques en médecine

générale. Selon cette même étude, les médecins généralistes contactent le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins afin de partager une décision éthique. L'auteur de l'étude signale que les médecins généralistes ne font pas appel aux Comités d'Ethique Régionaux (renommés Espace de réflexion éthique selon l'arrêté du 4 janvier 2012) dont les rôles sont pourtant multiples : aide à la décision et guide de réflexion, lieu d'information et de documentation concernant l'éthique, organisateur de débats publics, lieu d'échanges et de rencontres inter-disciplinaires. Le recours aux espaces de réflexion éthique régionaux constitue une alternative hors contexte d'urgence. Ces structures peuvent apporter aux médecins généralistes une aide à la décision face à un problème d'ordre éthique. Il paraît nécessaire de promouvoir les missions des espaces de réflexion éthique et d'étendre cette information à destination des médecins généralistes.

D'autres recours paraissent utiles pour les médecins généralistes : le médecin coordinateur de maison de retraite dans lequel vit le patient dont la prise en charge soulève une question éthique, le médecin coordinateur d'une structure d'HAD dont bénéficie le patient, les médecins appartenant à des réseaux (soins palliatifs, toxicomanie, VIH...) en fonction de la pathologie du patient. A Paris, le Groupe de Réflexion sur l'Ethique Médicale au Quotidien issu de la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), se réunit régulièrement afin d'évoquer, dans la pluridisciplinarité, des cas issus de la pratique et des cas exemplaires posant des difficultés sur le plan de l'éthique médicale (88). Les médecins généralistes peuvent faire appel à ce groupe afin de résoudre un problème éthique.

V. Conclusion

Le raisonnement éthique est difficile à évaluer dans le champ médical.

Le TCS étudiant le raisonnement clinique présente des qualités certaines notamment sa faisabilité, sa standardisation, sa facilité de correction, la reconnaissance des acquis par l'expérience. Le TCS de notre étude s'est révélé valide dans l'étude du raisonnement clinique dans le champ de l'éthique clinique appliquée à la médecine générale. Il pourrait être utilisé dans l'évaluation du raisonnement éthique des étudiants, comme support pédagogique dans un enseignement d'éthique médicale et en Formation Médicale Continue de médecine générale. Il serait alors nécessaire de reformuler certains items et de réaliser cette étude à plus grande échelle afin de s'assurer de la reproductibilité des résultats tout en contrôlant le temps de réalisation du test par les sujets de l'étude. L'évaluation de l'éthique médicale ne peut se limiter à une évaluation du raisonnement éthique. Le raisonnement éthique est une des composantes de la compétence éthique mais son évaluation seule ne permet pas d'appréhender la dimension relationnelle, le savoir-être indispensable, partie intégrante de la compétence éthique. Ainsi, associer plusieurs méthodes d'évaluation de la compétence éthique paraît approprié. Il serait intéressant d'étudier les objectifs à atteindre en fonction du cursus universitaire et les méthodes appropriées pour évaluer ces objectifs.

Il n'est pas évident pour les étudiants en deuxième cycle d'accorder à l'éthique clinique une place centrale parmi l'accumulation des connaissances technoscientifiques inhérentes à la préparation de l'Examen National Classant. L'enseignement du raisonnement éthique, parallèlement à l'enseignement des principes éthiques, règles déontologiques et juridiques paraîtrait utile afin de développer la compétence éthique des étudiants. Conjointement, multiplier les outils pédagogiques tels que la simulation, les ateliers de réflexion éthique sur les lieux de stage (tels qu'ils sont organisés dans certains services des hôpitaux de Toulouse) favoriserait l'apprentissage du raisonnement et de la réflexion éthique.

Selon notre étude, les médecins généralistes ont un raisonnement éthique plus développé que les internes et les externes. Ainsi, l'expérience leur a permis de développer leur raisonnement éthique, confirmant le principe que la substance éthique n'est pas appréhendée selon un mécanisme intuitif ou du moins pas seulement. Une progression dans ce domaine est possible grâce à l'expérience qui permet de structurer le raisonnement. Maintenir et améliorer cette compétence est essentiel que ce soit au sein de groupes de pairs ou grâce à des Formations Médicales Continues. Les TCS de cette étude ont mis en lumière les problématiques éthiques rencontrées en médecine générale. Elles peuvent être

communes aux autres spécialités mais leur expression est spécifique à la médecine générale en tant que discipline centrale dans la médecine familiale façonnant une relation médecin-malade singulière dans sa continuité et prenant en charge la personne dans une perspective holistique, dans la complexité sociale, culturelle, existentielle du patient. Intégrer une réflexion éthique à la pratique quotidienne devrait donc être une préoccupation majeure à tous les niveaux de formation. Il semblerait pertinent de généraliser une initiative telle que celle menée par le Groupe de Réflexion sur l'Éthique Médicale au Quotidien, lieu de réflexion pluridisciplinaire apportant aux médecins généralistes une aide à la décision (87).

Les émotions telles que l'angoisse permettent de repérer un conflit de valeurs issu d'un problème éthique (64). L'expérience peut être un des moyens d'apaiser cette angoisse. Notre étude révèle ainsi que le TCS ouvre une voie vers la reconnaissance d'une amélioration des performances dans le champ de l'éthique clinique en médecine générale grâce à l'expérience.

L'éthique clinique trouvant son essence dans la recherche d'une solution individuelle dans un contexte particulier octroie au praticien un champ de liberté permettant de redonner sens et valeur à ses actes quotidiens.

Toulouse le 13.05.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu, le 7 mai 2014

Le Président du Jury

Pr N. TELMON



Professeur Norbert TELMON
Médecin Légiste, Médecin Agréé
Unité Médico Judiciaire
Hôpital RANGUEIL
1, avenue Jean Poulhès
TSA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. 05 61 32 29 70

VI. Références bibliographiques

1. BADIOU A. L'éthique, essai sur la conscience du mal. Caen : Nous, 2003. 131 p.
2. DE MONTALEMBERT E. Les internes et la fin de vie : déterminants d'une opinion favorable à l'euthanasie. -113 p. Th. D. : Médecine : Toulouse : 2012 ; n°2012 TOU3 1012.
3. Dictionnaire Le Petit Robert sous la direction de REY-DEBOVE J., REY A.2012.
4. RAMEIX S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipses, 2007. 159 p.
5. CANTO SPERBER M. L'inquiétude morale et la vie humaine. Paris : PUF, 2002. 304 p.
6. COMTE-SPONVILLE A. Lettre internationale, n° 28, printemps 1991. In : COMTE-SPONVILLE A. Valeur et vérité, Etudes cyniques. -3^{ème} éd. Paris : PUF, 1998. pp. 183-205.
7. RICOEUR P. Soi-même comme un autre. Paris : Points, 1990. 425 p.
8. COBBAUT J.-P., BOITTE P. Ethique clinique, normativités et application des normes. In : HERVE C., KNOPPERS B.-M., MOLINARI P.A., MOUTEL G. Ethique médicale, bioéthique et normativités. Paris : Dalloz, 2003. pp. 185-199.
9. LLORCA G. Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. Paris : Med-Line, 2003, 288 p.
10. BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F. Principles of biomedical ethics. -7^{ème} éd. New York : Oxford University Press, 2012. 480p.
11. BERNARD J. De la biologie à l'éthique. Paris : Edition Buchet-Chastel, 1990. 309 p.

