

Quels dilemmes éthiques rencontrent les internes de médecine générale de Montpellier ? Étude descriptive qualitative et quantitative réalisée en 2018

Julie Bourg

▶ **To cite this version:**

Julie Bourg. Quels dilemmes éthiques rencontrent les internes de médecine générale de Montpellier ? Étude descriptive qualitative et quantitative réalisée en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964577

HAL Id: dumas-02964577

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964577

Submitted on 12 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2019
Par Julie BOURG

QUELS DILEMMES ETHIQUES RENCONTRENT LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MONTPELLIER ?

Étude descriptive qualitative et quantitative réalisée en 2018

Directeur de thèse : Mme BADIN Mélanie

JURY

Président

M. AMOUYAL Michel *Professeur des Universités de Médecine Générale*

Assesseurs

M. BRINGER Jacques *Professeur Émérite*

M. SERAYET Philippe *Maître de conférences associé de Médecine Générale*

Mme BADIN Mélanie *Docteur en Médecin Générale*

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2019
Par Julie BOURG

QUELS DILEMMES ETHIQUES RENCONTRENT LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MONTPELLIER ?

Étude descriptive qualitative et quantitative réalisée en 2018

Directeur de thèse : Mme BADIN Mélanie

JURY

Président

M. AMOUYAL Michel *Professeur des Universités de Médecine Générale*

Assesseurs

M. BRINGER Jacques *Professeur Émérite*

M. SERAYET Philippe *Maître de conférences associé de Médecine Générale*

Mme BADIN Mélanie *Docteur en Médecin Générale*

« Éloigne de moi l'idée que je peux tout »

Maimonide, *La prière da Maimonide*

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal - Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal - Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian -Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul - Épidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges - Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition

AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive
BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANOVAS François - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald - Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier - Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John - Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne - Neurologie
GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel - Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie - virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence - Cardiologie
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis - Pédiatrie
NAVARRO Francis - Chirurgie générale
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume - Anatomie

CAYLA Guillaume - Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DORANDEU Anne - Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GENEVIEVE David - Génétique
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William - Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris - Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier - Néphrologie
NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David - Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio - Chirurgie générale
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry - Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle - Ophtalmologie
MULLER Laurent - Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe - Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique
CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale - Épidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Epidémiologie Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
PUJOL Joseph - Anatomie
RICHARD Bruno - Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline - Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie biologique
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier - Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin - Anatomie
DE JONG Audrey - Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
GOUZI Farès - Physiologie
HERRERO Astrid - Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix - Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie - Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa - Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

Maîtres de conférences de 1ère classe

COSTA David

Maîtres de conférences de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN - Rhumatologie
BASTIDE Sophie - Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis - Chirurgie générale
TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,
Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,
Professeur des Universités, Docteur en Médecine Générale,
Tu me fais l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je te remercie pour ta confiance et tes conseils lors de mon stage dans ton cabinet. C'est une véritable chance d'avoir pu apprendre cette belle relation de soin à tes cotés !

À **Monsieur le Professeur Jacques BRINGER,**
Professeur Émérite, Président du conseil d'orientation de l'Espace de Réflexion Éthique Occitanie Montpellier,
Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Les valeurs que vous m'avez enseignées dans le cadre de la formation en Éthique des pratiques du soin sont la clé de voûte de ce travail.
Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

À **Monsieur le Docteur Philippe SERAYET,**
Maître de Conférences des Universités, Référent régional comité d'éthique CNGE,
Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Veuillez croire en ma sincère gratitude.

À la Directrice de cette thèse
Madame le Docteur Mélanie BADIN,
Docteur en Médecine Générale,
Merci pour tes nombreux conseils, tu as su me diriger pour que je rende un travail de qualité, pertinent et compréhensible, ce n'était pas toujours gagné !
Au plaisir de se retrouver autour d'un bon repas comme nos parents nous ont appris !

À ma famille qui m'a soutenue depuis toujours et durant ses années de médecine !

À ma mère qui m'a faite ! Tu as supporté et su porter mes sautes d'humeurs, mes crises de nerfs, le silence imposé, en me concoctant de délicieux repas ! Merci pour tout ce temps passé à m'écouter, corriger toutes mes fautes d'orthographe et cette patience, tu es vraiment une super maman!
À mon père qui m'a écouté déblatérer mes histoires et mes râleries ! Merci pour ton soutien constant, ton intérêt pour mon univers et tes bons plats !
Mon artiste de sœur toujours présente pour prendre ma défense et pour me changer les idées! Je suis trop contente que tu ne t'installes pas si loin de chez moi !!
A mes grands-parents qui m'impressionnent par leur force et qui m'ont beaucoup soutenu malgré leurs soucis!
Mes oncles, ma tatan, mes cousines et mes cousins que j'adore qui sont toujours là pour rire manger et prendre l'apéro ! Spéciale dédicace à Virginie qui a sauvé mon estomac de l'enfer de la mise en page ! Aux parents de ma magnifique Zoé pour l'avoir faite et m'en avoir fait marraine !

Merci à ma deuxième famille stéphanoise : Crout, Norb, Maxou, Popo, Manue et Jobi, ma famille de cœur voilà plus de dix ans toujours là pour partager des débats enflammés, des commérages, des randonnées et des bonnes tranches de rigolade et spéciale dédicace à Pierrine qui m'a particulièrement écouté râler et qui m'a sauvée à maintes reprises dans cette rédaction de thèse !!
Hélène et Juliette pour me faire vivre des expériences inattendues et folles ! Cha et notre passion pour la cuisine !

Mi amor et Mo pour tous ses moments passés en musique autour d'une bière, ou deux... Raffi et ses histoires farfelues, Midou et ses tacos, Raphael, ton écoute, ton soutien et tes bons plats !
Mamelle bien sûr, qui malgré la distance a su être toujours présente ! 18 ans d'une belle amitié !

Les Bidochons qui attendent mon installation dans le Pilat, m'attirant avec du bon saucisson !

À Rémi qui, toujours de bonne humeur, a supporté ces journées de boulots sans fin et en silence dans son salon !

Aux Bertrand qui m'ont accueilli dans leurs dimanches en famille !

Aux Montpelliérains, Mimoune et tes sorties toujours inattendues, Amin et tes conseils conjugaux, Huguette et tes talents de coiffeur, Marine et tes délicieuses frittes, Cassou et tes galères qui dédramatisent tout, Bernie et tes bonnes blagues, Moka qui me crois encore en prison, Sich, mon fils, qui m'a fait découvrir Black M, Soso ma première coloc et nos discussions sans fin, Manon et tes petits plats, Ariane et ta joie de vivre, Chef Laure et nos délires, Nico et nos soirées Dub Inc, Coco mon futur coloc et ton aide colossale sur mes statistiques de l'enfer, Saïmon et ton positivisme, Margaux et nos marrades à l'UMCH, Meryl des Iles, Lisa l'imperturbable, Djoulaïe à la buvette, Claire et Valou pour vos punaises de lit, Sarah et ta douceur, Rachid et tous ces beaux moments partagés...

Manu et ton paragraphe,

Mahouche ma super coloc et surtout amie ! A toutes ses heures passées autour de cette magnifique table rouge mais surtout à tous nos fous rires !

Et enfin merci à toutes les équipes qui m'ont encadrée tout au long de ces longues études auprès de qui j'ai découvert la relation de soin et la beauté de la médecine générale et de l'humain : l'équipe de gastro entérologie de Narbonne : Dr FENTUI, Laurie, Sophie, Béa..., les Drs Laure Ferrière, Mathieu Deshayes, Benedicte Teisserenc, l'équipe de VLM, le Dr Chloé Trial-Geri et l'équipe de la Apard pour leur acceuil en comité d'éthique et de plaie et cicatrisation, l'équipe de médecin du monde, du Ceggid, de la PMI, de pédiatrie Biteroise, Marie-Rose, Annie et toutes les secrétaires médicales qui ont croisé ma route !

SOMMAIRE

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT **1**

REMERCIEMENTS **8**

SOMMAIRE **10**

1 - INTRODUCTION **13**
1.1. L'éthique et la médecine 13
1.1.1. Définitions 13
1.1.2. Histoire de l'éthique en médecine 13
1.2. La formation en éthique 14
1.2.1. Une formation des professionnels indispensable 14
1.2.2. Un enseignement qui manque 14
1.2.3. Des internes peu intéressés 15
1.2.4. Les recommandations actuelles 16
1.2.4.1. Propositions des comités d'experts 16
1.2.4.2. Recommandations de la HAS : programme de l'ECN (44) 17
1.3. Formation actuelle en éthique à Montpellier 17
1.3.1. Formation des internes de médecine générale 17
1.3.2. Unités d'Enseignement libres soulevant des questions éthiques proposées aux externes 18
1.3.3. Espace de réflexion éthique Occitanie 18
1.4. Objectif de l'étude 18

2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE **20**
2.1. Type d'étude 20
2.1.1. Phase 1 : analyse thématique par émergence de donnée 20
2.1.2. Phase 2 : étude observationnelle descriptive transversale 20
2.1.3. Critère d'évaluation 20
2.2. Matériel de travail : les cas des Groupes d'Échange de Pratique Tutorés 20
2.3. Description de la population cible 21
2.3.1. Critères d'inclusion 21
2.3.2. Critères de non-inclusion 22
2.3.3. Critère d'exclusion 22
2.4. Schéma de l'étude 22
2.5. Recueil de données 22
2.5.1. Recueil de données 22
2.5.2. Traitement des données 23
2.6. Analyse des données 23
2.6.1. Phase 1 : analyse inductive générale 23
2.6.2. Phase 2 : analyse statistique 24
2.7. Considérations éthiques 24

3 - RÉSULTATS **25**
3.1. Description de la population étudiée 25
3.1.1. Diagramme de flux 25
3.1.2. Description des auteurs des cas cliniques 26
3.2. Phase 1 : analyse thématique par émergence de données 26
3.2.1. Description des catégories 27
3.2.1.1. Le conflit d'intérêt 27
3.2.1.2. La fin de vie 27
3.2.1.3. La relation de soin médecin-patient 28
3.2.1.4. La vulnérabilité 28
3.2.1.5. Les relations interprofessionnelles 29
3.2.1.6. L'information du patient 30
3.2.1.7. Le consentement éclairé 30
3.2.1.8. Le secret médical 31
3.3. Phase deux : analyse statistique 31

3.3.1. Diagramme de flux des dilemmes éthiques découverts 31
3.3.2. Répartition des catégories éthiques émergentes 32
3.3.2.1. Sur l'ensemble de la population étudiée 32
3.3.2.2. Dans les différentes années de DES 33
3.3.3. Description des catégories et de leur composition 34
3.3.3.1. La vulnérabilité 34
3.3.3.2. La relation de soin médecin-patient 35
3.3.3.3. La fin de vie 35
3.3.3.4. L'information du patient 36
3.3.3.5. Le consentement éclairé 36
3.3.3.6. Les relations interprofessionnelles 37
3.3.3.7. Les conflits d'intérêts 37
3.3.3.8. Le secret médical 38
3.3.4. Répartition des sous-catégories 39

4 - DISCUSSION 41
4.1. Réponse à la question posée 41
4.2. Forces et faiblesses de l'étude : validité interne 41
4.2.1. Les forces de l'étude 41
4.2.1.1. Une méthode mixte à protocole exploratoire 41
4.2.1.2. Une multiplicité de terrain 42
4.2.1.3. Des biais limités 42
4.2.2. Les faiblesses de l'étude 42
4.2.2.1. Biais de sélection 42
4.2.2.2. Une analyse basée sur l'interprétation 43
4.3. Forces et faiblesses de l'étude : validité externe 44
4.3.1. La vulnérabilité 44
4.3.2. La relation de soin médecin-patient 45
4.3.3. La fin de vie 45
4.3.4. L'information du patient 46
4.3.5. Le consentement éclairé 46
4.3.6. Les relations interprofessionnelles 46
4.3.7. Le conflit d'intérêt 46
4.3.8. Le secret médical 47
4.3.9. Les thèmes absents 47
4.4. Interprétation des résultats 48
4.4.1. La population 48
4.4.2. Les catégories 48
4.4.2.1. Le conflit d'intérêt 48
4.4.2.2. La fin de vie 49
4.4.2.3. La relation de soin médecin patient 50
4.4.2.4. La vulnérabilité 51
4.4.2.5. Les relations interprofessionnelles 51
4.4.2.6. L'information du patient 52
4.4.2.7. Le consentement éclairé 52
4.4.2.8. Le secret médical 53
4.5. Perspectives 53

LISTE DES ABRÉVIATIONS 56

TABLE DES FIGURES 57

BIBLIOGRAPHIE 58

ANNEXES 61
Annexe 1 : Programme de cours de DES de Médecine générale à 61
Montpellier 2018-2019 61
Annexe 2 : mail aux tuteurs 63
Annexe 3 : Mail aux internes 64
Annexe 4 : Programme de cours du DIU Éthique dans les pratiques du soin année 2018 - 2019 65
Annexe 5 : Fiche GEPT exemple de cas 68

SERMENT **69**

PERMIS D'IMPRIMER **70**

1 - INTRODUCTION

1.1. L'éthique et la médecine

1.1.1. Définitions

Réfléchie par de nombreux philosophes d'Hippocrate de Cos à Paul Ricœur, aucune définition de l'éthique n'est universelle (1–7). Nous choisirons ici celle du Pr P. Le Coz qui définit l'Éthique comme un dilemme, un questionnement, qui intervient dans des situations qui nous obligent à choisir entre des obligations morales (8). La **Morale** est propre à chacun, elle est définie par G. Moutot comme un « ensemble de principes ou de normes relatifs au bien et au mal, qui permettent de juger et de qualifier les actions humaines » (4,9). L'Éthique n'est donc pas la morale même si étymologiquement en référence au Grec et au Latin, l'une et l'autre signifient « mœurs ».

À ces deux notions fondamentales s'associe la **Déontologie,** ensemble des règles qui régissent les rapports des Hommes dans un corps professionnel. Dans l'exercice de la médecine, elle est inscrite dans le Code de Déontologie Médicale qui lui-même est intégré au Code de Santé Publique (10,11). Il établit les relations que doivent entretenir les médecins entre eux ou entre leurs malades et eux. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Enfin, la **mission médicale** serait, selon E. Hirsch et JM. Mann, « au service d'un projet d'humanité » (12).

Selon l'idée de H. Jonas, R. Schaer considère le médecin, comme « éthiquement responsable, c'est à dire qu'il doit répondre de la vulnérabilité de l'autre » (13,14). Il cherche à guérir, à remettre en santé un malade ; il est dans le soin, c'est-à-dire la sollicitude, la prévenance du bien-être physique, matériel et moral de son patient.

1.1.2. Histoire de l'éthique en médecine

L'éthique médicale, c'est à dire l'éthique appliquée à la médecine du vivant, peut donc être définie comme l'exigence d'un certain comportement de la médecine au service du malade. Les grands scandales du XX è siècle : expériences dans les camps de concentration, sur les femmes enceintes ou encore sur les indigènes, nous ont montré qu'elle ne peut être laissée au seul bon sens des praticiens (15–17). Ainsi des textes fondateurs tels le Code de Nuremberg en 1947, la Déclaration d'Helsinki en 1964, le Rapport Belmond en 1978 ont vu le jour afin de règlementer la recherche clinique et mettre un cadre à l'espace dans lequel nous réfléchissons la médecine

actuellement (18–20). Sujet central et complexe dans le vaste champs d'application de la médecine, l'éthique est donc régie par des lois (11,21–25).

Encore de nos jours sont au cœur des débats (26):

- Le besoin d'information du patient permettant un consentement éclairé,
- Le début et la fin de vie,
- Le respect de la liberté et de l'autonomie,
- L'accès aux soins de manière équitable pour tous et en particulier pour les personnes vulnérables.

1.2. La formation en éthique

1.2.1. Une formation des professionnels indispensable

La spécialisation de la médecine, avec l'innovation scientifique, multiplie les acteurs de soins, les interfaces et les possibilités de traitement souvent coûteux. Elle fait naître une nouvelle distance entre soignant et soigné. Comme développé par E. Levinas, en occultant la rencontre avec le visage de l'Autre le risque de perdre l'individu au profit du seul corps s'accentue (6). La judiciarisation, quant à elle, introduit des conflits d'intérêts entre le souci du malade et la peur du médecin.