12. JAUNAIT A. Ethique, morale et déontologie. In : HIRSCH E. Traité de Bioéthique, Tome I. Fondements, principes, repères. Toulouse : Erès, 2010. 3 volumes. pp. 107-120.
13. GOYARD-FABRE S. Les rapports du droit et de la morale aujourd'hui. In : DERMANGE F., FLACHON F. Ethique et droit. Genève : Labor et Fides, 2002. pp. 19-41.
14. CORNU G. Vocabulaire juridique. -9^{ème} éd. Paris : PUF, 2011. 1093 p.
15. GENY F. Méthode d'interprétation et sources en droit privé positif : essai critique. Tome 1. Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1919. 2 volumes. 624 p.
16. Le Comité de la Prévention et de la Précaution. La décision publique face à l'incertitude. 2010. Disponible sur :
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/aviscpp-2.pdf>
17. PINCE M. Gestion de l'incertitude en médecine générale. Etude quantitative en Corrèze. 71 p. Th. D., Médecine, Limoges, 2013, n°2013LIMO3119.
18. MORIN E. La méthode. 6. Ethique. Paris : Seuil, 2004, 271p.
19. BAUMANN F. Les cas de conscience du médecin généraliste, l'éthique médicale au quotidien. Paris : Ed. Josette Lyon, 1999. 137 p.
20. LEREY E. Quelques cas d'éthique en médecine générale. 124 p., Th. D., Médecine, Lille, 2002, n°2002LIL2M010.
21. DURAND H, BICLET P., HERVE C. Ethique et pratique médicale. Paris : Doin. 1995. 223 p.
22. DE GOULET C. Ethique et comités d'éthique en médecine générale. 88 p. Th. D., Médecine, Dijon, 2009, n°2009DIJOM024.
23. SICARD D. L'éthique médicale et la bioéthique. -2^{ème} éd. Paris : PUF, 2011. 128 p.

24. Le code de Nuremberg. Disponible sur :
http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/ethique/pdfs_ethique/nuremberg_f.pdf
25. MOUTEL G., RIGAUD J.-P. Place et limites du secret médical dans le cadre d'une maladie grave transmissible pouvant porter préjudice à un tiers. Hyper Archive en Ligne, 18 décembre 2012, n°00766402.
26. CHARLIN B., BORDAGE G., VAN DER VLEUTEN C. L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 2003, 4, pp. 42-51.
27. CHARLIN B. Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche. *Pédagogie médicale*, 2001, 2, 1, pp. 5-6.
28. EVA K.W. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique, What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Pédagogie médicale*, 2005, 6, pp. 225-234.
29. MARCOUX H., PATENAUDE J. L'éthique et la formation médicale. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? *Pédagogie Médicale*, 2000, 1, pp. 23-30.
30. KALDJIAN L.C., WEIR R.F., DUFFY T.P. A clinician's Approach to Clinical Ethical Reasoning. *J Gen Intern Med*. 2005, 20, 3, pp. 306-311.
31. TSAI T.C., HARASYM P.H. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. *Medical Education*, 2010, 44, 9, pp. 864-873.
32. HABERMAS J. *Morale et communication*. Paris : Flammarion, 1999. 212 p.
33. PATENAUDE J. Changes in the components of moral reasoning during students medical education : a pilot study. *Medical Education*, 2003, 37, 9, pp. 822-829.
34. AKABAYASHI A., SLINGSBY B. T., KAI I. *et al.* The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Medical Ethics*, 2004, 5, pp. 1-7.

35. HEGAZI I., WILSON I. Medical education and moral segmentation in medical students. *Medical Education*, 2013, 47, pp. 1022-1028.
36. BRAZEAU-LAMONTAGNE L. L'évaluation de l'éthique médicale des résidents. *Pédagogie Médicale*, 2002, 3, pp. 152-158.
37. Faculté de médecine et sciences de la santé. Université de Sherbrooke. Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique : description de la méthode pédagogique. 2007. Disponible sur : www.usherbrooke.ca/.../1e_Onglet_Document_-_Methode_pedagogique_ARC-MC-03-2007.pdf
38. BARRIER J.H., BRAZEAU-LAMONTAGNE L., POTTIER P. *et al.* Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3^e et 6^e années en stage hospitalier en médecine interne. *La revue de médecine interne*, 2005, 26, 2, pp. 128-136.
39. HEBERT P., MESLIN E. M., DUNN E. V., BYRNE N. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *Journal of medical ethics*, 1990, 16, pp. 141-145.
40. HEBERT P., MESLIN E. M., DUNN E. V. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *Journal of medical ethics*, 1992, 18, pp. 142-147.
41. MITCHELL K. R., MYSER C., KERRIDGE I. H. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. *Journal of medical ethics*, 1993, 19, pp. 230-236.
42. HAYES R.P., STOUDEMIRE A., KINLAW K. *et al.* Qualitative Outcome Assessment of a Medical Ethics Program for Clinical Clerkships : a Pilot Study. *General Hospital Psychiatry*, 1999, 21, pp. 284-295.
43. GOLDIE J., SCHWARTZ L., McCONNACHIE A. *et al.* The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 2002, 36, pp. 489-497.

44. TSAI T.-C., HARASYM P.H., CODERRE S. *et Al.* Assessing ethical problem solving by reasoning rather than decision making. *Medical Education*, 2009, 43, pp. 1188-1197.
45. ELM D. R., WEBER J. Measuring moral judgment: the moral judgment interview or the defining issues test ? *Journal of Business Ethics*, 1994, 13, pp. 341-355.
46. SINGER P. A., ROBB A., COHEN R., NORMAN G., TURNBULL J. Performance-based assessment of clinical ethics using an Objective Structured Clinical Examination. *Academic Medecine*, 1996, 71, 5, pp. 495-498.
47. SMITH J.R., BALINT J.A., KRAUSE K.C. *et Al.* Performance-based assessment of moral reasoning and ethical judgment among medical students. *Acad Med*, 1994, 69, pp. 381-386.
48. FAVIA A., FRANCK L., GLIGOROV N. *et Al.* A Model for the Assessment of Medical Students' Competency in Medical Ethics. *AJOB Primary research*, 2013, 4, 4, pp. 68-83.
49. LLORCA G., ROY P., RICHE B. Evaluation de résolution de problèmes mal définis en éthique clinique : variation des scores selon les méthodes de correction et les caractéristiques des jurys. *Pédagogie Médicale*, 2003, 4, pp. 80-88.
50. TSAI T.-C., CHEN D.-F., LEI S.-M. The ethics script concordance test in assessing ethical reasoning. *Medical Education*, 2012, 46, p. 527.
51. FOURNIER J. P., THIERCELIN D., PULCINI C. *et al.* Évaluation du raisonnement clinique en médecine d'urgence : les tests de concordance de scripts décèlent mieux l'expérience clinique que les questions à choix multiples à contexte riche. *Pédagogie Médicale*, 2006, 7, pp. 20-30.
52. CHARLIN B., GAGNON R., SIBERT L. *et al.* Le test de concordance de script : un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 2002, 3, pp. 135-144.