Le contexte politico-socio-économique fait émerger de nouvelles vulnérabilités. Elles ouvrent un conflit éthique entre intérêt collectif et individuel : le coût élevé des traitements nécessite un cadre de distribution et risque ainsi de creuser les inégalités. Ainsi aux principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice s'ajoutent les principes de solidarité et de responsabilité individuelle.

Dans ce contexte se posent plusieurs questions : quelle finalité et quelles missions pour la médecine ? Quel statut social pour le médecin ? Quelles responsabilités politiques (27–29) ?

Alors comment sortir du paternalisme et créer une bonne relation médecin-malade réunissant la compétence, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, le partenariat, le libre choix, la qualité de l'information et l'absence de jugement (30) ?

1.2.2. Un enseignement qui manque

Il a été démontré au Canada en 2008 puis aux Etats-Unis en 2010 que l'enseignement de l'éthique est desservi par le manque d'heures de formation et le défaut d'expertise des enseignants qui en sont chargés (31,32). En effet en Australie, les enseignants interrogés lors d'une étude réalisée en 2014 mettaient en évidence leur inconfort à enseigner la relation

interprofessionnelle, l'accompagnement socio-économique, les questions interculturelles et l'empathie nécessaire à la relation de soin (29).

Il a pourtant été prouvé dans une étude Américaine du Nord en 2008 que bien mené, cet enseignement présentait de réels bénéfices : renforcement de la confiance dans les capacité de prise de décision, mais aussi dans la communication, le professionnalisme et les compétences culturelles (33). Ces barrières entretiennent le manque de formation des personnels soignants concernant la relation de soin, l'empathie, l'écoute et l'accompagnement dans les soins palliatifs ce qui est fortement ressenti dans la population générale interrogée lors des états généraux de la bioéthique ayant eu lieu en France en 2018. Les Français déplorent aussi les lacunes existantes dans la prise en charge des personnes en situation de grande vulnérabilité (26).

Internes et médecins enseignants identifient eux aussi des besoins en formation en éthique : consentement éclairé, droit à la vérité, refus de soins, droit de l'enfant, allocation de ressource, accès aux soins, don d'organes, éthique du mourir, lobbying et confidentialité (34–36).

Une étude Bordelaise de 2013 montre une diminution de l'empathie cognitive chez les internes hommes et une hausse de la dépression chez les internes femmes dès leurs premiers mois d'internat. Les néo-internes n'ont donc probablement pas toutes les cartes en mains pour assumer leur rôle de soignant avec les émotions qu'il soulève (37).

1.2.3. Des internes peu intéressés

Déjà au fil de l'externat, une étude Nantaise réalisée en 2001 constate une diminution de l'identification de situations problématiques par les étudiants (38). Cette perte précoce de sensibilité éthique dans cette population de futurs médecins est inquiétante.

Comme vu précédemment dans l'étude Canadienne de 2008, le désintérêt des internes pour la formation en éthique est aussi un facteur limitant de l'efficience de ces enseignements (31). Il est principalement lié au manque de pertinence des cours : l'écart qui existe entre les situations vécues en stage et celles étudiées en cours fait que les enseignements théoriques ne sont pas applicables en pratique. Les internes demandent plus d'authenticité dans les situations travaillées en cours comme il a été démontré dans deux thèses d'exercice de médecine générale en 2004 à Nantes et en 2016 à Poitier (38,39).

C'est donc le contenu des formations qui, trop éloigné des besoins de terrain des futurs professionnels de santé, engendre un manque d'adhésion des internes.

Se pose la question de ses modalités.

N. Lechopier pointe du doigt les risques encourus par un tel enseignement dans son article rédigé suite au colloque de juin 2012 organisé par l'Association pour une Diététique et nutrition Critiques à Paris (34) :

- Créer un enseignement impersonnel et non éthique en cours magistraux,
- Induire une pression psychologique sur les futurs médecins dans l'idéologie d'un comportement parfait,
- Cacher derrière de grandes réflexions éloignées de la réalité du quotidien les dilemmes éthiques pertinents.

1.2.4. Les recommandations actuelles

1.2.4.1. Propositions des comités d'experts

Alors que la formation à l'éthique se doit d'être initiale et continue, le cursus actuel des étudiants mène à une division des professionnels de santé (40,41). Compétition, manque de mixité socioculturelle et mauvaise connaissance des fonctions de chacun écrasent l'idée que tous partagent des valeurs centrales. L'esprit d'équipe et l'interdépendance qui doivent lier les professionnels de santé nécessitent d'être développés entre autres via le décloisonnement des formations et l'ouverture des étudiants vers l'extérieur.

Aussi, afin de motiver les étudiants à s'intéresser à l'apprentissage de l'éthique, les avis convergent: la Commission de réflexion « Éthique et Professions de Santé» présidée par A. Cordier dans son rapport de 2003, le Comité Consultatif National d'Éthique dans son avis n°84 rendu en 2004 et le comité des « sages » présidé par A. Cordier dans son rapport en 2013 préconisent que l'enseignement prenne différentes formes (27,41,42). Une approche socratique via des débats sur des cas concrets permettra d'être dans la réalité de terrain et de sensibiliser les étudiants à l'identification des situations complexes nécessitant un questionnement éthique (43). Un enseignement dialectique obligatoire apportera les connaissances éthiques (dignité, liberté de recherche, consentement éclairé, confidentialité, honnêteté intellectuelle, solidarité) définies par un socle commun à toutes les facultés. Des objectifs d'apprentissage seront déterminés par un programme national dans le même but d'homogénéiser la formation.

Pour l'évaluation :

- Les étudiants de deuxième année des études médicales rédigeront un rapport de stage sur une situation difficile rencontrée,
- Les internes participeront à des séminaires de casuistique pour valider l'internat.

Un référent éthique déjà engagé auprès des malades sera nommé dans chaque établissement comme personne ressource responsable de cet enseignement, il devra être reconnu par les instances pluridisciplinaires.

La question se pose de l'intérêt de la création d'un doctorat et d'un master de recherche en éthique. L'intégration de l'éthique dans les masters existants semble plus adaptée à son développement.

Enfin il est rappelé que les Espaces de réflexions éthiques régionaux apparus dans les hôpitaux en 1995 ont un rôle de promotion de l'éthique et que les comités d'éthique locaux nés en 2002 ont un rôle de conseil des praticiens dans leur pratique (27,41,42).

1.2.4.2. Recommandations de la HAS : programme de l'ECN (44)

On retrouve d'ores et déjà ces recommandations dans les UE suivantes :

- UE 1 : « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle »
- UE 2 : « De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérédité - L'enfant - l'adolescent »
- UE 3 : « Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives »
- UE 5 : « Handicap - Vieillissement - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement ».

1.3. Formation actuelle en éthique à Montpellier

1.3.1. Formation des internes de médecine générale

Une enquête montpelliéraine réalisée en 2013 a montré que les internes rencontraient plus de situations complexes dans les services de médecine que dans les services de chirurgie. Particulièrement confrontés à des problèmes d'éthique et de relation médecin-malade, le « savoir-être » soulevait plus de questionnement que le « savoir-faire » ou le « savoir » chez ces mêmes internes (36).

Au programme de la faculté de Médecine de Montpellier en 2018-2019, il existe six enseignements obligatoires ayant une obédience éthique intégrant des jeux de rôle parfois réalisés en salle de simulation (Annexe 1).

- Approche centrée sur le patient : relations professionnelles Médecin-Patient,
- Approche centrée sur le patient : abord du patient atteint de maladie psychiatrique,
- Prise en charge du sujet âgé,
- L'Annonce,
- Autour de la fin de vie,
- Inégalités Sociales de Santé.

À ces cours s'ajoutent les Groupes d'Echange de Pratique Tutoré (GEPT) : six séances de deux heures chaque semestre d'hiver, inspirées des groupes de pairs, qui réunissent huit à treize internes avec un médecin afin de discuter de situations complexes rencontrées par ces derniers au cours de leurs stages. Des exposés peuvent être réalisés par les internes lorsque le sujet soulevé n'a pas été complètement éclairci par les échanges lors de la séance.

1.3.2. Unités d'Enseignement libres soulevant des questions éthiques proposées aux externes

- Les enjeux numériques dans la pratique médicale,
- Cellules souches et médecine régénératrice,
- Éducation thérapeutique du patient,
- Biologie de la reproduction,
- Génétique médicale et conseil génétique,
- Outils biotechnologiques pour le diagnostic et la médecine personnalisée,
- Violence et souffrance.

1.3.3. Espace de réflexion éthique Occitanie

Composé de médecins / soignants, juristes et philosophes, il propose des formations et des séances de réflexion éthique sur divers sujets et sous différentes formes accessibles à tous :

- DIU d'éthique dans la pratique du soin : Formation de 95 heures en éthique proposée en association avec l'Espace de réflexion éthique PACA-Corse (Annexe 4),
- Cin'éthique : Projection de films soulevant une problématique d'éthique en santé suivie d'un débat avec un spécialiste de la question posée,
- Conférences-débat,
- Forum régional d'éthique en santé étudiants et lycéens,
- Ateliers pour les étudiants de formation à La médecine narrative.

1.4. Objectif de l'étude

La pratique de la médecine nécessite donc une réflexion éthique. Cette dernière n'étant pas innée, elle oblige l'apprentissage de ces fondements. Les facultés de médecine ont mis en place des enseignements mais l'absence de lien avec la pratique de terrain entraîne un manque d'intérêt chez les internes pour ces cours. Pour remédier à cet état de fait il faut intégrer les dilemmes éthiques rencontrés par les internes dans leur formation.

L'objectif de cette étude thématique est de découvrir les dilemmes éthiques de terrain rencontrés par les IMG dans leur pratique quotidienne, les classer par arguments de fréquence et leurs proposer des enseignements d'éthique adaptés à la réalité de terrain ; ces futurs médecins seront ainsi plus à même de gérer les situations complexes rencontrées.

2 - MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Une étude mixte, qualitative et quantitative, avec un protocole exploratoire a été réalisée sur une période de douze mois (45).

2.1.1. Phase 1 : analyse thématique par émergence de donnée

Les cas de GEPT ont été analysés dans une approche thématique ce qui a permis à l'analyste d'interpréter leur contenu (46). Les significations centrales et évidentes parmi les données brutes relevant des objectifs de recherche ont pu être dégagées et faire émerger les catégories et sous-catégories les plus révélatrices des objectifs de recherche identifiés au départ (47).

2.1.2. Phase 2 : étude observationnelle descriptive transversale

Une analyse statistique des résultats qualitatifs a été réalisée afin de classer les catégories retrouvées par argument de fréquence.

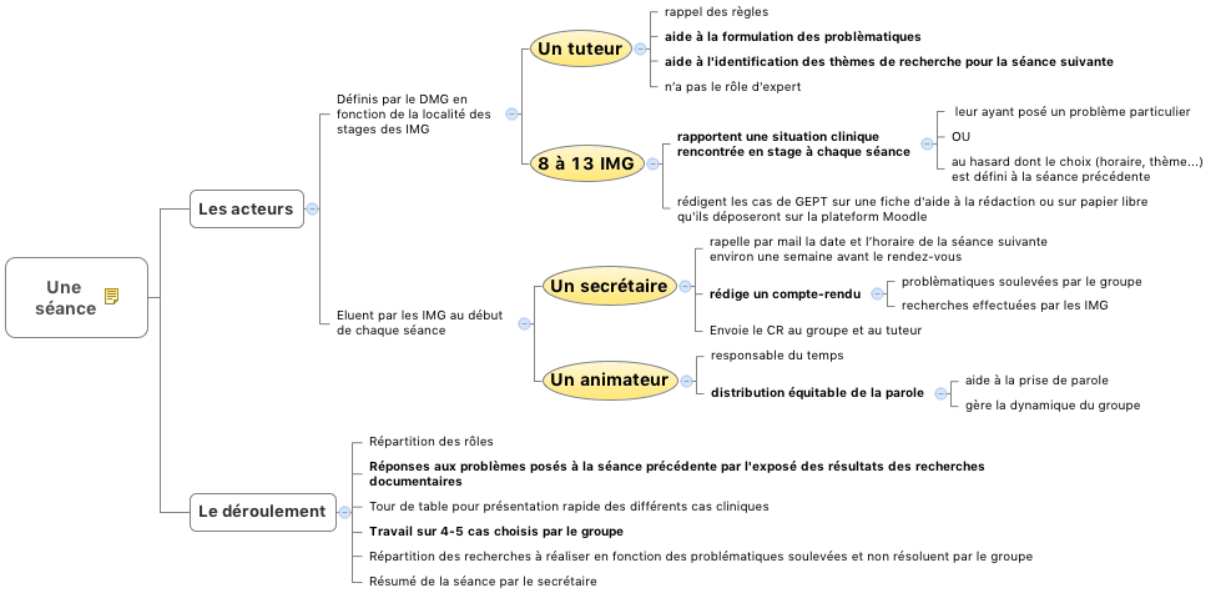
2.1.3. Critère d'évaluation

Une étude descriptive ne nécessite pas de critère de jugement principal particulier. Aucun critère de jugement principal n'a été défini.

2.2. Matériel de travail : les cas des Groupes d'Échange de Pratique Tutorés

À Montpellier durant les semestres d'hiver, les IMG issus des trois promotions de DES MG se réunissent mensuellement par petits groupes autour d'un médecin enseignant afin de participer à des GEPT (36).

Figure 2.2. Organisation d'une séance de GEPT



La fiche d'aide à la rédaction :

Composée de quatre parties suivant l'évolution de la réflexion clinique: description de la situation, problématisation, puis réponse apportée au problème et méthode de résolution du problème ; on la trouve sur le site du DMG de Montpellier (Annexe 5).

Accessible sur : https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/files/2019/02/Fiche-cas-GEPT-VF-interactive.pdf

2.3. Description de la population cible

Afin de connaître les situations éthiques complexes qui mettent les internes de médecine générale de Montpellier (IMGM) en difficulté, la population cible de l'étude a été déterminée comme : les deux derniers cas cliniques de GEPT présentés durant le semestre d'hiver 2017-2018.

Elle représentait 2 x nombre IMG durant l'année universitaire 2017-2018 = 2 x 443 = 886 cas cliniques. Il n'a pas été établi de nombre de sujet nécessaire ni de saturation des données. L'objectif visé étant l'exhaustivité.

2.3.1. Critères d'inclusion

- Les cas cliniques devaient avoir été présentés en février, mars ou avril 2018.

- Les situations devaient avoir été postées sur la plate-forme de travail numérique de l'université de Montpellier avant juin 2018.
- Il devait s'agir des deux derniers cas cliniques postés sur le Moodle, soit en fonction de l'année de DES s'appeler GEPT 5, GEPT 6 pour les DES 1, GEPT 11, GEPT 12 pour les DES 2, GEPT 17, GEPT 18 pour les DES 3 ou encore GEPT Février, GEPT Mars, GEPT Avril ou GEPT Éthique.

2.3.2. Critères de non-inclusion

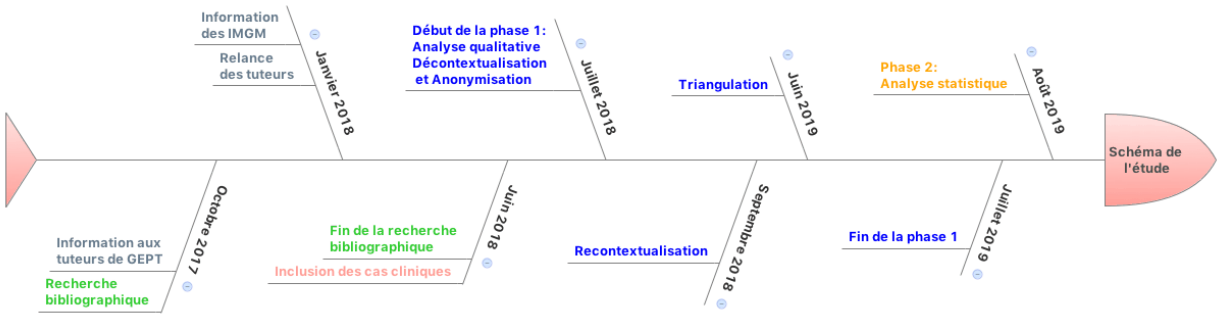
- Les cas cliniques ayant été postés en Novembre, Décembre 2017 et Janvier 2018.
- Les cas cliniques n'ayant pas été postés sur la plate-forme.