53. GIBOT S., BOLLAERT P.E. Le test de concordance de script comme outil d'évaluation formative en réanimation médicale. *Pédagogie Médicale*, 2008, 9, 7, pp. 7-18.
54. CAIRE F., SOL J.C., MOREAU J.J. *et al.* Le test de concordance de script (TCS) comme outil d'évaluation formative des internes en neurochirurgie : implantation du test sur Internet à l'échelle nationale. *Pédagogie médicale*, 2004, 5, 2, pp. 87-94.
55. LABELLE M., GAGNON R., THIVIERGE R.L. *et al.* Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose : comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique. *Pédagogie Médicale*, 2003, 4, pp. 145-153.
56. LE LOET X., LEQUERRE T., CANTAGREL A. *et al.* Mise en œuvre, en situation professionnelle, des recommandations de la HAS, par la méthode du test de concordance de script combinée à l'analyse actualisée de la littérature. Application à la polyarthrite rhumatoïde. *Rev. Rhumatisme*, 2012, 79, 3, pp. 228-233.
57. GIET D., MASSART V., GAGNON R., CHARLIN B. Le TCS en vingt questions. *Pédagogie Médicale*, 2013, 14, 1, pp. 39-48.
58. GAGNON R., CHARLIN B., COLETTI M. *et al.* Assessment in context of uncertainty : how many members are needed on the panel of reference of a script concordance test. *Medical Education*, 2005, 39, pp. 284-291.
59. CHARLIN B., GAGNON R., SAUVE E. *et al.* Composition of the panel of reference for concordance tests : do teaching functions have an impact on examinees' ranks and absolute scores ? *Medical Teacher*, 2006, 29, 1, pp. 49-53.
60. CHARLIN B., GAGNON R., KAZI-TANI D. Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, 2005, 2, 1, pp. 22-27.
61. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Trouver un médecin ». Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>

62. CHARLIN B., BOSHUIZEN H.P.A., CUSTERS E. J., FELTOVICH P.J. Scripts and clinical reasoning. *Medical education*, 2007, 41, pp. 1178-1184.
63. HORNOS E.H., PLEGUEZUELOS M., BRAILOVSKY C.A., HARILLO L.D., DORY V., CHARLIN B. The practicum script concordance test : An online continuing professional development format to Foster reflection on clinical practice. *Journal of continuing education in the health professions*. 2013, 33, 1, pp. 59-66.
64. LE COZ P. *Petit traité de la décision médicale*. Paris : Seuil, 2007. 196 p.
65. GRASSIN M., POCHARD F. *La déshumanisation civilisée*. Paris : Cerf. 2012. 266 p.
66. Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France présidée par SICARD D. 18 mars 2012. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
67. CHARLIN B., VAN DER VLEUTEN C. Standardized assessment in context of uncertainty : The script concordance approach. *Evaluation and the Health Professions*, 2004, 27, pp. 304-319.
68. HERVE C. *Ethique de la recherche et éthique clinique*. Paris : Harmattan. 1998. 272 p.
69. PATENAUDE J., LAMBERT C., DIONNE M. *et al.* L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie Médicale*, 2001, 2, pp. 71-79.
70. HAFFERTY F., FRANKS R. The hidden curriculum, Ethics Teaching and The Structure of Medical Education. *Academic Medecine*, 1994, 69, pp. 861-871.
71. Article L. 4121-2 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, *Journal officiel RF* du 5 mars 2002. Disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665
&idArticle=LEGIARTI000006688698&dateTexte=20090722](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688698&dateTexte=20090722)

72. CHARLIN B., GAGNON R., PELLETIER J. Assessment of clinical reasoning in the context of uncertainty : the effect of variability within the reference panel. *Medical Education*, 2006, 40, 9, pp. 848-854.

73. Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé. Grille de contrôle de la qualité des TCS. Disponible sur : <http://www.cpass.umontreal.ca/recherche-et-developpement/test-de-concordance-de-script-/construire-un-tcs-/grille-de-contrôle-de-la-qualité.html>

74. LLORCA G. Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Paris : Med-Line, 2004, 146 p.

75. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°84. Avis sur la formation à l'éthique médicale. 2004. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis084.pdf>

76. FABRE-MAGNAN M. Introduction générale au droit. Paris : PUF, 2011, 128 p.

77. QUINTIN J. Enseignement de l'éthique : une approche socratique. *Pédagogie Médicale*, 2008, 9, 3, pp. 166-170.

78. BOCH A.-L. L'enseignement de l'éthique au cours des premier et second cycles des études médicales – Etat des lieux dans les facultés de médecine française. *Ethique et santé*, 2010, vol. 7, pp. 117-122.

79. Colloque francophone Ethique sur « La formation en éthique ». Amiens, organisé les 7 et 8 septembre 2006. In : *Ethique et santé*, 2007, 4, pp. 47-50.

80. LLORCA G. Ethique et formation médicale. Révision des concepts. *Pédagogie médicale*, 2002, 3, pp. 169-179.

81. SCHOLLAERT L. Une pédagogie innovatrice pour stimuler la posture éthique et réflexive par la simulation – l’approche sTimul. *Perspective soignante*, 2013, 47, pp. 104-117.
82. LLORCA G. Rôle des comités d’éthique dans la formation médicale. *Pédagogie médicale*, 2001, 2, pp. 157-162.
83. GAILLE M. Philosophie de la médecine. Frontière, savoir, clinique. Paris : Vrin, 2011. 375 p.
84. CELIS R. L’éthique médicale à l’épreuve de la sagesse hippocratique. *Ethique et Santé*, 2006, 3, pp. 88-94.
85. BAUMANN F. Introduire la réflexion éthique dans la pratique quotidienne du médecin : simple bonne intention ou parcours indispensable ? *Ethique et santé*, 2007, 4, pp. 30-32.
86. BENAROYO L. Responsabilité éthique au quotidien. La narration au cœur du soin. *Ethique et santé*, 2005, 2, pp. 76-81.
87. Société Française de Médecine Générale. Les Groupes de Pairs, une FMC en plein essor en France. 2013. Disponible sur : http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/
88. BAUMANN F. L’éthique médicale au quotidien : un concept efficace d’éthique clinique. *Ethique et santé*, 2004, 1, pp. 131-133.

VII. Annexes

Annexe 1 : Formats de Test de Concordance de Script

A. Questionnaire diagnostique

Si vous pensez à :	Et qu'alors vous trouvez :	L'effet sur l'hypothèse diagnostique est le suivant :
--------------------	----------------------------	---

<i>Option diagnostique</i>	<i>Nouvelle information clinique ou résultat d'examen complémentaire</i>	-2 -1 0 +1 +2
----------------------------	--	---------------

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 : l'hypothèse est pratiquement éliminée

-1 : l'hypothèse devient moins probable

0 : l'information n'a aucun effet sur l'hypothèse

+1 : l'hypothèse devient plus probable

+2 : il ne peut s'agir pratiquement que de cette hypothèse

B. Questionnaire d'investigation

Si vous pensiez faire	Et qu'alors vous trouvez :	L'effet sur la nécessité de demander ce test est le suivant :
-----------------------	----------------------------	---

<i>Option d'examen paraclinique</i>	<i>Nouvelle information clinique ou résultat d'examen complémentaire</i>	-2 -1 0 +1 +2
-------------------------------------	--	---------------

Entourez la proposition qui vous semble adéquate : l'option d'examen est

-2 : Absolument contre-indiquée

-1 : Peu utile ou plutôt néfaste

0 : Non pertinente dans cette situation

+1 : Utile

+2 : Absolument nécessaire

C. Questionnaire de thérapeutique

Si vous pensiez faire Et qu'alors vous trouvez : L'effet sur la pertinence
de réaliser ce geste est le
suivant :

<i>Option thérapeutique</i>	<i>Nouvelle information clinique ou résultat d'examen complémentaire</i>	-2	-1	0	+1	+2
-----------------------------	--	----	----	---	----	----

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 : l'option est totalement contre-indiquée

-1 : l'option est plutôt contre-indiquée

0 : l'option est neutre

+1 : l'option est assez appropriée

+2 : l'option est très appropriée

Annexe 2 : Le Test de Concordance de Script envoyé aux sujets de l'étude

Le test de concordance de script est un outil d'évaluation du raisonnement clinique. Le principe est de poser un « micro-jugement » sur des options proposées dans une situation clinique complexe.