2.3.3. Critère d'exclusion

- Les cas cliniques ne traitant pas d'éthique médicale.

2.4. Schéma de l'étude

Figure 2.4. Schéma de l'étude



La recherche bibliographique a été réalisée sur Medline, Cairn.info, Google Research, elsevier-masson, HAL, pratique médicale.

Les mots Mesh étaient : éthique médicale, bioéthique, enseignement, médecin généraliste, médecin de famille, principle-based ethics.

2.5. Recueil de données

2.5.1. Recueil de données

Les tuteurs de GEPT ont été contactés par mail en Novembre 2017. Il leur a été demandé d'informer les internes sur la nécessité de rendre leurs deux derniers cas cliniques de GEPT sur le thème de l'éthique.

En janvier 2018 les IMG de Montpellier ont reçu par mail la demande de relater des situations éthiques lors de leurs deux dernières séances de GEPT. À cette même date, afin d'augmenter la diffusion de l'information il a aussi été demandé aux tuteurs de GEPT de rappeler la consigne aux internes de leur groupe (annexes 2 et 3).

Les internes avaient le choix de remplir la fiche d'aide à la rédaction ou de rédiger le cas sur feuille libre.

Ils devaient intégrer ces documents sur leur portfolio numérique afin qu'ils soient extraits de la plate-forme de travail Moodle de la faculté de Médecine en juin 2018.

2.5.2. Traitement des données

Chaque cas clinique a été attribué à un numéro d'anonymisation puis répertorié par ordre croissant dans un tableau Excel. Dans ce tableau était aussi répertoriée l'année d'étude de l'interne ayant rédigé le cas.

Au terme de l'analyse qualitative les résultats ont été codés avec des chiffres puis attribués à la population. Chaque cas clinique pouvait relever de plusieurs dilemmes éthiques, il n'y avait pas de limitation dans les résultats finaux et chaque affiliation avait une valeur égale à un.

Ce travail, colligé dans le tableau Excel, a été le matériel de base de la phase 2 : l'analyse statistique.

2.6. Analyse des données

2.6.1. Phase 1 : analyse inductive générale

Une **analyse thématique par émergence de données a été réalisée par codage manuel (46)**. Lors de la première lecture, un travail de décontextualisation a fait émerger des catégories puis un travail de recontextualisation a permis de diminuer le nombre de catégories finales. À l'issue, la classification comportait des catégories et des sous-catégories pour affiner les résultats.

Pour évaluer la clarté de la classification ayant émergée des différentes lectures, une triangulation a été réalisée avec un autre chercheur.

Tous les cas cliniques ont été lus, toutes les informations ont été traitées et utilisées dans cette étude.

2.6.2. Phase 2 : analyse statistique

Certains cas cliniques soulevaient plusieurs dilemmes éthiques. Ils ont ainsi été affiliés à plusieurs catégories et sous-catégories. Chaque affiliation à une catégorie était considérée comme étant un résultat à part entière. Ainsi le nombre de dilemmes éthiques découverts pouvait être plus grand que le nombre de cas analysés.

Le graphique illustrant les résultats quantitatifs a été construit sous l'environnement statistique R (R Core Team, 2017) (48). Cet outil propose des "packages" ou "libraires" qui sont des ensembles de fonctions déjà codées. Ont été utilisés :

- Le package "dplyr" pour la manipulation des données
- Le package "ggplot2" pour la construction de graphiques.

L'exploitation des données en elles-mêmes, après élimination des cas catégorisés comme « pas éthique », a été réalisée visuellement : par des diagrammes en barre par catégories, dans lesquels ont été découpées les sous-catégories associées à chacune.

Les autres analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel et sur le site biostatTGV.

2.7. Considérations éthiques

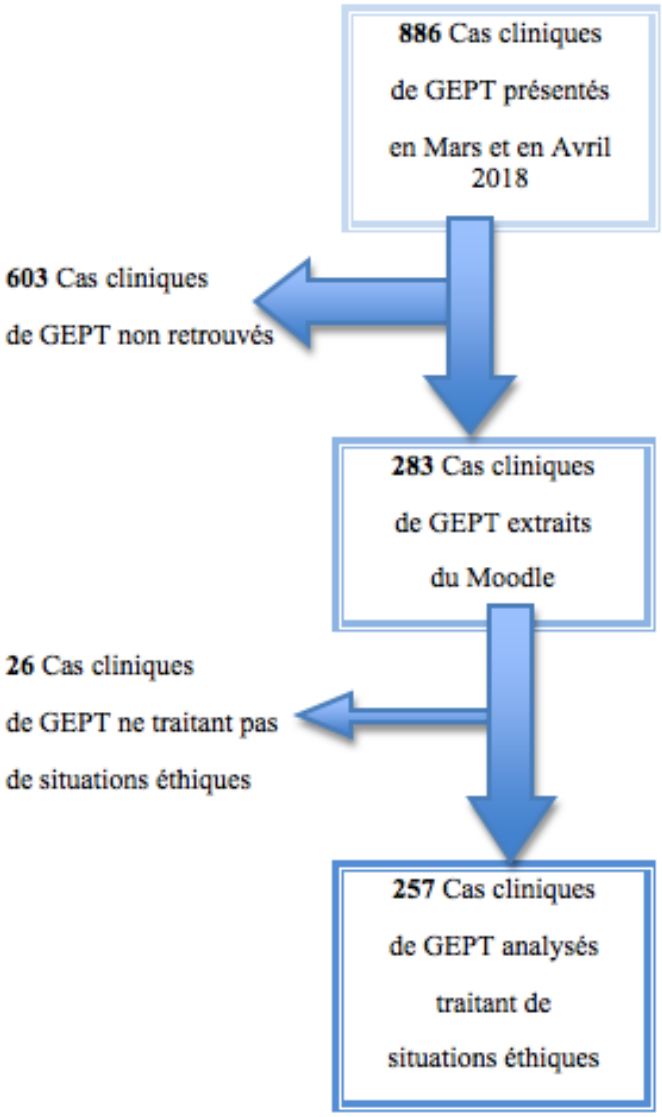
Les internes avaient systématiquement rédigé les cas cliniques sans nom de patient. Concernant les rédacteurs des cas : les fichiers ont tous été anonymisés en début d'étude.

3 - RESULTATS

3.1. Description de la population étudiée

3.1.1. Diagramme de flux

Figure 3.1.1. Diagramme de flux de la population étudiée



3.1.2. Description des auteurs des cas cliniques

Il semblait important d'évaluer si les dilemmes éthiques découverts reflétaient les besoins de tous les IMGM inscrits en GEPT en 2017. Pour ce faire, l'année d'étude de ces derniers a été comparée à celles des auteurs des cas cliniques ayant été étudiés.

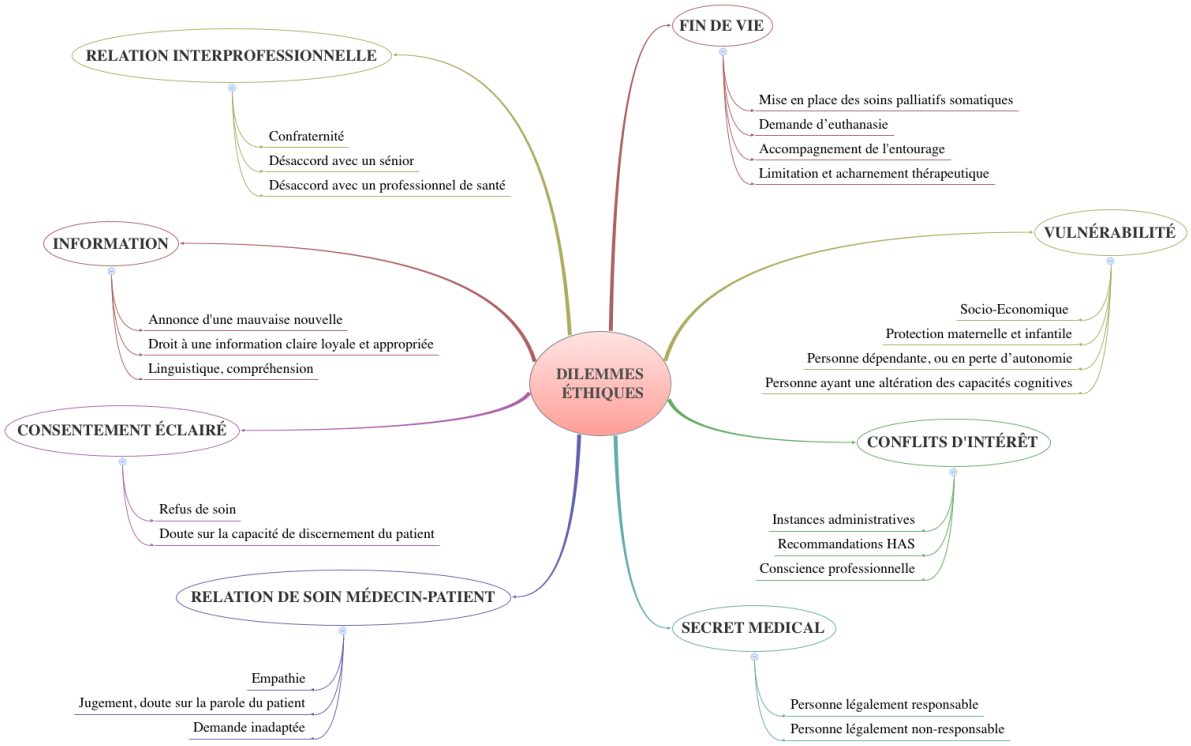
Figure 3.1.2. Année d'étude des auteurs des cas

	Population étudiée	Population cible
DES1	145	260
DES2	51	300
DES3	61	326

L'utilisation du Test du Chi2 a montré que les auteurs de la population étudiée n'étaient statistiquement pas comparables aux IMGM inscrits en GEPT en 2017 étant donné leur année d'étude. Le p-value a été calculé à $1{,}27 \times 10^{-14}$. Les auteurs issus de première année de DES sont surreprésentés et ceux de troisième année de DES sous-représentés.

3.2. Phase 1 : analyse thématique par émergence de données

Figure 3.2. Carte heuristique des catégories et sous-catégories découvertes



Huit catégories ont émergé de l'analyse thématique réalisée. Elles ont chacune été affinées par deux à quatre sous-catégories.

3.2.1. Description des catégories

3.2.1.1. Le conflit d'intérêt

Catégorie qui regroupe les cas où les internes décrivaient une situation où ils se retrouvaient partagés entre des intérêts multiples qui entraient en opposition et pouvaient influencer leur pratique. Il en a été découvert de trois types :

- Entre le médecin et les instances administratives

Extrait du cas n°90 : « En effet, Mme D se plaint de harcèlement au travail (femme de ménage) avec demande de tâches non prévues et de chantage au salaire. {...} Faut-il porter plainte contre son employeur ? Faut-il faire un AT sur le long court sachant qu'elle est surveillée par son employeur ?»

- Entre les convictions propres à l'interne et les recommandations de la HAS

Extrait du cas n°197 : « Femme 85 ans, renouvellement de traitement : traitement hypocholestérolémiant en prévention primaire. {…}. Y a-t-il un intérêt à la poursuite d'un tel traitement » ?

- Entre sa conscience professionnelle et personnelle

Extrait du cas n°94 : « le problème va être que lorsque je rencontrerai un patient client de mes parents, vais-je prescrire plus d'analyses ? »

3.2.1.2. La fin de vie

Toutes les problématiques des internes touchant à l'éthique du mourir ont été regroupées ici : de l'introduction des soins palliatifs aux décisions d'arrêts des thérapeutiques en passant par l'accompagnement psychologique du patient et de son entourage et par la demande d'euthanasie.

- Difficultés pratiques dans l'instauration des soins palliatifs somatiques

Extrait du cas n° 21 : « Comment mettre en route et organiser les soins palliatifs et la fin de vie au domicile (dans ce cas, à l'EHPAD) ? Je ne maitrise pas les médicaments tels que le midazolam ».

- Euthanasie : demande d'euthanasie

Extrait du cas n° 11 : « Comment réagir face à un patient en soins palliatif qui souhaite une euthanasie ? »

- Accompagnement de l'entourage : cette sous-catégorie regroupait toutes les situations où l'interne avait ressenti des difficultés dans l'abord psychologique de l'entourage du mourant

Extrait du cas n° 221 : « comment faire adhérer des parents aux soins dans le cas d'une maladie grave ?»

- Limitation et acharnement thérapeutique : les prises de décisions, directives anticipées

Extrait du cas n° 34 : « On ne retrouve aucune directive à propos de la fin de vie du patient sur le dossier. »

Extrait du cas n° 190 : « Ne s'agit-il pas d'acharnement thérapeutique ? »

3.2.1.3. La relation de soin médecin-patient

Cette catégorie regroupe les cas décrivant une problématique touchant à la relation soignant-soigné : mise à mal de la relation de confiance existant entre le médecin et son patient, manque d'empathie de la part du médecin envers son patient, demande inadaptée de la part du patient.

- Empathie, position du médecin dans la relation de soin

Extrait du cas n° 222 : « Comment aurais-je pu évincer la mère sans qu'elle ne se sente complètement exclue ? »

Extrait du cas n° 226 : « Braquage de la maman qui refuse de me parler du passé de son enfant et du sien parce que je ne suis "que le médecin généraliste". Discussion claire avec la maman et je menace de la faire sortir si je considère qu'elle nuit à ma consultation. »

- Jugement de la part du médecin, manque de confiance en la parole du patient

Extrait du cas n° 42 : « J'avais l'impression d'être face à une patiente psychiatrique qui s'inventait des symptômes ».

Extrait du cas n° 245 : « Est-il juste de poursuivre AMP sachant que la patiente avait fait le choix d'une ligature de trompe ? »

- Demande inadaptée

Extrait du cas n° 4 « Elle vient et formule qu'elle veut expressément sa crème Nérisone pour les mains que lui prescrit habituellement son médecin traitant. {...} Elle s'énerve et refuse de payer sachant qu'on ne lui a pas prescrit le médicament qu'elle demandait ».

3.2.1.4. La vulnérabilité

Catégorie qui regroupe tous les cas mettant en difficulté les internes dans la prise en charge de personnes en situation de vulnérabilité. Toutes ces situations mènent à une difficulté d'accès aux soins voire parfois à une exclusion du système de santé. Elles peuvent être :

- Socio-Economique et administrative : précarité des conditions de vie due à l'emploi, à la situation administrative, problématique du lien social et de l'exclusion, isolement géographique, humain

Extrait du cas n° 79 « Lorsque je lui demande si financièrement ça va, si elle a de quoi se nourrir à la maison, elle s'énerve en disant qu'elle est propriétaire de plusieurs biens en location et que c'est les impôts qui coûtent cher, mais que financièrement ça va... Devant cette situation sociale complexe, j'appelle mon assistante sociale. Cette dernière joint les assistantes sociales qui suivent la patiente et me disent que son suivit est très compliqué car elle nie ses problèmes ou en tout cas ne veut pas en parler. »

- Protection maternelle infantile : protection de l'enfant, femmes victimes de violence

Extrait du cas n° 95 « Il nous donne le numéro de la mère de son ami avec lequel il reste. Celle-ci se présente aux urgences et nous clarifie la situation : la mère d'Éric est une personne alcoolique en tentative de sevrage et a laissé Eric cette période avec son ami (depuis 1 mois et demi !!) »

- Personnes dépendantes ou en perte d'autonomie : grand âge, handicap

Extrait du cas n° 111 « Mme A, patiente de 40ans, vivant en institution pour Trisomie 21. Accompagnée de ses parents.
Arrive au déchocage des urgences pour probable décompensation cardiaque avec OAP {...}
Appel du cardiologue de garde pour présentation de la patiente pour proposition d'hospitalisation qui nous répond : "Triso ou triso ça va ?" »

- Démence, maladies mentales, psychiatrie

Extrait du cas n° 174 « Patiente de 60 ans, hospitalisé sur tableau de démence sub aiguë. Diagnostic étiologique long et ardu (adressé en second recours au CHU puis réhospitalisée à Sète), il existe une démence dégénérative fronto temporale mais doute sur une participation paranéoplasique du fait de la découverte d'une masse ovarienne. {...} problème du suivi et du devenir hors du milieu hospitalier, avec un compagnon très présent mais pas toujours aidant, voire opposant. »

3.2.1.5. Les relations interprofessionnelles

Cette catégorie relate les difficultés interprofessionnelles rencontrées par les internes entre confrères ou encore celles liées au statut d'interne et ses rapports hiérarchiques avec des médecins séniors ou des professionnels paramédicaux.