Le test se présente sous forme de 20 vignettes explorant des situations cliniques différentes dans le champ de l'éthique médicale, apportant des informations incomplètes sur un patient.

Chaque vignette est composée de 3 items (A, B et C) sans liens entre eux, il ne s'agit pas d'une suite chronologique.

Ces items sont divisés en 3 colonnes : la première colonne contient une attitude possible en rapport avec la situation clinique initiale, la deuxième colonne apporte une nouvelle information.

Il s'agit alors d'évaluer l'influence de la nouvelle donnée sur l'attitude initiale en surlignant une des propositions de l'échelle à 5 points située dans la 3^{ème} colonne qui correspond le plus à votre opinion.

Ce test est anonyme, il est important que vous répondiez le plus sincèrement possible, en un temps maximal de 60 minutes.

Exemple

Me Sylvie, âgée de 80 ans et vivant en maison de retraite présente depuis 24 heures une décompensation cardiaque sans amélioration malgré l'administration de diurétique par voie intra veineuse.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
Hospitaliser la patiente	Elle vous rappelle qu'elle refusera l'hospitalisation et tout « acharnement thérapeutique »	-2 -1 0 1 2

Surlignez la proposition qui vous semble adéquate :

Cette nouvelle information rend l'option initiale

- 2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°1

Mme Eléonore, âgée de 75 ans est atteinte d'un cancer du sein avec métastases pulmonaires et osseuses (au niveau de la 5^{ème} vertèbre dorsale) à l'origine de douleurs intenses ayant nécessité la mise en place d'une pompe à morphine dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Son traitement comporte également une héparinothérapie à dose curative suite à une embolie pulmonaire ainsi que TAMOXIFENE. Les douleurs initialement contrôlées sont devenues intolérables.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. augmenter les doses de morphine	l'examen révèle une dyspnée	-2 -1 0 1 2
B. arrêter tout traitement hormis le traitement antalgique face à cette dégradation de l'état général faisant craindre un pronostic fatal à court terme	l'examen révèle un œdème du membre inférieur	-2 -1 0 1 2
C. maintenir Mme Eléonore à domicile	les soignants vous font part de leurs difficultés quotidiennes (techniques, psychologiques...) à prendre en charge cette patiente	-2 -1 0 1 2

Cas n°2

M. Philippe âgé de 60 ans présente une néoplasie du pancréas avec évolution métastatique depuis quatre mois, ne répondant pas à la chimiothérapie. Il présente une altération de l'état général importante (OMS 3) et refuse une alimentation parentérale. Il vit avec son épouse qui vous fait part de son épuisement. Il est en hospitalisation à domicile avec un traitement comprenant une pompe à morphine. Il présente des douleurs abdominales intenses et ne souhaite plus vivre ainsi plus longtemps. Il vous supplie de réaliser une euthanasie active.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. refuser cette euthanasie	le patient présente des hématuries et refuse une hospitalisation	-2 -1 0 1 2
B. refuser cette euthanasie	l'équipe soignante vous incite à accéder à sa demande	-2 -1 0 1 2

Après majoration importante des doses de morphine et d'anxiolytiques, M. Philippe est somnolent en permanence.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
C. réduire les posologies de ces traitements	sa femme vous demande d'abrèger sa vie	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°3

Mme Laure âgée de 90 ans, se plaint de douleurs abdominales depuis plusieurs semaines dans un contexte d'altération de son état général. Elle vit seule à domicile.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. ne pas réaliser d'investigations	vous examenez et retrouvez une masse à la palpation abdominale	-2 -1 0 1 2
B. l'hospitaliser afin de réaliser un bilan	la patiente vous dit qu'elle refusera tout traitement	-2 -1 0 1 2
C. ne pas réaliser d'investigations	la famille vous harcèle pour obtenir un diagnostic précis	-2 -1 0 1 2

Cas n°4

Mme Fabienne âgée de 65 ans, atteinte d'une maladie d'Alzheimer vit en EHPAD depuis quatre ans. Son état de démence avancée ne lui permet pas de maintenir un lien social et affectif avec son entourage. Elle a présenté, il y a quelques jours, un accident vasculaire cérébral avec altération de conscience. Le scanner cérébral retrouve une hémorragie cérébrale. On note dans ses antécédents une coronaropathie.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. instaurer un traitement médicamenteux en EHPAD en accord avec la famille	le tuteur légal de la patiente vous demande de l'hospitaliser	-2 -1 0 1 2
B. hospitaliser la patiente	sa fille vous rappelle qu'il y a cinq ans alors que Mme Fabienne ne souffrait pas de démence elle avait notifié par écrit son refus d'un acharnement thérapeutique	-2 -1 0 1 2
C. instaurer un traitement médicamenteux en EHPAD	le directeur de l'EHPAD vous demande d'hospitaliser la patiente au motif qu'il s'agirait d'une non assistance à personne en danger si vous ne le faites pas	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°5

Mme Marie âgée de 70 ans, atteinte d'une maladie d'Alzheimer et vivant en EHPAD présente une artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade 4 avec nécrose cutanée du 1^{er} orteil droit depuis quelques jours.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et que vous apprenez que</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. instaurer un traitement médicamenteux en EHPAD	la famille de la patiente se montre favorable à une intervention chirurgicale	-2 -1 0 1 2
B. réaliser une abstention de soins invasifs avec l'accord de la famille	l'évolution se fait vers une ischémie aiguë du membre inférieur droit	-2 -1 0 1 2
C. instaurer un traitement médicamenteux	la famille de la patiente a consulté un autre médecin qui leur a conseillé une hospitalisation	-2 -1 0 1 2

Cas n°6

Mme Victoria âgée de 75 ans vous consulte suite à de multiples traumatismes. Elle présente de nombreux hématomes sur les membres et la face. Elle finit par vous avouer que son fils l'a frappée quelques jours auparavant. Cette situation s'est répétée plusieurs fois ces dernières années. Mme Victoria est veuve et vit avec son fils qui est célibataire. Elle a une fille (que vous ne connaissez pas) qui vit à plusieurs centaines de kilomètres, qu'elle voit peu, étant en conflit avec elle. Elle est dépendante de son fils financièrement, sa retraite ne lui permettant pas d'être indépendante. Vous êtes également le médecin traitant de son fils et cette situation vous surprend.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. respecter le choix de Mme Victoria de ne pas porter plainte	sa fille vous appelle en vous demandant de signaler cette maltraitance, elle-même ayant peur des représailles	-2 -1 0 1 2
B. dénoncer son fils après avoir encouragé Mme Victoria à porter plainte	la patiente vous supplie de ne pas le faire arguant que personne ne s'occupera d'elle	-2 -1 0 1 2
C. prévenir le procureur de la République de cette maltraitance	vous vous apercevez que Mme Victoria tient quelques propos incohérents	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°7

M. Frédéric, âgé de 57 ans, présente un rétrécissement aortique serré et doit bénéficier d'une chirurgie valvulaire. Il vous rappelle qu'il est témoin de Jéhovah et qu'il refusera une transfusion sanguine.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. respecter son refus de transfusion	M. Frédéric vous apprend que le chirurgien qui accepterait de l'opérer en respectant ses convictions malgré un risque vital est à 600 km de son lieu d'habitation	-2 -1 0 1 2
B. refuser de poursuivre sa prise en charge	M. Frédéric vous rappelle que vous êtes le médecin traitant de sa famille et qu'il n'a confiance qu'en vous	-2 -1 0 1 2
C. respecter son refus de transfusion	son état s'aggrave brutalement	-2 -1 0 1 2

Cas n°8

Mme Alice, âgée de 28 ans, vit en couple avec M. Xavier qui est séropositif pour le VIH. Il est peu observant de son traitement et n'a pas informé sa conjointe de sa pathologie. Vous êtes le médecin traitant de Mme Alice depuis qu'elle est enfant.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. respecter le secret médical	M. Xavier vous dit qu'il ne se sent pas capable d'informer Mme Alice de sa pathologie	-2 -1 0 1 2
B. accepter la décision de M. Xavier de ne pas informer Mme Alice de son statut VIH	vous apercevez sur le dernier bilan biologique de M. Xavier une charge virale très élevée	-2 -1 0 1 2
C. respecter le secret médical	quelques semaines plus tard Mme Alice vous apprend qu'elle est enceinte	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°9

M. Antoine âgé de 45 ans, exerçant la profession d'avocat vous décrit son addiction à la cocaïne et ne souhaite pas en informer son épouse.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. noter cette information dans son dossier médical informatique sans en avoir informé au préalable le patient	vous avez installé il y a quelques jours un logiciel permettant un partage du dossier médical avec vos deux associés	-2 -1 0 1 2
B. noter cette information dans son dossier médical informatique sans en avoir informé au préalable le patient	vous avez installé il y a quelques jours un logiciel permettant un partage du dossier médical avec un accès possible par votre secrétaire	-2 -1 0 1 2
C. noter cette information dans son dossier médical informatique sans en avoir informé au préalable le patient	vous avez installé il y a quelques jours un logiciel permettant un partage du dossier médical avec un accès possible par des internes en médecine générale en stage dans votre cabinet	-2 -1 0 1 2

Cas n°10

M. Christophe âgé de 45 ans, présentant un antécédent d'épisode dépressif majeur vous consulte afin de discuter des résultats du test VIH que vous lui avez prescrit quelques jours auparavant. Sa sérologie VIH est positive et le laboratoire l'a appelé en lui conseillant de venir vous voir.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. lui annoncer le résultat	le patient menace de se suicider en cas de positivité de cette sérologie	-2 -1 0 1 2
B. ne pas lui exposer lors de cette consultation d'annonce toutes les complications possibles du VIH	le patient vous demande expressément de le faire voulant « savoir toute la vérité »	-2 -1 0 1 2
C. respecter le secret médical après le décès de M. Christophe quelques années plus tard	son épouse refuse la sérologie VIH que vous lui proposez de faire en dépistage systématique	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°11

M. Alain âgé de 55 ans est conducteur de bus scolaire. Vous avez diagnostiqué récemment un syndrome d'apnées du sommeil mais il refuse un appareillage nocturne.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. l'inciter à prévenir le médecin du travail et respecter le secret médical	le patient vous affirme qu'il n'en fera rien et qu'il poursuivra son travail	-2 -1 0 1 2
B. prévenir vous-même le médecin du travail	vous apprenez que M. Alain a présenté plusieurs accidents de la voie publique survenus pendant son travail	-2 -1 0 1 2

M. Alain a consulté un autre médecin pour trouble anxieux. Il vous montre l'ordonnance qu'il lui a délivrée qui comporte une benzodiazépine à prendre trois fois par jour sans arrêt de travail.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
C. alerter le conseil de l'ordre	vous apprenez que ce confrère présente de nombreux problèmes personnels	-2 -1 0 1 2

Cas n°12

M. Benoît âgé de 50 ans, divorcé, ayant deux enfants vous consulte pour dysfonction érectile. Il n'a pas d'antécédents particuliers et un bilan biologique récent ne retrouve pas de facteurs de risque cardio-vasculaire.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. lui prescrire un IPDE5	vous relevez dans son dossier médical qu'il a récemment été condamné à une peine de prison pour agression sexuelle envers sa belle fille âgée de 14 ans	-2 -1 0 1 2
B. ne pas lui prescrire un IPDE5 du fait d'une condamnation récente à une peine de prison pour agression sexuelle envers une mineure	M. Benoît vous apprend qu'il est actuellement suivi par un psychiatre	-2 -1 0 1 2
C. lui prescrire un IPDE5 bien qu'il ait été récemment condamné à une peine de prison pour agression sexuelle envers une mineure	M. Benoît refuse que vous preniez contact avec le médecin pénitentiaire	-2 -1 0 1 2

IPDE5 : Inhibiteur de la Phosphodiesterase 5 (ex : sildénafil VIAGRA®)

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°13

M. Laurent âgé de 40 ans vous demande de remplir un formulaire médical en vue d'obtenir un prêt bancaire. Vous êtes son médecin traitant depuis quelques mois et ne l'avez vu en consultation que très rarement. En reprenant ses antécédents, vous mettez en évidence une splénectomie après un accident de la voie publique datant de dix ans. Au cours de la consultation, M. Laurent vous demande également un certificat médical attestant que ses vaccinations sont à jour dans le cadre d'un nouvel emploi comme égoutier.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. noter cet antécédent de splénectomie dans le formulaire amené par le patient	celui-ci vous demande expressément de ne pas le faire arguant que cet événement est ancien et qu'il n'en garde aucune séquelle	-2 -1 0 1 2
B. rédiger ce certificat médical	le patient vous informe qu'il refuse la vaccination contre la leptospirose	-2 -1 0 1 2

Quelques mois plus tard, M. Laurent s'est orienté vers un nouvel emploi dans le secteur médical. Il vous informe qu'il a des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires et qu'il refuse la réalisation de sérologies virales. Il vous demande un nouveau certificat médical attestant que ses vaccinations sont à jour.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
C. réaliser ce certificat médical	le patient vous informe qu'il refuse la vaccination contre l'hépatite B	-2 -1 0 1 2

Cas n°14

Mme Aurélie âgée de 24 ans consulte accompagnée de sa fille âgée de 20 mois. Elle vous demande un certificat attestant que sa fille bénéficie d'un allaitement maternel exclusif.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et que vous apprenez que</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. réaliser ce certificat	Mme Aurélie travaille à plein temps comme vendeuse	-2 -1 0 1 2
B. réaliser ce certificat	Mme Aurélie est en instance de divorce	-2 -1 0 1 2

Vous examinez sa fille et vous relevez des hématomes sur les membres. Mme Aurélie vous affirme que son mari est responsable de ces traumatismes et vous demande un certificat.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et que vous apprenez que</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
C. faire un signalement	le couple est en instance de divorce	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°15