- Confraternité

Extrait du cas n° 232 « Quelle attitude adopter face à un confrère dont on juge la prise en charge dangereuse et infondée ? »

- Désaccord avec des professionnels paramédicaux

Extrait du cas n° 89 « Elle ne reçoit donc que les immunoglobulines et est adressée en consultation au Centre antirabique de Montpellier malgré désaccord avec l'infirmière chargée

du dossier sur la pertinence de ce traitement étant donné le refus de vaccination {...} Gestion d'un conflit au sein de l'équipe soignante : à qui appartient la décision finale de l'administration ou non du traitement ? »

- Désaccord avec un médecin sénior

Extrait du cas n° 34 « Je lui réponds que je ne vois pas la nécessité d'irradier une patiente de 7 ans pour une simple contusion du genou, mais elle insiste. »

3.2.1.6. L'information du patient

Cette catégorie regroupe les situations où les internes ont rencontré diverses difficultés à accomplir leur devoir d'information du patient sur son état de santé. Ces difficultés pouvaient être liées au contenu de l'information, la manière, le moyen de la transmettre ainsi qu'aux différentes barrières qui pouvaient s'y opposer.

- Annonce d'une mauvaise nouvelle

Extrait du cas n° 195 « Peut-on annoncer au téléphone à la fille d'une patiente que sa mère va mourir ? »

- Linguistique, compréhension : surdité, incompréhension de la langue

Extrait du cas n° 77 « Difficulté de communication avec la patiente avec la barrière du langage ».

- Information loyale, claire et appropriée

Extrait du cas n° 97 « Est-ce une bonne chose de cacher cette information au patient ? »

3.2.1.7. Le consentement éclairé

Ici ont été regroupés les cas relevant de difficultés pour les internes à accepter la volonté des patients : que ce soit lorsqu'elle différait de ce que la science conseillait où lorsqu'il existait un doute sur la capacité du patient à comprendre l'information et à consentir ou non au traitement proposé.

- Refus de soin

Extrait du cas n° 108 « refuse l'immobilisation plâtrée qui sera trop contraignante et l'empêchera de s'occuper de sa femme ».

- Doute sur la capacité de discernement du patient

Extrait du cas n° 26 « Comment traiter un lymphœdème chez une patiente alitée non compliante ? »

Extrait du cas n° 103 « Quelles sont les capacités cognitives de ce patient ? »

Extrait du cas n° 110 « Une amputation est-elle possible aussi rapidement chez une patiente démente sous tutelle ? »

3.2.1.8. Le secret médical

Cette dernière catégorie intègre toutes les situations où les internes ont eu des difficultés à appliquer et à respecter le secret professionnel, par exemple lorsque s'opposaient intérêt individuel et collectif ou encore lorsque le patient était légalement considéré comme non responsable.

- Personne responsable

Extrait du cas n° 254 « Gestion dépistage et TTT du ou des partenaires si refus/absence de contact avec partenaires ».

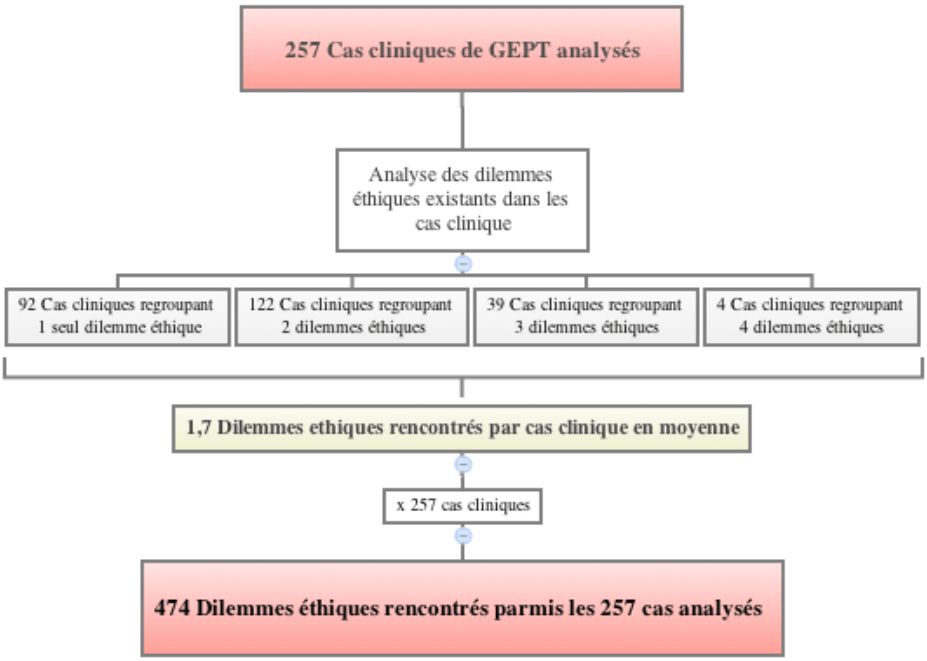
- Personne non responsable : mineur, sous protection

Extrait du cas n° 248 : « Peut-on respecter le secret médical concernant une séropositivité au VIH pour un mineur sans en informer ses représentants légaux ? »

3.3. Phase deux : analyse statistique

3.3.1. Diagramme de flux des dilemmes éthiques découverts

Figure 3.3.1. Diagramme de flux des dilemmes éthiques

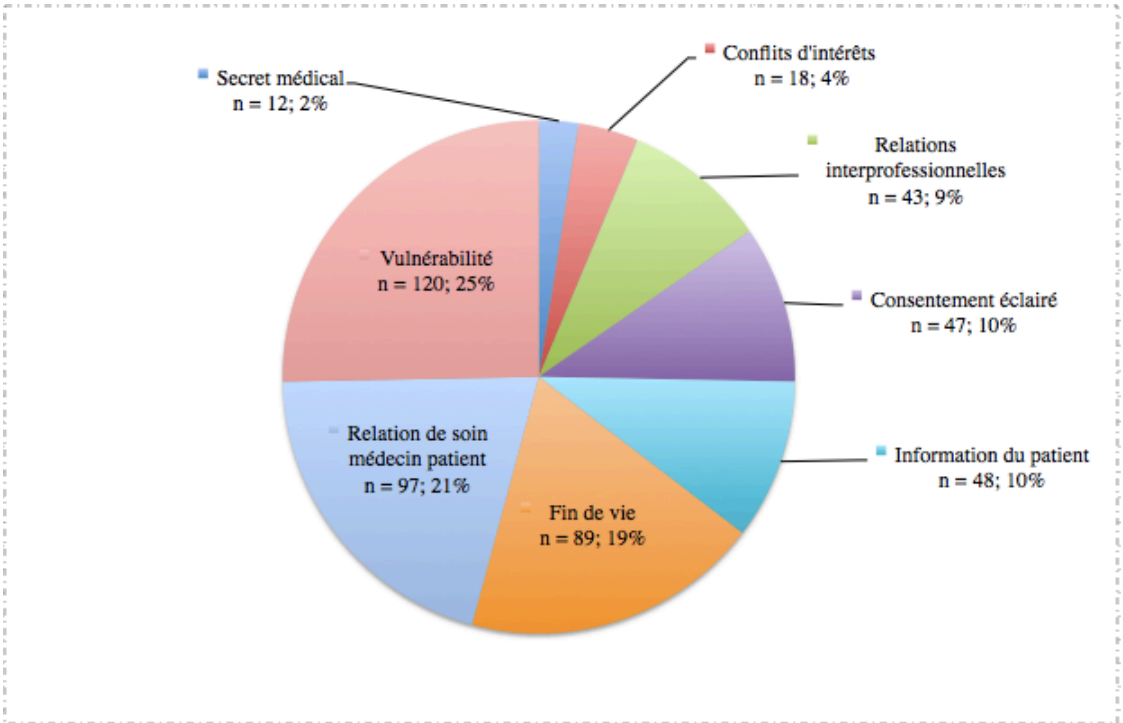


Ainsi, plus des deux tiers des cas traitaient de plus d'un dilemme éthique.

3.3.2. Répartition des catégories éthiques émergentes

3.3.2.1. Sur l'ensemble de la population étudiée

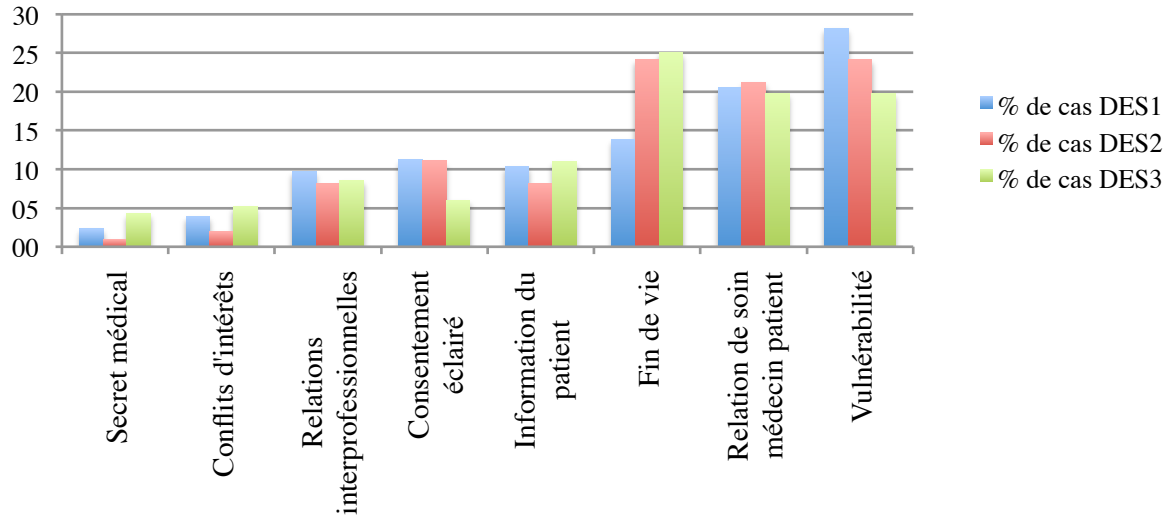
Figure 3.3.2. Répartition des catégories éthiques émergentes (n = 474)



Ainsi, trois catégories éthiques se partageaient les deux tiers des situations : la vulnérabilité, la relation de soin médecin patient et la fin de vie. Parmi elles, se détachait la vulnérabilité qui était présente dans le quart des situations analysées. Puis 30 % des dilemmes étaient équitablement répartis entre le consentement éclairé, l'information du patient et les relations interprofessionnelles. Enfin le conflit d'intérêts et le secret professionnel, rencontrés dans seulement 6 % des situations, étaient largement moins représentés que les autres catégories.

3.3.2.2. Dans les différentes années de DES

Figure 3.3.2.2. Répartition des catégories par année de DES, en %

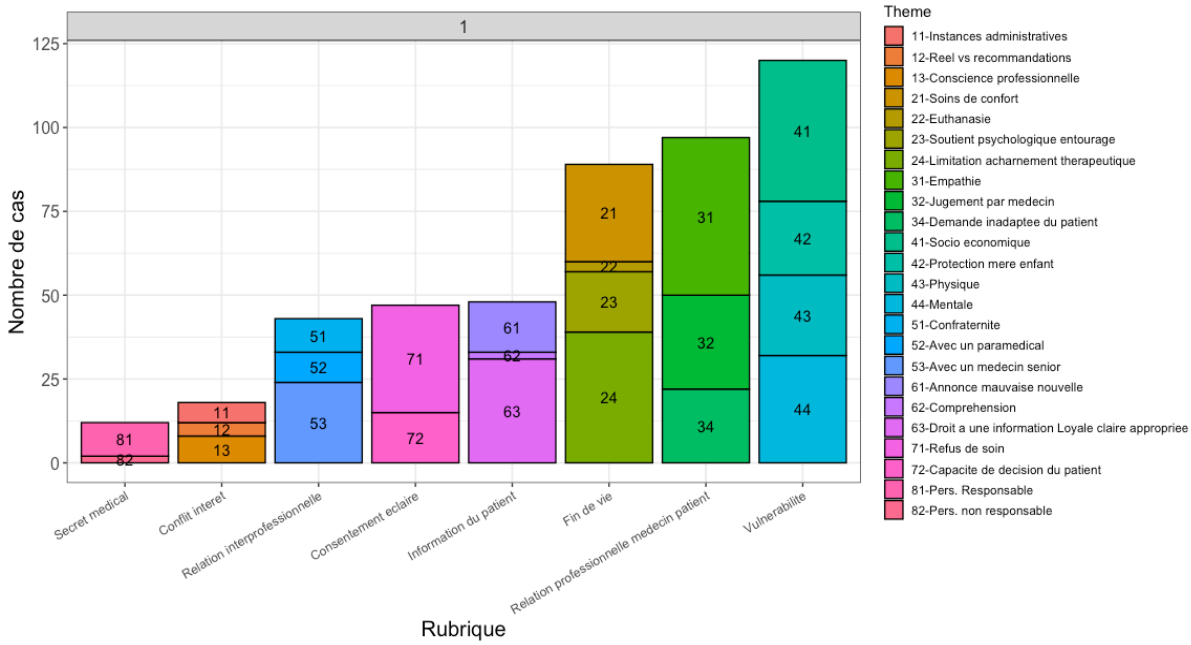


L'utilisation du test du Chi2 a montré que les différences entre les trois promotions d'où sont issus les auteurs des cas ne sont pas significatives sur l'ensemble des catégories. Le p-value était égal à 0,1869. De plus, quel que soit leur avancée dans leur internat, les IMG rencontraient principalement des difficultés dans leurs consultations traitant de vulnérabilité, de fin de vie et dans leur relation de soin médecin-patient.

Ces trois catégories les plus fréquentes étaient les mêmes que dans les résultats généraux. On observait cependant leur tendance de survenue inversée entre les cas rédigés par les internes de DES 3 et ceux rédigés par les internes de DES 1 : dans les cas issus des premières années de DES, les difficultés liées à la vulnérabilité semblaient prépondérantes par rapport aux cas issus d'années plus anciennes. Les auteurs de deuxième et troisième année de DES paraissaient soulever plus de questionnements dans les situations complexes de fin de vie que les auteurs de première année de DES. Et s'agissant des difficultés en lien avec la relation de soin médecin patient, elles tendaient à être retrouvées dans les mêmes proportions chez tous les auteurs.