Mme Catherine, âgée de 45 ans est en arrêt maladie depuis deux mois suite à un épisode dépressif majeur. Elle présente toujours des insomnies, angoisses et idées noires malgré un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutique.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. prolonger l'arrêt de travail	la patiente vous informe que son employeur menace de supprimer son poste	-2 -1 0 1 2
B. effectuer une reprise du travail à mi-temps	la patiente vous informe que l'employeur refuse ce mi-temps thérapeutique préférant qu'elle reste en arrêt de travail	-2 -1 0 1 2
C. prolonger l'arrêt de travail	vous apprenez qu'un médecin rémunéré par l'entreprise dans laquelle travaille Mme Catherine, estime que la prolongation de l'arrêt de travail n'est pas justifiée et que la patiente doit selon lui reprendre le travail	-2 -1 0 1 2

Cas n°16

Melle Justine âgée de 13 ans, vient consulter accompagnée de sa mère pour demande d'IVG après découverte d'une grossesse par test de détection urinaire réalisé la semaine dernière. Elle est en 5^{ème}, est en échec scolaire et n'a plus de contact avec son partenaire sexuel. D'après la date des dernières règles, vous estimez la grossesse à 13 semaines d'aménorrhée.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. adresser Melle Justine à un centre d'orthogénie	elle vous affirme qu'elle souhaite mener à terme cette grossesse contre l'avis de ses parents	-2 -1 0 1 2
B. respecter sa décision de mener à terme sa grossesse contre l'avis de ses parents	elle vous annonce qu'elle souhaite arrêter l'école et s'installer avec son nouveau petit ami (qui n'est pas le père de l'enfant qu'elle porte)	-2 -1 0 1 2
C. adresser Melle Justine à un centre d'orthogénie	elle vous informe qu'il s'agit de sa 3 ^{ème} grossesse après deux IVG	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°17

Mme Léa d'origine vietnamienne âgée de 42 ans vous consulte accompagnée de sa sœur. Mme Léa vient d'arriver en France et n'a pas de couverture sociale. Elle consulte pour un renouvellement de traitement de son diabète.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. effectuer un acte gratuit	Mme Léa vous propose de vous donner des légumes de son potager	-2 -1 0 1 2
B. rédiger l'ordonnance au nom de Mme Léa	Mme Léa vous demande de la faire au nom de sa sœur vous expliquant qu'elle présente d'importantes difficultés financières	-2 -1 0 1 2
C. effectuer un acte gratuit	Mme Léa vous tend la carte vitale de sa sœur qui bénéficie du 100% dans le cadre de son diabète	-2 -1 0 1 2

Cas n°18

M. Paul âgé de 25 ans se présente à votre consultation, vous expliquant son inquiétude quant à une invasion extra terrestre prochaine.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. à une hospitalisation sous contrainte	ses parents vous font part de leur méfiance vis-à-vis du milieu hospitalier psychiatrique	-2 -1 0 1 2
B. lui prescrire des antipsychotiques	vous apprenez que le patient vit avec son épouse et leur enfant âgé de 1 an.	-2 -1 0 1 2
C. à une hospitalisation sous contrainte	le patient vous dit qu'il risque de perdre son emploi s'il est hospitalisé	-2 -1 0 1 2

Cas n°19

Mme Irène âgée de 62 ans vient vous consulter pour avoir votre avis concernant son mari M. Antoine, que vous voyez rarement en consultation. Elle vous dit que le comportement de son mari a changé, qu'il est devenu plus exubérant et qu'il dépense beaucoup d'argent depuis deux mois (il a d'ailleurs contracté de nombreuses dettes). Il refuse de consulter un médecin. Mme Irène vous fait part de son désarroi et vous demande d'agir.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et que vous apprenez que</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. effectuer une demande de sauvegarde de justice	Mme Irène a un traitement comprenant des psychotropes	-2 -1 0 1 2
B. effectuer une hospitalisation à la demande d'un tiers	vous remplaçant a vu M. Antoine la semaine dernière et n'a rien noté de particulier dans le dossier	-2 -1 0 1 2
C. effectuer une curatelle	le couple est en instance de divorce	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Cas n°20

Mme Anaïs âgée de 32 ans consulte à 10 semaines d'aménorrhée. Il s'agit de sa première grossesse et elle se dit très heureuse, sans angoisse particulière.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
A. lui conseiller de réaliser le triple test	elle vous dit qu'il n'y a pas d'antécédents personnels et familiaux particuliers	-2 -1 0 1 2

Mme Anaïs a finalement réalisé le test de dépistage de la trisomie 21 foetale. Son gynécologue lui a conseillé de réaliser une amniocentèse. Elle vous demande des conseils car elle n'a pas bien compris les modalités de cet examen.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et que vous apprenez que</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
B. lui conseiller la réalisation de l'amniocentèse	le risque de trisomie 21 est évalué à 1/350	-2 -1 0 1 2

Mme Anaïs revient vous consulter quelques semaines plus tard, paniquée : l'échographie a révélé la présence d'une fente palatine. Elle souhaite une interruption de sa grossesse.

<i>Si vous pensiez</i>	<i>Et qu'alors</i>	<i>Cette nouvelle donnée rendrait votre attitude initiale</i>
C. la rassurer quant à la bénignité de cette lésion	elle vous dit que la fente palatine est le signe du démon dans sa culture	-2 -1 0 1 2

Cette nouvelle information rend votre attitude initiale

-2 : totalement inadaptée, -1 : plutôt inadaptée,

0 : inchangée (la nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'attitude initiale),

1 : plutôt adaptée, 2 : totalement adaptée

Annexe 3 : Aspects éthiques observés dans les objectifs pédagogiques terminaux des items étudiés au cours du deuxième cycle des études médicales d'après le Bulletin Officiel n°20 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 16 mai 2013.

Unité d'enseignement 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle

L'étudiant doit apprendre à maîtriser la **relation médecin-malade** (...) Il a une obligation d'auto-formation grâce à la recherche documentaire, à l'analyse critique, et à l'apprentissage à la résolution de problèmes. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, doit respecter la **déontologie et les droits des malades**.

N° 1. **La relation médecin-malade.** L'annonce d'une maladie grave. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- Expliquer les bases de la **communication** avec le malade.- Établir avec le patient une **relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.**
- **Se comporter de façon appropriée** lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès.
- Élaborer un **projet pédagogique individualisé** pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique **en tenant compte de sa culture, ses croyances.**

N° 2. **Les valeurs professionnelles** du médecin et des autres professions de santé

- Analyser l'évolution de ces valeurs depuis les préceptes hippocratiques jusqu'à leur traduction dans les textes réglementaires en vigueur.
- Connaître les interactions avec les autres professions de santé.

N° 3 - **Le raisonnement et la décision en médecine.** La médecine fondée sur des preuves. L'aléa thérapeutique (...).

N° 7. **Les droits individuels et collectifs du patient.**

- Préciser les apports de la loi du 4 mars 2002 (et des lois postérieures) : droits individuels (information, consentement, accès au dossier, directives anticipées, personne de confiance, et droits collectifs (représentants des usagers, associations agréées, etc.).
- Comprendre les enjeux du droit à l'information du patient dans la relation médicale ; le patient co-acteur de ses soins et de sa santé.
- Préciser les conditions du recueil du consentement éclairé qui impose une obligation d'information sur les risques.
- Préciser les conditions du recueil du consentement à la collecte, au traitement et à l'échange des données dans des situations distinctes (établissement de santé, exercice collégial, exercice individuel, etc.).
- Connaître les règles du partage des données de santé entre professionnels de santé.

- Connaître les principes d'élaboration et d'exploitation du dossier du patient, support de la coordination des soins.