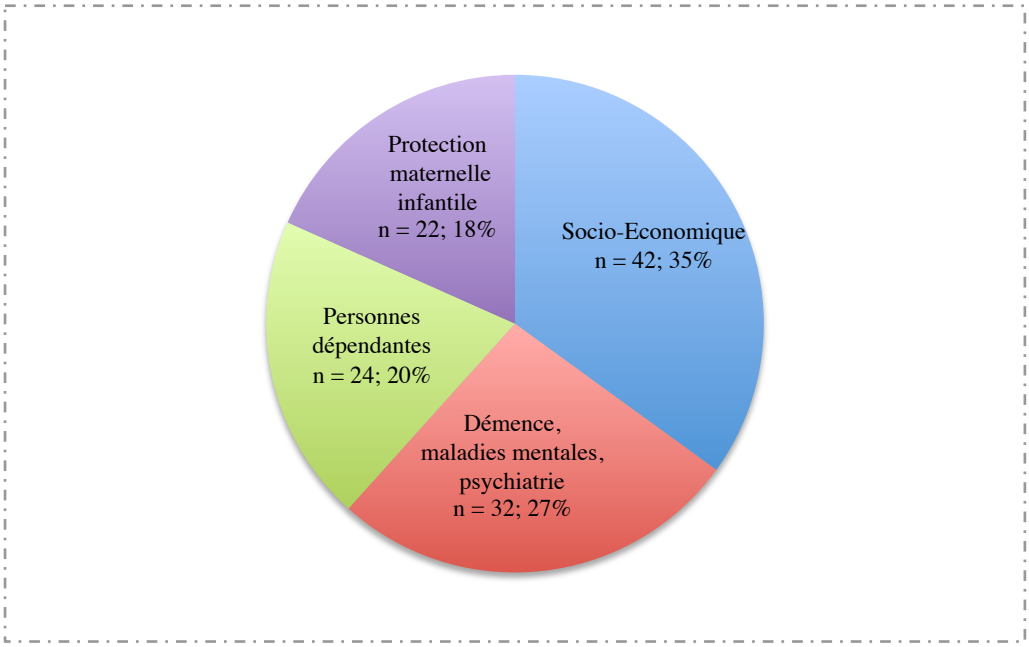
3.3.3. Description des catégories et de leur composition

Figure 3.3.3. Catégories avec intégration de leurs sous-catégories



3.3.3.1. La vulnérabilité

Figure 3.3.3.1. Description de la catégorie « Vulnérabilité » (n = 120)

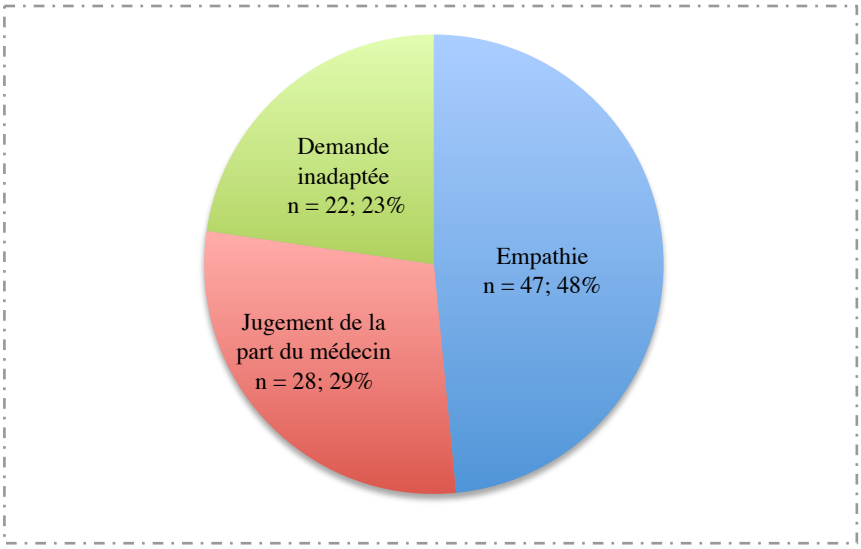


Plus du tiers des difficultés rencontrées par les internes dans la prise en charge des patients vulnérables relevaient de problèmes socio-économiques. L'abord et l'organisation des soins chez les personnes présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques représentaient eux

aussi une part majoritaire parmi les difficultés rencontrées chez les patients vulnérables. Enfin, le dernier tiers était réparti entre les problématiques de protection des mineurs et des femmes victimes de violence et les problématiques de personnes dépendantes du fait de leur âge ou leur handicap.

3.3.3.2. La relation de soin médecin-patient

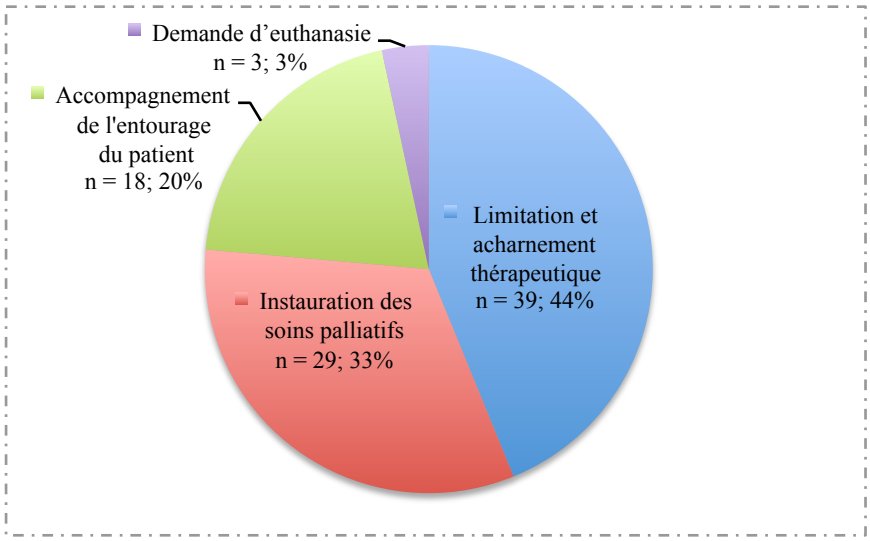
Figure 3.3.3.2. Description de la catégorie « Relation de soin médecin-patient » (n = 97)



Presque la moitié des cas relevant de difficulté dans la relation de soin traitaient de l'abord du patient avec empathie. Les situations où le médecin portait un jugement sur son patient étaient légèrement plus nombreuses que celles où il se retrouvait face à une demande qu'il considérait inadaptée.

3.3.3.3. La fin de vie

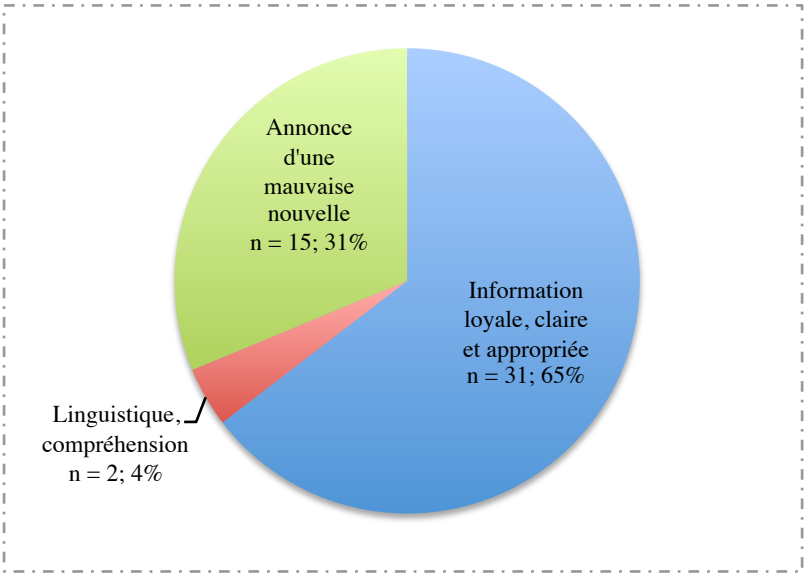
Figure 3.3.3.3. Description de la catégorie « Fin de vie » (n = 89)



Autour de la fin de vie, les décisions d'arrêt des thérapeutiques actives ou d'abstention thérapeutique représentaient la majorité des situations rapportées tandis qu'un tiers était dédié aux questionnements liés aux soins palliatifs et à leur instauration. Dans un cas sur cinq, l'approche psychologique de l'entourage du patient avait été complexe pour l'interne et finalement la demande d'euthanasie n'existait que dans très peu de situations.

3.3.3.4. L'information du patient

Figure 3.3.3.4. Description de la catégorie « Information du patient » (n = 48)



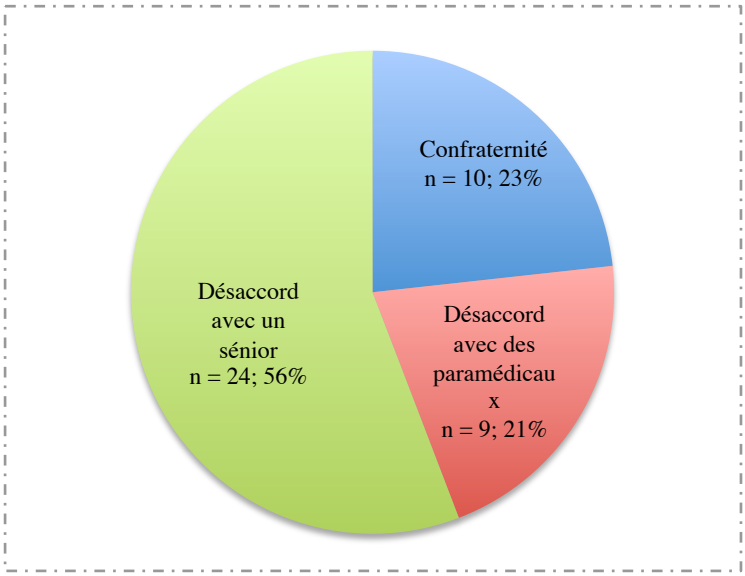
Le droit du patient à recevoir une information claire loyale et appropriée revenait dans les deux tiers des situations relevant de l'information du patient. L'autre tiers regroupait presque exclusivement les difficultés rencontrées par les internes à annoncer une mauvaise nouvelle.

3.3.3.5. Le consentement éclairé

Parmi les quarante-sept cas liés au consentement éclairé du patient, trente-deux situations (68 %), soit les deux tiers faisaient état de difficulté à gérer le refus de soin des patients. Le troisième tiers, soit quinze situations (32 %), posait la question de l'évaluation de la capacité cognitive du patient à prendre une décision.

3.3.3.6. Les relations interprofessionnelles

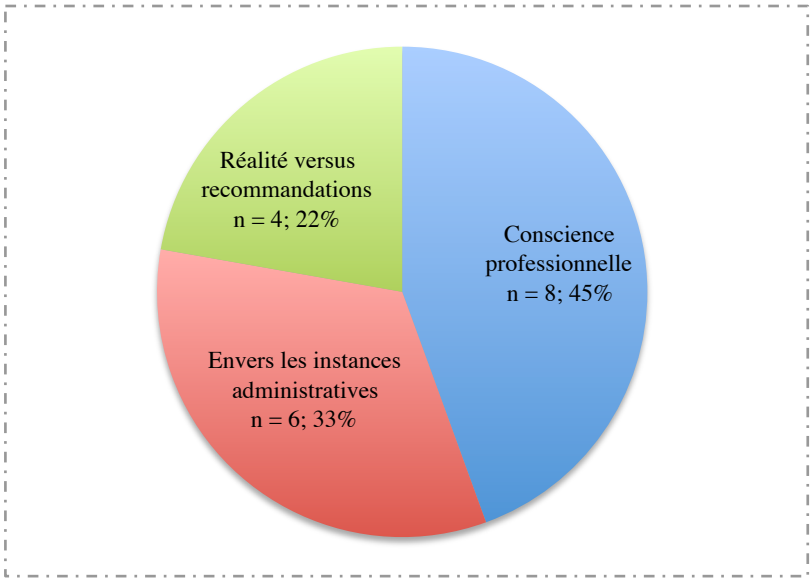
Figure 3.3.3.6. Description de la catégorie « Relations Interprofessionnelles » (n = 43)



Au sein de leurs relations interprofessionnelles, les situations complexes rencontrées par les internes existaient pour plus de moitié lors de désaccords survenant avec des médecins séniors. Les autres situations étaient équitablement issues soit d'interrogations sur le devoir de confraternité du médecin, soit de relations avec des professionnels paramédicaux rendues difficiles par leur statut d'interne.

3.3.3.7. Les conflits d'intérêts

Figure 3.3.3.7. Description de la catégorie « Conflits d'intérêts » (n = 18)



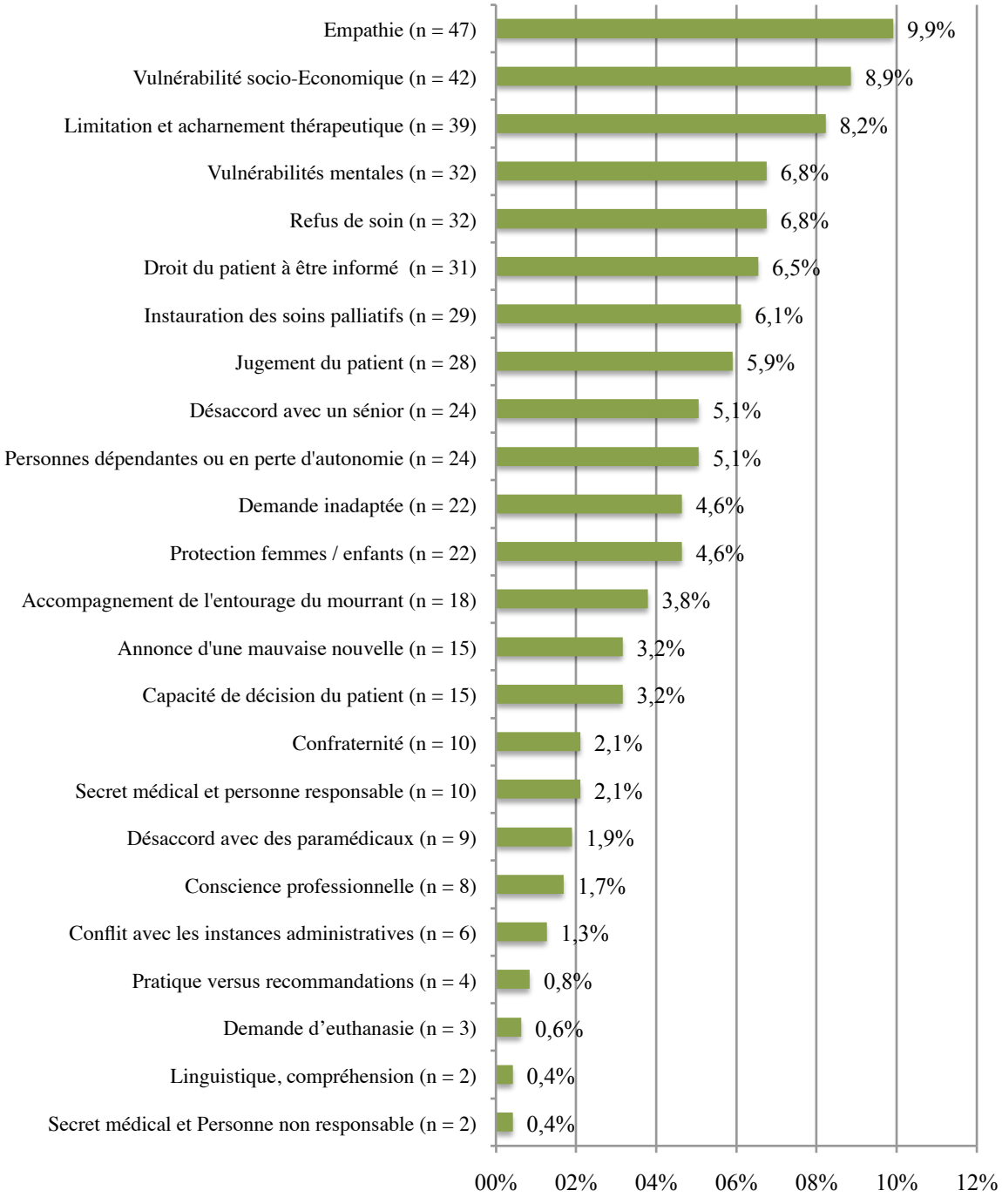
Parmi les dix-huit dilemmes découverts traitant de conflits d'intérêts : 45 % soit presque la moitié relevaient de questionnements relatifs à la conscience professionnelle propre à l'interne ; 33 % soit le tiers étaient nés de discordances entre l'avis de l'interne quant à une prise en charge et le cadre administratif défini par les instances gouvernementales et enfin 22 % relevait de conflits issus de désaccords entre l'avis de l'interne et les recommandations des sociétés savantes sur une prise en charge.

3.3.3.8. Le secret médical

Sur les douze situations qui mettaient les IMG en difficulté vis à vis du secret médical, dix (83 %) relevaient du secret existant entre le médecin et un patient légalement responsable et deux (17 %) relevaient du secret existant entre le médecin et un patient légalement non responsable : mineur ou adulte sous protection judiciaire.

3.3.4. Répartition des sous-catégories

16. Figure 3.3.4. Diagramme en barre de la fréquence d'apparition des sous-catégories, (n = 474)



L'approche empathique du patient était la difficulté la plus fréquemment rencontrée par les internes au cours de leur pratique : 9,9 % des situations en faisait état. Suivaient la prise en charge des personnes en situation de précarité socio-économique (8,9 %) et les dilemmes liés aux décisions d'arrêt des thérapeutiques dans les contextes de fin de vie (8,2 %). A eux trois, ces

dilemmes représentaient 27 % soit un peu plus du quart des situations complexes rencontrées par les internes.

Dans près d'un tiers des situations analysées (32,1 %) on retrouvait, listés par ordre décroissant de rencontre, cinq catégories : le refus de soin, la prise en charge de la personne cognitivement vulnérable, le droit du patient à être informé sur son état de santé, les difficultés issues de l'instauration des soins palliatifs et les consultations où le médecin formulait un jugement sur le patient ou une remise en question de sa parole. Chacune de ces sous-catégories regroupaient en moyenne 6,4 % des situations complexes totales, la plus fréquente était retrouvée dans 6,8 % des situations complexes étudiées et la moins fréquente de ce groupe dans 5,9 %.

Les sept sous-catégories suivantes se partageaient 29,6 % des situations complexes soit un peu moins du tiers, avec une fréquence moyenne de 4,2 % de situation par sous-catégorie. Il s'agissait des relations conflictuelles avec un sénior, de la prise en charge des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie, des problématiques en lien avec la protection de la femme et de l'enfant, des demandes inadaptées des patients, des dilemmes soulevés par les relations professionnelles avec l'entourage du patient, de l'annonce de mauvaises nouvelles et de l'évaluation de la capacité cognitive des patients à consentir.

Enfin, un avant dernier lot de six sous-catégories regroupait les dilemmes issus :

- des relations interprofessionnelles avec le devoir de confraternité entre médecins et les difficultés rencontrées dans les relations avec les professionnels paramédicaux ;
- de conflits d'intérêts : conscience professionnelle propre à l'interne, discordances existant entre l'avis de l'interne et le cadre administratif imposé par les instances gouvernementales, questionnements soulevés par les recommandations officielles des sociétés savantes parfois éloignées de la réalité de terrain ;
- du respect du secret médical chez la personne légalement responsable.

Ces sous-catégories regroupaient chacune en moyenne 1,67 % des situations.

Finalement et sporadiquement, l'euthanasie, les barrières de la communication comme la linguistique ou la surdité et la complexité du secret médical chez les personnes légalement non responsables ne représentaient à eux trois que 1,4 % des situations analysées.

Ainsi bien que tous existants dans les consultations rapportées, ces vingt-quatre dilemmes éthiques n'étaient pas pointés du doigt par les internes dans les mêmes proportions.

4 -DISCUSSION

4.1. Réponse à la question posée

Les situations complexes en éthique mettant les internes en difficultés dans leur pratique en stage sont par ordre décroissant de rencontre : la vulnérabilité, la relation de soin médecin-patient, la fin de vie, l'information du patient, le consentement éclairé, les relations interprofessionnelles, le conflit d'intérêt et le secret médical.

La catégorie de dilemmes éthique la plus retrouvée est la vulnérabilité à 25,3 % qui, dans 8,9 % des cas, est socio-économique. Tandis que c'est l'abord empathique de la relation de soin médecin-patient qui représente la plus fréquente des difficultés avec une présence dans 9,9 % des cas.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude : validité interne

4.2.1. Les forces de l'étude

4.2.1.1. Une méthode mixte à protocole exploratoire

La force principale de cette étude est d'avoir associé une analyse qualitative à une analyse quantitative :

- La méthode qualitative a permis d'être au plus proche des difficultés décrites par les internes découvrant sans a priori et sans perte de donnée les dilemmes éthiques les mettant en difficulté. L'exhaustivité de l'analyse a limité la perte de donnée.

- La méthode quantitative a permis de définir les fréquences de rencontre de chaque dilemme.

La quantification des informations préalablement découvertes lors de l'analyse thématique correspond à l'une des cinq grandes fonctions de base attribuables aux méthodes mixtes déterminées par Greene et al en 1989 (45).

Enfin, la triangulation a permis de corroborer les résultats issus de l'analyse thématique en validant les interprétations du premier chercheur, de proposer de nouvelles sous-catégories et de vérifier la clarté des titres des catégories. C'est un critère de rigueur scientifique et une procédure référencée par Lincoln, Y., & Guba, E. en 1985 dans *Naturalistic inquiry* assurant la qualité d'un travail de recherche d'analyse inductive de données qualitatives (47). Elle est aussi

l'une des cinq grandes fonctions de base attribuables aux méthodes mixtes déterminées par Greene et al en 1989.

4.2.1.2. Une multiplicité de terrain

La diversité des terrains de stages des IMG a créé une population d'étude qui n'était pas seulement issue de consultations en soins primaires ambulatoires. Une partie était issue de situations hospitalières : urgences ou services. Or, comme parmi les internes formés en DES de Médecine Générale, certains exerceront dans des structures hospitalières ou seront médecins correspondants SAMU, des enseignements sur les dilemmes retrouvés pourront tout de même leur être utile.

4.2.1.3. Des biais limités

- Le biais d'investigateur : ou biais d'influence ?

L'absence de classification préétablie et l'absence d'indication de conflits éthiques proposés a permis de découvrir les thèmes éthiques sans influence de la part de l'investigateur limitant ainsi l'effet d'interaction : les auteurs des cas n'ont pas été influencés par le chercheur. Le seul contact ayant eu lieu entre le chercheur et les auteurs des cas a été le mail les informant sur la nécessité de rédiger des cas d'éthique médicale avec une courte définition de cette dernière. Ainsi, outre les thèmes principaux de fin de vie, consentement, secret médical ou vulnérabilité, des thèmes moins fréquents ont pu être découverts telles les difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles, les conflits d'intérêts ou l'information du patient. Il en est de même pour les sous-catégories émergentes. Cette modalité a ainsi laissé libre champ aux internes de s'exprimer.

- Le biais de mémoire :

En GEPT les internes doivent se servir de situations problématiques rencontrées au cours de leur pratique clinique. Dans la majorité des cas, il s'agit de situations récentes. Même si celles-ci sont extraites de situations concernant des stages antérieurs, il s'agit d'un temps relativement cours (maximum 3 ans) permettant de limiter ce biais.

4.2.2. Les faiblesses de l'étude

4.2.2.1. Biais de sélection

- Une population amoindrie par une faible participation des IMG

Le taux de participation des IMG était de 37,9 % donc 37,9 % des internes avait posté au moins un cas éthique sur le Moodle sur la période de recueil. Cependant seul deux cent cinquante-sept

cas traitant de situations éthiques ont été recueillis pour huit cent quatre-vingt-six attendus soit une population étudiée représentant 29 % de la population cible.
Le choix d'utiliser comme matériel de travail les cas issus d'enseignements obligatoires et non pas des questionnaires à remplir en plus avait justement pour objectif de limiter l'abstention.

- Une disparité dans la participation des internes

Le biais de sélection devait être contrôlé par la nature obligatoire des cours de GEPT. Cependant, tous les internes n'ayant pas participé, les deux populations, étudiée et ciblée, ne sont pas statistiquement comparables vis-à-vis de l'année d'étude des internes rédacteurs : il existe une plus grosse proportion d'internes de première année de DES que d'internes de deuxième et troisième année de DES. Cette disparité est à l'origine d'un biais d'auto-sélection, en effet : qui sont les internes ayant rédigé les cas ? Les plus intéressés ? Les plus studieux ? … La politique vis à vis du rendu de cas clinique a-t-elle été modifiée entre les DES 2 et les DES 1 ?

- Le choix des cas présentés

Il avait été demandé aux internes de rédiger deux cas relevant de difficultés éthiques, ainsi parmi toutes les situations rencontrées dans leur cursus, quels ont été les critères de choix des situations rapportées ? S'agissait-il des plus complexes ? Des plus récentes ? Des plus marquantes à leur sens ?

- Une période de recueil restreinte

L'étude a été réalisée entre février et avril 2018. Cette période a été choisie afin de permettre aux néo-internes d'avoir un panel de situations le plus grand possible : au moins quatre mois de stage. Cette période peut représenter un biais de sélection : connaît-elle plus de situations de vulnérabilité ? De relation de soin difficile ? De fin de vie ?
Cependant, les cas n'étaient pas systématiquement issus de situations rencontrées durant le mois précédant les GEPT. Ils pouvaient être extraits des stages effectués durant les années antérieures d'internat.

- Un pseudo-anonymat des rédacteurs

Les fiches de GEPT sont généralement rédigées de manière anonyme ce qui permet d'assurer aux internes une liberté d'expression. En effet cela permet aux internes de ne pas craindre de retombées sur leur formation quand leurs récits mettent en cause des dysfonctionnements dans des services ou le comportement d'autres médecins. Cependant, ces fiches étant postées par les internes dans leur portfolio perdent de leur anonymat.

4.2.2.2. Une analyse basée sur l'interprétation

Le choix de la méthode qualitative et le fondement interprétativiste des études thématiques donnent un faible niveau de preuve à cette étude selon le guide de la HAS.

L'objectif de l'étude étant de découvrir les dilemmes éthiques rencontrés par les internes de médecine générale, il fallait être particulièrement attentif au sujet du dilemme présenté par l'interne qui pouvait être différent du sujet principal du cas. En effet, l'objectif était de comprendre le dilemme à la source de la difficulté décrite par l'interne. Dans certains cas clinique la problématique éthique soulevée n'était pas clairement rédigée, elle devait être déduite de la situation présentée par l'interne.

Il n'y a eu ni codage parallèle en aveugle, ni vérification auprès des participants de l'étude (*member checks*) de réalisé par manque de temps ce qui aurait pourtant pu limiter ce biais (47).

La définition des catégories et des sous-catégories a vu naître de multiples questionnements, les catégories devaient être clairement définies. Ce qui a été vérifié avec la triangulation des données.

- Le biais d'interprétation

L'analyse des données a été réalisée par un chercheur appartenant au corps médical : interne en médecine générale, son expérience a pu interagir avec l'interprétation des données des cas cliniques. Dans le but de limiter ce biais, le chercheur a fait le DIU Éthique des pratiques du soin proposé par l'ERE Occitanie qui représente quatre-vingt-quinze heures de formation.

4.3. Forces et faiblesses de l'étude : validité externe

Les comités citoyens des EGBE ayant eu lieu en 2018, plusieurs études et plusieurs thèses ont retrouvé des thèmes similaires à ceux découverts ici.

Une étude réalisée au Canada dans un département de médecine interne auprès de résidents et de médecins enseignants en 1999, identifie comme thèmes : le consentement éclairé, le droit à la vérité, le refus de soins, le rôle du patient dans la prise de décision, le droit de l'enfant, l'allocation de ressource, l'accès au soin, le don d'organes, la déontologie : le lobbying et l'éthique du mourir (35). Tandis qu'à Montpellier, dans une étude réalisée en 2013 auprès des étudiants en médecine, les principales situations complexes relevaient de la difficulté des étudiants à adapter leur réponse aux valeurs du patient dans les soins palliatifs, l'éthique et la relation médecin-patient (résultats non significatifs) (36).

4.3.1. La vulnérabilité

« J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

En 2014, N. Sturman montrait que les médecins généralistes Australiens rencontraient des difficultés lors des enseignements d'éthique touchant au social, à la politique et aux questions interculturelles (29). De même en 2015, les médecins toulousains identifiaient la vulnérabilité comme source de conflits éthiques récurrents ainsi que la population ayant participé aux comités citoyens des EGBE de 2018 qui disait ressentir le manque de formation des professionnels de santé dans les domaines de la « marginalité », du « grand âge », de la « grande précarité », du « grand handicap » et de la « grande dépendance » (26,49).

Cette étude montre une fois encore que la vulnérabilité est omniprésente dans le soin et qu'elle met en difficulté les acteurs de soins.

4.3.2. La relation de soin médecin-patient

« Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

En 2001, une étude grenobloise interrogeait des patients Lyonnais et de la région alentour sur les critères alloués à une « bonne relation médecin-malade » (30). Les résultats retrouvaient la compétence, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, la relation de partenariat et non plus de paternalisme, le libre choix du médecin généraliste, la qualité de l'information et l'absence de jugement. Dix ans plus tard à Montpellier une étude de 2013 montrait que les étudiants en médecine étaient en difficulté pour adapter leur réponse de soignant aux valeurs du patient et en 2016, 89,9 % des externes poitevins considéraient l'enseignement de la relation médecin patient comme essentiel à leur cursus (36). Une fois encore les médecins généralistes Australiens peinaient à enseigner à leurs étudiants l'entretien motivationnel du patient, son abord avec sensibilité et dans le non-jugement tandis que les comités citoyens réunis lors des EGBE de 2018 relevaient encore l'importance de la relation de soin, l'empathie, l'écoute du patient (26,29).

4.3.3. La fin de vie

« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

Déjà en 1999, une étude canadienne cherchant à identifier les besoins en formations des médecins enseignants et des résidents retrouvait les thèmes des soins palliatifs, de l'arrêt de traitement, d'abstention thérapeutique, d'acharnement thérapeutique, de réanimation et d'euthanasie (35). Puis en 2013, à Montpellier, une étude réalisée auprès des étudiants de la faculté de médecine montrait que « 68 % des difficultés des étudiants concernant les soins palliatifs portait sur la capacité d'adapter la réponse aux valeurs du patient et intéressait le domaine de l'éthique. » (36). Enfin, les comités citoyens constitués lors des EGBE de 2018

demandaient encore une meilleure formation des personnels soignants concernant l'accompagnement dans les soins palliatifs (26).

4.3.4. L'information du patient

"J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences" Serment d'Hippocrate CNOM (1).

Le « droit à la vérité » est une notion phare parmi les besoins en formation des médecins Canadiens et pour les patients eux-mêmes, elle est souvent associée à la relation médecin patient (30,35). L'information du patient est l'un des trois principaux thèmes d'éthique dont l'enseignement est considéré comme essentiel par les étudiants de Poitier (39).

4.3.5. Le consentement éclairé

« Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

A l'origine même de la déontologie et de l'éthique médicale, le consentement éclairé et par conséquent le refus de traitement reste la source de dilemmes éthiques dans la pratique des médecins au Canada comme en France (35,49).

4.3.6. Les relations interprofessionnelles

« J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

Le code de déontologie établit la ligne de conduite que doivent suivre les médecins dans leurs relations professionnelles (10). Par ailleurs, la difficulté rencontrée par les médecins généralistes en charge de son enseignement a été constatée en Australie (29).

4.3.7. Le conflit d'intérêt

« Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire {…} je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission » Serment d'Hippocrate du CNOM (1).

Déjà en 1999 au Canada les médecins ressentaient le besoin d'être formé à la « déontologie » comme « relation des médecins avec l'industrie pharmaceutique », puis en 2003 le Rapport *Éthique et profession de santé* note page 14 que « L'exercice médical ressent aujourd'hui le risque du lobbying aux dépens de l'intérêt général » (35). Enfin l'avis 129 du CCNE publié en 2018 insiste sur la problématique de l'évolution des techniques qui vient opposer de par son coût, l'intérêt collectif ou général et l'intérêt individuel (28).

4.3.8. Le secret médical

« Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. » Serment d'Hippocrate CNOM (1).

Le rapport Éthique et profession de santé rendu par A. Cordier en mai 2003 soulève la question du secret professionnel dans ces termes : « Quel secret dans quelles circonstances quand l'impératif de santé publique cogne à la porte du respect de l'intimité ? » (41). La confidentialité, dans l'étude Canadienne de 1999 ou encore « secret professionnel » dans l'étude Toulousaine de 2015, est une obligation du médecin qui, pouvant être source de dilemme, nécessite d'être enseignée (35,49). Elle est d'autant plus d'actualité à l'heure de l'informatisation et du dossier médical partagé comme le notifie le comité des sages dans son rapport de juin 2013 (42).

4.3.9. Les thèmes absents

Le début de vie proposé par A. Cella dans sa thèse faite auprès de médecins généralistes n'a pas été mis en valeur ici, en effet les neufs cas cliniques faisant référence à l'aide médicale à la procréation, l'interruption volontaire de grossesse, la grossesse ou la contraception étaient des situations qui, après analyse, relevaient d'autres dilemmes éthiques : relation de soin médecin patient, secret médical, conflit d'intérêts, fin de vie (49).

Ainsi les thèmes découverts sont ceux retrouvés dans la littérature et ceux qui composent le Serment d'Hippocrate actuel, c'est à dire remis à jour par le CNOM en 2012.
Ils correspondent également aux demandes de formations des personnels de santé émises par les patients lors des EGBE, retranscrites par le Comité dans leur rapport de synthèse (26). L'obligation de formation est elle aussi notifiée dans le serment d'Hippocrate actuelle : « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. » (1).