N° 8. **Éthique médicale.**

- **Décrire les principes éthiques et l'argumentation d'une décision d'interruption volontaire ou médicale de grossesse (IVG / IMG) ; les questions posées par le diagnostic prénatal et le diagnostic préimplantatoire (DPN/DPI).**
- **Décrire les principes éthiques et les procédures règlementaires du don d'organe (donneur décédé et don d'organes entre vifs).**
- **Décrire les principes éthiques de la recherche biomédicale : protection des personnes et régulation, collections et règles en vigueur sur la conservation des éléments et produits du corps humain, centres de ressources biologiques, sérothèques.**
- **Décrire les principes éthiques du consentement aux soins : non opposition et consentement oral (libre et éclairé), procréation médicalement assistée (voir item 18), tests génétiques (voir item 43), exercice en équipe pluriprofessionnelle.**
- **Décrire les principes éthiques et les modalités pratiques de la protection des malades vulnérables (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future).**
- **Décrire les principes éthiques lors des phases palliatives ou terminales d'une maladie, aborder de façon appropriée avec le malade et son entourage les notions d'obstination déraisonnable et de limitation thérapeutique, de sédation.**

N° 9. **Certificats médicaux.** Décès et législation. **Prélèvements d'organes** et législation.

- Préciser les règles générales d'établissement des certificats médicaux et leurs conséquences médico-légales, y compris les certificats de coups et blessures et notions d'ITT. Décrire l'examen d'un cadavre, connaître les différents types d'autopsie.
- Préciser les principes de la législation concernant le décès et l'inhumation.
- Préciser les principes de la législation concernant les prélèvements d'organes.

N° 10. **Violences sexuelles.**

- Connaître les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation.

N° 11. **Soins psychiatriques sans consentement.**

- Principes de la loi de juillet 2011 : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.
- Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.

N° 12. **Responsabilités** médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire

- Différencier les types de responsabilité liés à la pratique médicale. (...)

N° 15. Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.

- Expliquer la structuration du système de santé entre soins primaires (premier recours), secondaires et tertiaires. (...)
- Analyser de manière critique les évolutions de recours aux soins (quantitativement et qualitativement) au regard des évolutions épidémiologiques, économiques, technologiques, professionnelles et socioculturelles.

- Identifier les éléments clés nécessaires aux notions de **coordination, de continuité et de globalité des soins** (parcours de soins ou de santé).
- Expliquer les principes et finalités des parcours de soins, de la coordination des professionnels ainsi que de la gradation des soins.
- Exposer les attentes en matière de développement des pratiques de **télémédecine**.

N° 16. La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La couverture médicale universelle. La consommation médicale. Protection sociale.
Consommation médicale et économie de la santé.

- Expliquer l'organisation de la protection sociale en France.
- Expliquer le rôle des assurances complémentaires et son évolution.
- Justifier l'institution de la Couverture maladie universelle (CMU) ; en préciser le périmètre et les limites.
- Expliquer la problématique des Affections de Longue Durée (ALD) et la notion de « reste à charge ».
- Préciser le cadre de l'administration des soins aux étrangers.
- Préciser les principaux indicateurs de consommation et de coût de la santé en France.

N° 18 - La méthodologie de la **recherche** expérimentale et clinique.

- Élaborer une question scientifique et effectuer une recherche documentaire sur un sujet, et une analyse critique des données existantes.
- Décrire l'information du patient et le consentement éclairé.
- Connaître les grands principes de la réglementation de la recherche clinique (voir item 8).

Unité d'enseignement 2- De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent

N° 21. **Examen pré-nuptial.**- Préciser les dispositions réglementaires et les objectifs de l'examen pré-nuptial.

N° 26. Prévention **des risques fœtaux** : infection, médicaments, toxiques, irradiation

- Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.
- Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues (substances psycho-actives), à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

N° 36. **Interruption volontaire de grossesse (...).**

N° 38. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et **éthiques**.

N° 43. Problèmes posés par les **maladies génétiques**.

- Expliquer les bases du conseil génétique, les possibilités de diagnostic prénatal (modalités et options de prise en charge dans le cadre d'une maladie d'une particulière gravité).

- Expliquer la prescription des tests génétiques : organisation et aspects réglementaires (voir item 8).
- Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.

Unité d'enseignement 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives

N° 54. **L'enfant handicapé** : orientation et prise en charge (voir items 115, 117).

N° 55. **Maltraitance** et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.

- Repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.
- Argumenter la démarche médicale et administrative nécessaire à la protection de la mère et de l'enfant.

N° 57. Sujets en situation de **précarité**.

- Connaître les facteurs de risque.
- Évaluer la situation de précarité, définir les différents types et niveaux de précarité.
- Évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité.

N° 74. **Addiction** à l'alcool.

N° 75. **Addiction** aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés) (...).

N° 76. **Addiction** au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse (...).

N° 77. **Addictions** comportementales (...).

Unité d'enseignement 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement

N° 115. La **personne handicapée** : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique.

- Savoir organiser le retour ou le maintien à domicile d'une personne handicapée.
- Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.
- Favoriser le maintien au travail (...).

N° 117. Le **handicap** psychique (voir item 54 et 115).

- Évaluer le handicap psychique de l'adulte. Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.
- Évaluer le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent en matière d'intégration scolaire et d'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social (...).

N° 119. Vieillesse normale : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique (...).

- Décrire les **conséquences sociales et économiques** de l'évolution de la pyramide des âges.

N° 126. La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.

- Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de poly-pathologie et de **vulnérabilité** en gériatrie. (...)

- **Syndrome de fragilité.**

N° 130. **Autonomie et dépendance** chez le sujet âgé (...).

N° 136. **Soins palliatifs pluridisciplinaires** chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale. Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire.

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.

- Connaître les étapes d'une démarche de soins, de traitement et d'accompagnement du patient et de son entourage lors des situations les plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales (traitement des symptômes respiratoires, digestifs, buccaux, neurologiques, psychiatriques, agoniques...).

- Connaître l'organisation des soins palliatifs en France et savoir faire appel à des équipes ressource ou à des services de recours.

N° 137. **Soins palliatifs pluridisciplinaires** chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques.

- Se comporter de façon appropriée avec une personne atteinte de maladie létale. Savoir communiquer avec les personnes malades et leurs proches lorsque la visée principale des traitements devient palliative. Connaître les mécanismes psycho-adaptatifs du patient atteint de maladie grave. Connaître des repères pour être en relation et accompagner une personne malade et son entourage.

- Se comporter de façon adaptée lorsqu'un patient formule un refus de traitement ou un souhait de mourir.

- Aborder les questions éthiques, légales et sociétales posées lors des phases palliatives ou terminales d'une maladie grave, chronique ou létale.

- Participer à une délibération, personnelle et collective, et à une prise de décision dans les situations où se pose un questionnement relatif à des investigations, des orientations de traitements (notion de proportionnalité) : hydratation ou nutrition artificielles, transfusion, antibiotique, corticoïdes, anticoagulants, chimiothérapies.

N° 138. **Soins palliatifs pluridisciplinaires** chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase

terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté.

- Connaître les indications de la sédation.
- Savoir délibérer individuellement et collectivement pour aboutir à une décision de sédation.
- Savoir mettre en œuvre et évaluer les effets d'une sédation pour un patient atteint de maladie létale.
- Comprendre la distinction entre une sédation pour détresse en phase terminale et une euthanasie.
- Savoir analyser une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et apporter par tous les moyens légaux une réponse à la détresse qui sous-tend une telle demande.