4.4. Interprétation des résultats

4.4.1. La population

Seul 29 % des cas attendus a pu être analysés. On peut se demander si c'est par manque de connaissance des internes sur ce qu'est l'éthique, par absence de rencontre de situations complexes ou par manque d'intérêt.

Les internes en troisième année de DES ont posté moins de cas cliniques sur le Moodle. Pour autant ils étaient plus nombreux que dans les promotions antérieures car ils intégraient les internes ayant pris des semestres de disponibilité. Etaient-ils moins intéressés, avaient-ils rencontré moins de situations qu'ils considéraient comme complexes du fait d'une pratique plus longue de la médecine que les années précédentes, une certaine « expérience professionnelle » ? Comme dans l'étude de Barrier réalisée en 2005, les étudiants externes en médecine identifient moins de situations complexes en 6e année qu'en 3e : en est-il de même entre la 7e et la 9e année des études de médecine (50)? Considéraient-ils qu'à l'issue de deux ans de formation d'interne soit douze cas cliniques présentés en cours de GEPT ils aient déjà exposé toutes les situations difficiles rencontrées ? La formation qu'ils ont reçue durant les deux années et demie d'internat a-t-elle su leur fournir des cartes pour mieux appréhender ces situations ? En font-ils simplement abstraction ?

4.4.2. Les catégories

4.4.2.1. Le conflit d'intérêt

Les trois conflits découverts illustrent bien les difficultés rencontrées par le médecin généraliste au quotidien, miroir de notre société :

- Les instances administratives

Dans le climat socio-économique actuel, alors que l'humain perd sa place face à la technologie, les relations humaines s'amenuisent. Les conditions actuelles de travail souvent difficiles et le surmenage des aidants qui assument de front un à deux emplois et une vie au service de l'autre sont des motifs de consultation fréquents. Face à cette souffrance, le médecin est fréquemment dans une impasse où la première issue est l'arrêt de travail. C'est la médecine du travail chargée d'organiser le retour à l'emploi et du bien-être des travailleurs qui pourrait intervenir mais elle se trouve bien souvent mise en défaut par son manque de moyen et de pouvoir. Ces situations complexes n'ont souvent pas de solutions et le retour à l'emploi et souvent difficile à mettre en place et les arrêts de travail se prolongent.

L'œil de l'assurance maladie posé sur les médecins ajoute une réelle pression et un conflit d'intérêt : elle replace l'argent dans le soin et l'absence au travail des patients qui n'a parfois pas de réel motif « médical » lui coûte cher. Cette problématique est hors des obédiences du médecin mais les contrôles augmentant, la peur d'être montré du doigt et accusé de délivrer des certificats de complaisance pourrait se faire sentir.

- Les recommandations de la HAS

L'omniprésence du lobbying pharmaceutique entache la confiance que patients et médecins mettent en la médecine actuelle d'autant que certaines revues et études remettent en doute des recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Comme l'écrit Jean De KERVASDOUÉ, professeur titulaire de la chair d'économie et de gestion des services de santé, «le médecin doit toujours agir dans l'intérêt du malade, quelles que soient les circonstances selon le code de déontologie médicale» (51). Ainsi en tant que prescripteur il doit évaluer les indications de chacune de ces prescriptions en fonction de son patient et est en droit de ne pas suivre les recommandations qu'il considère injustifiées. Ces recommandations sont rédigées pour le plus grand nombre mais comme ailleurs, les exceptions confirment la règle.

- Conscience professionnelle

Certaines situations soulèvent des questionnements internes existant entre le médecin et sa conscience. M.A. Rodwin écrit en 1993 dans son livre *Medicine, Money and Morals – Physicians'conflicts of interest* « Le conflit d'intérêt est un danger potentiel qui s'exprime quand les engagements ou les enjeux financiers influencent le jugement ou la loyauté du médecin à l'égard de son patient. » (52). Il est intéressant de se rendre compte que ces possibilités existent, qu'elles soulèvent des questionnements chez les internes.

4.4.2.2. La fin de vie

Les débats qu'elle soulève dans les médias, avec l'exemple de Vincent Lambert, montrent une fois de plus l'importance pour les Français, médecins comme patients, d'affirmer leur positionnement face à la mort et de participer à la construction du cadre législatif qui l'entoure. Après l'avènement des soins palliatifs, ce sont les questions de l'acharnement thérapeutique et de la limitation des soins qui se pose. La loi Claeys-Leonetti, dernière en date, tente de donner aux professionnels de santé des réponses à ces questions : traitements de fin de vie, importance de la personne de confiance, des directives anticipées, et introduction de la notion de « sédation profonde et continue » (25).

Malheureusement, comme le déplore le CCNE dans son Avis n°129 publié l'an dernier suite aux EGBE, cette loi est peu connue (28). La méconnaissance du rôle de la personne de confiance, l'absence de directives anticipées dans les dossiers médicaux et la difficulté de

communication avec les familles qui se bornent souvent à des non-dits rendent toujours plus complexe l'organisation de la fin de vie et mettent souvent les internes en grande difficulté dans les moments charnières. Ils se retrouvent à prendre des décisions parfois en milieu de nuit, qui ne sont pas de leur ressort.

Quant à la question de l'euthanasie très largement traitée dans les médias, elle n'a été retrouvée que dans 0,6 % des situations : elle ne reflète a priori pas le quotidien du médecin. Cependant lorsque la question est posée, c'est chez des patients en extrême souffrance. La prise en charge de cette dernière qui met les internes en difficulté, doit pourtant être impérativement écoutée, comprise et soulagée. Dans ce contexte le CCNE demande un Plan gouvernemental d'information auprès des professionnels de santé ainsi qu'une formation initiale et continue en soins palliatifs.

4.4.2.3. La relation de soin médecin patient

Une étude réalisée en 2004 à Nantes a montré que les étudiants en médecine interrogés considéraient pertinent les cours sur la relation médecin-malade reçus au cours de leur pratique en stage car ils donnaient de l'authenticité au problème rencontré (38). Car c'est effectivement en stage qu'elle est supposée être enseignée, à la manière socratique de Platon (43). Cependant les difficultés des internes à gérer une consultation existent et perdurent : le dilemme éthique le plus fréquemment rencontré est l'empathie, les situations où l'interne émet un jugement sur le patient ou met en doute sa parole arrivent en huitième position dans le classement par fréquence des sous-catégories ce qui place la relation de soin médecin patient au second rang des catégories éthique les plus décrites. Ne peut-on pas y voir les restes d'un paternalisme médical antique ? La relation médecin patient est une relation antique, elle a évolué avec le temps, avec la société, l'expérience. A l'heure de l'éthique du *care* qui modifie les rapports entre les humains, on abandonne le paternalisme antique pour introduire une relation aux rapports horizontaux allant vers l'égalité et le respect de la parole de l'autre, du patient, afin de comprendre ses besoins, ses demandes et de trouver des solutions l'aider à atteindre ce qu'il considère comme son bien : principe de bienfaisance. Le patient a la parole et le médecin doit savoir l'écouter et la respecter. Dans une société informatisée où les relations virtuelles remplacent les relations humaines et où, faute de médecin, la télémédecine supplante la rencontre entre le médecin et le patient dans le cabinet de consultation ; à quelle relation de soin pouvons-nous aspirer ? Enfin, s'agissant des demandes inadaptées, elles représentent 4,6 % des situations complexes traversées par les IMG, ceci laisse à penser que la société de consommation entre dans les cabinets médicaux, ajoutant de la complexité à la consultation du simple renouvellement de traitement ou de la petite prescription de dermocorticoïdes...

4.4.2.4. La vulnérabilité

Selon P. Bétrémieux dans le traité de bioéthique, P. Kemp défini en 2004 dans *Le discours bioéthique* les individus vulnérables comme incapables "intellectuellement et physiquement" de se protéger eux-mêmes (53). Dans le même chapitre il explique que pour Paul Ricoeur, dans *l'Homme faillible, philosophie de la volonté,* l'Homme capable peut dire, faire, raconter et imputer et la personne vulnérable est une personne en situation de dépendance parce qu'elle a perdu une de ces facultés, elle est "tributaire de l'opinion d'autrui".

Dans le monde actuel la vulnérabilité est partout. La prise en charge globale du patient oblige le médecin à s'en préoccuper : l'instauration d'un nouveau traitement ou la poursuite d'un traitement chronique ne peut se faire qu'en connaissance des capacités d'observance du patient, donc de son contexte de vie, de ses capacités cognitives.

Pourtant la rencontre avec le patient se fait bien souvent sur une courte durée : temps de consultation moyen en médecine générale est de quinze minutes par patient, quant aux urgences, souvent unique recours des populations vulnérables, elles sont submergées par le nombre de patients qui frappent à leurs portes et le manque de personnel comme le montre les grèves des services d'urgences qui secouent la France depuis Mars 2019.

Les premiers et seconds cycles d'études médicales forment sur les prises en charges somatiques de multiples pathologies et, à minima, sur les soins palliatifs. Comme vu dans le programme des ECN, l'accent n'est pas mis sur la détection ou la prise en charge des vulnérabilités encore moins sur le soutien psychologique (44). Parmi les enseignements obligatoires des IMG à Montpellier, il y a le cours Inégalité Sociale en Santé qui aborde lors de deux journées complètes certaines problématiques d'accès aux soins en quart de promotion. Deux autres demi-journées d'enseignements portent sur la prise en charge du patient psychiatrique et une encore sur celle de la personne âgée.

4.4.2.5. Les relations interprofessionnelles

Les relations entre les médecins sont régies par le code de déontologie médicale (10). En effet pour une prise en charge optimale des patients il est indispensable que les relations entre les différents acteurs de soin évoluent dans le respect et l'entraide. Il ne serait pas acceptable qu'un patient se retrouve aux prises dans un conflit entre plusieurs soignants. Cet esprit de confraternité est notifié dans le code de déontologie médicale. Il est des situations où les deux médecins sont en désaccord sur une prise en charge ou encore où les relations dans la hiérarchie médicale ne

respectent pas ce principe de confraternité. Quelle conduite peut-on avoir face à cela ? Et quand 5,1 % des situations font état de difficultés rencontrées par les IMG dans leurs relations avec des seniors, on peut s'interroger sur ce qu'est devenu l'enseignement par les paires préconisé par Hippocrate dans son serment original.

4.4.2.6. L'information du patient

Le médecin doit au malade une information claire loyale et appropriée sur son état de santé en toutes circonstances. Cette information est indispensable au principe d'autonomie du malade. En effet le médecin n'est plus, de nos jours, « tout puissant ». C'est le respect et la considération qu'il a envers son patient qui permettront à cette information d'être donnée dans les bonnes conditions. De façon évidente, le médecin doit s'assurer que l'information est comprise. A plusieurs reprises les situations relatent des freins issus de la famille à informer le patient sous prétexte de son âge, ou de son état psychologique... Finalement le problème ne vient-il pas d'une information initiale qui n'aurait pas été donnée à la personne concernée ? Cette information donnée au mauvais interlocuteur lui donne un rôle qui n'est pas le sien : décider de ce que leur proche peut ou ne peut pas savoir.

4.4.2.7. Le consentement éclairé

Le patient est responsable de sa santé et on ne soigne pas quelqu'un contre sa volonté. Le principe de consentement libre et éclairé est fondamental. Il est né au milieu de notre siècle à la suite de scandales médicaux surtout porté sur la recherche en santé et relève actuellement du droit de la personne à disposer de son corps. De plus, pour qu'une prise en charge soit efficace elle doit être comprise et acceptée par le patient, condition *sine qua non* du soin. Ainsi le patient après avoir reçu une information claire loyale et appropriée doit donner ou non son consentement à tout acte médical proposé, notion réinscrite dans la loi en 2002 (23).

3,2 % des situations posaient le problème de la capacité du patient à donner ou non son consentement donc de la nécessité d'évaluer médicalement cette capacité et de savoir soigner dans les situations où le patient était considéré comme inapte. Mais justement les internes pointent du doigt la question de comment faire si l'état de santé du patient ne lui permet pas de consentir ? Encore ici la réflexion éthique porte sur les principes de Beauchamps et Childress de Bienfaisance et de Non-malfaisance tout en soulevant la question de la dignité du patient (5).

Dans le cas du refus de soin qui a été retrouvé dans 6,8 % des situations, c'est encore la question de la bienfaisance qui est posée.

La question du refus de soin retrouvée dans 6,8 % des situations ne soulève pas un abandon des prérogatives du médecin pour son malade. Fort heureusement face à un patient qui

refuse les soins, le médecin doit rechercher les raisons de ce refus et entendre les arguments avancés par son patient. À l'issu il devra respecter le désir de son patient et l'informer des risques qu'il encourt. Son rôle de soignant sera de l'accompagner dans sa démarche au regard du principe de bienfaisance qui nécessite de connaître les besoins du patient, et surtout de ce qu'il considère comme *son* bien dans son histoire et ses constructions anthropologiques, profondes.

Dans le cas d'un mineur ou d'un majeur protégé, c'est la personne responsable du patient qui donne son accord mais en même temps le consentement de l'enfant ou du majeur protégé est systématiquement recherché. Le médecin doit donc tenir compte de la volonté du patient dans la mesure du possible mais, la loi Clayes Léonetti précise, si le responsable légal refuse un traitement vital, le médecin a le devoir de prodiguer les soins indispensables (25). Ici, comme l'a dit Fabrice Michel, anesthésiste réanimateur au CHU de Marseille, lors de son cours « Qui décide pour l'enfant » donné dans le cadre du DIU Éthique des pratiques du soin : « la véritable question n'est pas qui décide mais plutôt comment arriver à une décision partagée ? ». Ainsi les questions soulevées par les internes relevant de cette catégorie peuvent montrer une certaine méconnaissance des textes de lois et une difficulté à sortir du paternalisme où c'était le médecin qui décidait du bien de son patient.

4.4.2.8. Le secret médical

Pour assurer un espace de parole libre, le médecin est tenu au secret médical. C'est le tenant de la relation de soin : la confidentialité. 2,5 % des situations complexes rapportées par les internes portent sur le secret médical qui s'oppose au médecin : il s'agit de la catégorie la moins rencontrée, avec en son sein 2,1 % de situations auprès de personnes responsables et seulement 0,4 % de situations auprès de personnes considérées légalement comme non responsables. Dans la deuxième situation ainsi que les problématiques en lien avec les affections transmissibles type VIH c'est plus la complexité des lois qui est à l'origine de ces difficultés. Pour les autres il semble que l'impuissance ressentie par les internes face à certains refus de soin ou certains proches en demande d'informations soit à la source de ces difficultés.

4.5. Perspectives

Cette étude a permis de montrer que les problématiques rencontrées par les IMGM correspondaient à celles retrouvées dans la littérature ainsi qu'aux valeurs prônées par le Serment d'Hippocrate du CNOM de 2012. Ses atouts ont été de s'intéresser aux dilemmes éthiques présents à l'intérieur des grandes catégories déjà connues et d'en connaître les fréquences de rencontre.

Comme l'histoire l'a montrée, l'éthique n'est pas innée et nécessite d'être apprise, tout au moins ses fondements. Le contexte actuel et l'évolution de la société font émerger de nouveaux questionnements et la population française ayant participée aux Etats généraux de bioéthique de 2018 dénonce le manque de formation de ses soignants. Pourtant une étude Nantaise réalisée en 2004 a montré que cet enseignement lorsqu'il est proche de la réalité est bénéfique (38).

À Montpellier, il n'existe actuellement pas d'enseignement obligatoire en éthique stricto sensu. Son instauration prochaine pourra s'appuyer sur ces résultats proposant ainsi à ses IMG des cours au plus proche de leurs besoins. Comme cela a déjà été développé dans le paragraphe 1.2.3., il existe un réel lien entre l'intérêt des internes pour les enseignements d'éthique et la cohérence de ces derniers avec leur quotidien. L'atout ici sera donc de les adapter d'emblée à leur réalité.