N° 139. Connaître les aspects spécifiques des **soins palliatifs en pédiatrie**.

- Évaluer les symptômes.
- Connaître les soins, les traitements, l'accompagnement d'un enfant et de son entourage lors des phases avancées de maladies létales.
- Connaître les spécificités des soins palliatifs associés aux situations de maternité, périnatalité, réanimation néonatale.
- Connaître les caractéristiques du deuil périnatal.
- Connaître les soins palliatifs auprès des enfants en situation de handicap évolutif.

N° 140. Connaître les aspects spécifiques des **soins palliatifs en réanimation**.

- Décrire la procédure collégiale et la décision médicale relative à l'introduction, la limitation, et l'arrêt des thérapeutiques actives.

N° 141. Deuil normal et pathologique.

- Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de **prévention et d'accompagnement**.

Unité d'enseignement 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail

N° 143. Vaccinations.

- Adapter l'indication des vaccinations en fonction **du risque individuel et collectif**.
- Argumenter la **balance bénéfices/risques** des principaux vaccins.

N° 178. Environnement professionnel et santé au travail.

Unité d'enseignement 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang

N° 197. Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; **aspects éthiques et légaux**.

Unité d'enseignement 9 : Cancérologie - Onco-hématologie

N° 287. Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et **dépistage** des cancers (...).

N° 291. Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et **l'information** du malade (...).

- Connaître les objectifs du **dispositif d'annonce et de la mise en place d'un programme personnalisé des soins**.

N° 292. **Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux** à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et **éthiques**. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance.

- Expliquer les principes de la prise en charge globale du malade à tous les stades de la maladie en tenant compte des problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

- Comprendre et intégrer la notion de discussion collégiale pour les prises de décision en situation de complexité et de limite des savoirs.

Unité d'enseignement 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses

N° 319. **La décision thérapeutique personnalisée** : bon usage dans des situations à risque.

- Argumenter une décision médicale partagée avec un malade et son entourage (voir item 3).

- Argumenter une prescription médicamenteuse, les modalités de surveillance et d'arrêt du médicament, en tenant compte des caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques du médicament, des caractéristiques du patient, de ses comorbidités, de la polymédication, des risques potentiels, et des objectifs poursuivis.

N° 321. **Éducation thérapeutique**, observance et automédication.

Annexe 4 : Le programme d'enseignement de l'éthique médicale, la déontologie et le droit durant le premier cycle des études médicales de l'université de médecine Paul Sabatier de Toulouse

Programme de PACES

Unité d'enseignement Santé société Humanité (47h par étudiant)

- 1 – Santé Publique
- 2 – L'Homme et son Environnement
- 3 – Approche psychologique et sociologique des comportements
- 4 – Droit, déontologie, éthique
- 5 – La démarche scientifique, épistémologie, histoire des sciences de la santé

Programme de DFGSM2 de la faculté de Rangueil

UNITE D'ENSEIGNEMENT SANTE SOCIETE HUMANITE

- Session 3H : Psychologie médicale
 - Bases de la psychologie médicale
 - Réactions et mécanismes de défense psychologiques face à la maladie
- Session 3H : Psychologie médicale
 - Aspects psychologiques de la relation médecin-malade aux différents âges de la vie
 - Relation médecin-malade avec des adultes
 - Relation médecin-malade avec des enfants
- Session 3H :
 - L'être humain devant la souffrance et la mort
 - Annonce d'une maladie grave et information du patient
 - Le médecin face au deuil : deuil normal, deuil pathologique
- Session 3H : Ethique et relation en santé
 - Bases de la philosophie morale et éthique
 - Ethique et relations de soin
 - Bases de la relation médecin-malade en consultation
- Session 3H : Ethique et déontologie médicale
 - Ethique médicale, bioéthique, éthique de la recherche

Programme de DFGSM2 de la faculté de Purpan

UNITE D'ENSEIGNEMENT SANTE SOCIETE HUMANITE

- Psychologie de la relation de soin 3h :
 - Introduction à la santé, expériences et représentations du corps, de la maladie et des traitements (connaissance de l'histoire des soins et des sciences)
 - Bases épistémologiques de la médecine de soins, la médecine est-elle une science ?
 - Savoirs et pouvoirs médicaux
- Éthique et déontologie médicale 3h :
 - Éthique médicale, bioéthique, éthique de la recherche

Programme de DFGSM3 de la faculté de Rangueil

Considérations éthiques et psychologiques en génétique médicale (2h) :

- Fondements éthiques
- Prise en charge psychologique, accompagnement des malades, des familles, des couples
- Réflexions sur les issues du diagnostic génétique
- Retour sur le diagnostic prénatal et préimplantatoire

Programme de DFGSM3 de la faculté de Purpan

ETHIQUE MEDICALE ET DROIT MEDICAL

L'enseignement porte sur la déontologie médicale, le droit médical afin de permettre la réflexion sur les situations nécessitant des choix éthiques. Une approche multidisciplinaire permet de couvrir les thèmes de l'éthique de la recherche, de la promotion, du début et de la fin de vie. Plusieurs débats seront organisés.

- Introduction à l'éthique
- La déontologie
- L'éthique biomédicale
- La recherche biomédicale et la protection des personnes
- Le secret médical
- Le respect du corps humain
- La nouvelle législation des prélèvements d'organes
- Les droits des patients
- Les lois de bioéthique

Deux débats : soit « Ethique et génétique », soit « Consentement et droits de la personne », ou un autre sujet d'actualité.

Assessment of the ethical reasoning in general medicine by Script Concordance Test

Abstract :

The assessment of the ethical reasoning is complex and remains an essential challenge in the medical formation.

The Script Concordance Test (SCT) was developed in the nineties to allow a reproducible and standardized assessment of clinical reasoning, highlighting the skills acquired through experience. We explored its application in the field of clinical ethics in general medicine. This SCT has been tested with a group of students, residents and general practitioners installed. The scores of the general practitioners being higher than those of the students, that reveals the use potential of this test as well in initial training in the assessment of the students as in continuing education of the general practitioners.

Keywords :

General medicine – clinical ethics – Script Concordance Test – clinical reasoning – assessment - teaching

Evaluation du raisonnement éthique en médecine générale par Test de Concordance de Script

Toulouse, le 5 juin 2014

L'évaluation du raisonnement éthique est complexe et reste un enjeu essentiel dans la formation médicale.

Le test de concordance de script (TCS) a été développé dans les années 90 pour permettre une évaluation reproductible, standardisée du raisonnement clinique, mettant en avant les compétences acquises par l'expérience. Nous avons exploré son application dans le champ de l'éthique clinique en médecine générale. Ce TCS a été testé auprès d'un groupe d'externes, d'internes en médecine générale et de médecins généralistes installés. Les scores des médecins généralistes étant supérieurs à ceux des étudiants, cela révèle la possibilité d'utilisation de ce test tant en formation initiale dans l'évaluation des étudiants qu'en formation continue des médecins généralistes.

Titre en anglais : Assessment of the ethical reasoning in general medicine by Script Concordance Test

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : médecine générale - éthique clinique - Test de Concordance de Script - raisonnement clinique - évaluation - enseignement

Université TOULOUSE III - Faculté de médecine Rangueil - 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeurs de thèse : Pr VIDAL Marc et Dr MICHOT-CASBAS Maïlys