D'autres limites à un enseignement de l'éthique de qualité ont été pointées du doigt et pourraient être étudiées dans notre faculté :

- Le manque d'heure consacré à cet enseignement est un frein retrouvé dans une étude Canadienne, une Etats-unienne ainsi qu'une Poitevine (31,32,39), qu'en est-il à la faculté de Montpellier ? Comment augmenter ce temps sans pour autant créer une formation en éthique obligatoire à part entière qui a été déjà récusée par le CCNE dans son avis 84 publié en 2004 (27).
- Quelle formation pour les enseignants ? L'étude Américaine de Manson publiée en 2014 montre que leur manque d'expertise est un frein : comment former les enseignants (32)? L'étude australienne de N. Sturman donne des sujets mettant les médecins enseignants en difficulté (29). Quelles sont celles rencontrées par nos enseignants ici à Montpellier ?

Ce travail a mis en lumière huit catégories éthiques et vingt-quatre dilemmes éthiques rencontrés par les IMG.

Le programme du troisième cycle à Montpellier propose cinq enseignements d'obédience éthique où les trois catégories les plus fréquemment rencontrées pourraient être traitées:

- « Approche centrée sur le patient : relations professionnelles médecin-patient » ;
- « Inégalité sociale de santé » ;
- « Approche centrée sur le patient : abord du patient psychiatrique » ;
- « Autour de la fin de vie » ;
- « Prise en charge de la personne âgée ».

Ces enseignements semblent cependant insuffisants au vu de l'absence de différence significative retrouvée entre les fréquences de rencontre des dilemmes soulevés par les IMG de première, deuxième et troisième années de DES.

Certains dilemmes pourraient donc être intégrés dans le programme actuel:

- La relation de soin médecin-patient : empathie, jugement, demande inadaptée, ainsi que le refus de soin dans « Approche centrée sur le patient : relations professionnelles médecin-patient » ;
- Les vulnérabilités socio-économiques dans « Inégalité sociale de santé » ;
- L'éthique du mourir dans « Autour de la fin de vie » ;
- La vulnérabilité des personnes présentant des troubles cognitifs et maladies psychiatriques ainsi que le secret médical chez la personne considérée légalement non responsable et la capacité du patient à consentir dans « Prise en charge du patient psychiatrique » ;
- La vulnérabilité liée à l'âge, à la dépendance dans la « prise en charge de la personne âgée » ;
- La prise en charge des femmes victimes de violence dans « Prise en charge de la femme » ;
- Le dépistage et la gestion de la maltraitance des mineurs dans « Prise en charge du nourrisson et de l'enfant » ;
- L'information du patient dans « Annonce en simulation ».

Enfin, il est important de proposer aux internes des cours sur les dilemmes « conflit d'intérêts » et « relations interprofessionnelles » qui, bien que non majoritaires, restent présents. Ainsi on pourrait imaginer des cours optionnels sur ces sujets en petits groupes.

Ces propositions à intégrer des questionnements éthiques dans les enseignements déjà existants ne pourront être mise en application qu'en augmentant le nombre d'heure de ces derniers. On imagine en effet difficilement faire naître et réfléchir à des dilemmes d'éthique en seulement quelques minutes volées dans un cours préexistant et déjà bien complet.

Une autre solution serait de proposer des cours optionnels sur des sujets d'éthiques ainsi que des formations plus pratiques comme la communication non violente ou l'initiation au soutien psychologique.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CR : Compte-rendu

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ECN : Examen classant national

EGBE : Etats généraux de la bioéthique

ENT : Espace numérique de travail

ERE : Espace de réflexion éthique

DES : Diplôme d'étude supérieure

DIU : Diplôme inter-universitaire

DMG : Département de médecine générale

GEPT : Groupes d'enseignement de pratique tutorés

IMG : Internes de médecine générale

IMGM : Internes de médecine générale de Montpellier

UE : Unité d'Enseignement

TABLE DES FIGURES

Figure 2.2. Organisation d'une séance de GEPT 21
Figure 2.4. Schéma de l'étude 22
Figure 3.1.1. Diagramme de flux de la population étudiée 25
Figure 3.1.2. Année d'étude des auteurs des cas 26
Figure 3.2. Carte heuristique des catégories et sous-catégories découvertes 26
Figure 3.3.1. Diagramme de flux des dilemmes éthiques 31
Figure 3.3.2. Répartition des catégories éthiques émergentes (n = 474) 32
Figure 3.3.2.2. Répartition des catégories par année de DES, en % 33
Figure 3.3.3. Catégories avec intégration de leurs sous-catégories 34
Figure 3.3.3.1. Description de la catégorie « Vulnérabilité » (n = 120) 34
Figure 3.3.3.2. Description de la catégorie « Relation de soin médecin-patient » (n = 97) 35
Figure 3.3.3.3. Description de la catégorie « Fin de vie » (n = 89) 35
Figure 3.3.3.4. Description de la catégorie « Information du patient » (n = 48) 36
Figure 3.3.3.6. Description de la catégorie « Relations Interprofessionnelles » (n = 43) 37
Figure 3.3.3.7. Description de la catégorie « Conflits d'intérêts » (n = 18) 37
Figure 3.3.4. Diagramme en barre de la fréquence d'apparition des sous-catégories, (n = 474) 39

BIBLIOGRAPHIE

1. Hippocrate de Cos. Serment d'Hippocrate [Internet]. 2019 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate
2. Aristote. L'Ethique à Nicomaque d'Aristote [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.les-philosophes.fr/aristote/ethique-a-nicomaque/les-sages.html
3. Maimonide. Prière de Maimonide (XIIème siècle) [Internet]. 1165 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: http://wij.free.fr/maimonid.htm
4. Kant E. Doctrine de la vertu. In: Métaphysique des moeurs. Paris: Auguste Durand; 1796. p. 3-184.
5. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of Biomedical ethics. 7e éd. OUP USA; 2013. 480 p. (Oxford: Oxford University Press).
6. Lévinas E, Guwy F. L'asymétrie du visage. Cites. 2006;n° 25(1):116-24.
7. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Le Seuil. Paris; 1996. (Points Essais).
8. Moutot G. Les fondements philosophiques de l'éthiques en santé. DIU Ethique des pratiques du soin, Les fondements de l'éthique clinique; 2018 nov 5; Espace de réflexion éthique Occitanie.
9. Le coz P. Modèle de résolution des cas de conscience. Master 2 Éthique, déontologie, anthropologie de la santé. Introduction sur l'éthique.; 2018; Marseille.
10. Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre. Code de déontologie médicale. 2017.
11. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665
12. Hirsch E, Mann JM. Droits de l'homme et respect de la personne. In: Traité de bioéthique [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 249-61. (Poche - Espace éthique). Disponible sur: https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-p-249.htm
13. Schaer R. Répondre du vivant. In: Traité de bioéthique. ERES. 2010. p. 148-57. (Poche - Espace éthique; vol. I-Fondements, principes, repères).
14. Jonas H. Le principe responsabilité. Cerf. 1990.
15. Halioua B. Le procès des médecins de Nuremberg. L'irruption de l'éthique biomédicale [Internet]. Toulouse: ERES; 2017. 240 p. (Poche - Espace éthique). Disponible sur: https://www.cairn.info/le-proces-des-medecins-de-nuremberg--9782749256566.htm
16. Lefrère J-J, Berche P. Les bébés du thalidomide. /data/revues/07554982/v40i3/S0755498210004823/ [Internet]. 10 mars 2011 [cité 10 juill 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/283474
17. N'Diaye P. Les cobayes de Tuskegee. L'Histoire. 1 juill 2014;n° 400(6):52-52.
18. Le Code de Nuremberg. 1947.
19. Association médicale mondiale. Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [Internet]. 1967 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/
20. Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et béhavioriste. RAPPORT BELMONT : PRINCIPES ETHIQUES ET DIRECTIVES CONCERNANT LA PROTECTION DES SUJETS HUMAINS DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE. 1979 avr.
21. UNESCO. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme: UNESCO [Internet]. oct 19, 2005. Disponible sur: http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
22. Huriet C. Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

23. Kouchner B. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
24. Leonetti J. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
25. Claeys A, Leonetti J. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
26. Comité national d'éthique. Rapport de synthèse des états généraux d'éthique, opinions du comité citoyen [Internet]. 2018 juin. Disponible sur: https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/blog/le-rapport-des-etats-generaux-de-la-bioethique-2018-est-en-ligne
27. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°84: Avis sur la formation à l'éthique médicale [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-la-formation-lethique-medicale
28. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°129: Avis sur les états généraux de bioéthique 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/contribution-du-comite-consultatif-national-dethique-la-revision-de-la-loi-de
29. STURMAN N. How confident are general practitioners in teaching medical students about ethical issues on general practice placements? Aust Fam Physician. déc 2014;43(12):880-3.
30. Dedianne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Internet]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2001. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document
31. Pauls MA. Teaching and evaluation of ethics and professionalism: in Canadian family medicine residency programs. Can Fam Physician. déc 2012;58(12):e751-756.
32. Manson HM, Satin D, Nelson V, Vadiveloo T. Ethics education in family medicine training in the United States: a national survey. Fam Med. janv 2014;46(1):28-35.
33. Manson H. The Need for Medical Ethics Education in Family Medicine Training. Fam Med. 1 nov 2008;40:658-64.
34. Lechopier N. Les " sciences humaines " rendent-elles les soignants plus humains ? Pratiques et enjeux critiques des enseignements des humanités en faculté de médecine, et de l'éthique en particulier. In: Place de l'esprit critique dans la formation des professionnels de santé [Internet]. Paris, France; 2012 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00988226
35. Marcoux H. Identifier les besoins de formation en éthique : approche méthodologique centrée sur la clinique. CMAJ. juin 1999;12(160):1715-8.
36. Cohen-Scali J, Séguret P, Amouyal M. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale. Exercer. 2013;24(107):126-30.
37. Belaube C. Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.
38. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. août 2004;5(3):159-66.
39. Correc M. Enseignement de l'éthique: état des lieux dans les facultés de médecine françaises et satisfaction des étudiants de la Faculté de Médecine de Poitiers [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2016.
40. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique

de la CIDMEF. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):75-81.
41. Ethique et Professions de Santé. Paris; 2003 mai.
42. Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages ». Paris; 2013 juin.
43. Quintin J. Enseignement de l'éthique : une approche socratique. http://dx.doi.org/101051/pmed:2008028. 1 août 2008;9.
44. Haute Autorité de Santé - Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Sommaire et Mode d'emploi [Internet]. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi
45. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. Sante Publique (Bucur). 12 avr 2012;Vol. 24(1):23-38.
46. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [cité 10 août 2019]. p. pp 1-16. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448
47. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.
48. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Disponible sur: https://www.gbif.org/tool/81287/r-a-language-and-environment-for-statistical-computing
49. Cella A. L'ethique médicale dans la pratique du médecin généraliste: identification des conflits éthiques et de l'utilité d'une aide. [Toulouse]: Université de Toulouse III - Paul Sabathier; 2015.
50. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3 e et de 6 e année en stage hospitalier en médecine interne. Rev Médecine Interne. 2004;26(2):128-36.
51. Kervasdoué J de. Économie et gestion de la santé : l'argent des autres [Internet]. ERES; 2010 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-578.htm
52. Rodwin MA. Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest. Oxford, New York: Oxford University Press; 1995. 430 p.
53. Bétrémieux P. Les figures de la vulnérabilité. In: Traité de bioéthique [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 174-88. (Poche - Espace éthique; vol. I-Fondements, principes, repères). Disponible sur: https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-p-174.htm

ANNEXES

Annexe 1 : Programme de cours de DES de Médecine générale à Montpellier 2018-2019

08/11/18	DES1				Accueil - Présentation de l'année universitaire - Introduction à la médecine générale	9h30 - 12h30
08/11/18	DES1				La maquette des enseignements à Montpellier	14h30 -16h
08/11/18		DES2			PEC de la femme	09h - 12h30
08/11/18		DES2			La maquette des enseignements à Montpellier	16h -17h30
08/11/18			DES3		Préparer sa thèse, son mémoire et le DES de MG	14h30 - 17h30
29/11/17	DES1				Urgences - PDSA	09h - 12h30
29/11/17			DES3		Urgences - PDSA	14h - 17h30
06/12/18	DES1	DES2	DES3		Atelier thèse	14h - 17h30
13/12/18	DES1	DES2	DES3		GT Gynécologie en simulation pour 80 X2	9h - 17h
10/01/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 1	9h - 12h30
10/01/19			DES3		Exercer la médecine sur un territoire	14h - 17h30
17/01/19	DES1	DES2	DES3		Femme ménopausée (optionnel)	9h - 12h30
24/01/19			DES3		Autour de la fin de vie	09h - 17h
31/01/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 2	9h - 12h30
31/01/19		DES2			Annonce en simulation 1/2 promo	14h - 17h30
07/02/19		DES2			PEC nourrisson-enfant	9h - 12h30
07/02/19	DES1	DES2	DES3		Atelier thèse	14h - 17h30
14/02/19		DES3			ISS 1/4 promoX2	9h - 17h30
28/02/19		DES2			Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 2 1/2 promo	
07/03/19	DES1	DES2	DES3		Projet professionnel (optionnel)	
14/03/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : abord du patient atteint de maladie psychiatrique	9h - 12h30
21/03/19			DES3		GT dermatologie en simulation 1/2 promoX2	
21/03/17	DES1	DES2			Examen des Articulations (optionnel)	9h - 17h30
02/05/19	DES1				PEC sujet âgé	9h - 17h

02/05/19			DES3		Exercer la médecine sur un territoire 1	14h - 17h30
16/05/19			DES3		PEC globale du patient atteint de BPCO	
16/05/19	DES1	DES2	DES3		Atelier thèse	14h - 17h30
23/05/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 1	9h - 12h30
06/06/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 2	9h-12h30
13/06/19		DES2			Approche centrée Patient : relation professionnelle Médecin-Patient 2 1/2 promo	
13/06/19		DES2			Annonce en simulation	14h - 17h30
18/06/19	DES1				1 INM : activité physique (optionnel)	9h - 12h30
18/06/19	DES1				1 INM : Alimentation (optionnel)	14h - 17h30
20/06/19	DES1			SP	Approche centrée Patient : abord du patient atteint de maladie psychiatrique	9h - 12h30
20/06/19			DES3		Raisonnement clinique	14h - 17h30
27/06/19			DES3		ISS 1/4 promo X2	9h - 17h30
12/09/19	DES1	DES2			Examen des articulations (optionnel)	9h - 17h30
03/10/19	DES1	DES2	DES3		Ados (optionnel)	9h - 12h30

Annexe 2 : mail aux tuteurs

Bonjour,

Je m'appelle Julie Bourg, je suis interne en médecine générale à Montpellier en 5ème semestre.

Je vous sollicite aujourd'hui pour mon projet de thèse :

Réaliser un état des lieux des difficultés éthiques rencontrées par les internes de médecine générale de Montpellier.

Le but est d'introduire dans les enseignements déjà existants des cours d'éthique médicale adaptés aux besoins des internes.

Avec ma directrice de thèse, le Dr Mélanie BADIN, nous avons choisi d'utiliser les cas cliniques présentés en GEPT pour recenser les problématiques éthiques rencontrées par les étudiants au cours de leur pratique du soin.

Nous avons demandé aux internes d'apporter lors des 2 dernières séances de GEPT de mars et avril 2018, des cas cliniques dont la problématique est en lien avec l'éthique.

Via la plateforme Moodle, nous aurons accès à ces cas, notre travail sera de les analyser afin d'extraire les thèmes nous mettant en difficulté dans notre pratique courante. Il servira de socle au DMG pour créer un enseignement adapté à nos besoins.

Comme vous l'aurez compris, les GEPT seront à la base de ma thèse, j'ai besoin de vous pour rappeler aux internes cette consigne lors de vos prochains groupes.

Je vous remercie par avance pour votre aide.

Bien cordialement,

Julie BOURG

Annexe 3 : Mail aux internes

Bonjour,

Je m'appelle Julie Bourg, je suis interne en médecine générale à Montpellier en 5ème semestre.

Je vous sollicite aujourd'hui car mon projet de thèse est tourné vers vous, vers nous et nos besoins :

Réaliser un état des lieux des difficultés éthiques rencontrées par les internes de médecine générale de Montpellier.

Ma thèse traitera de ce sujet omniprésent dans notre pratique.

L'éthique est l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. Appliquée aux sciences et à la médecine du vivant, on peut la définir comme l'exigence d'un certain comportement de la médecine au service du malade.

Elle est donc un élément central pour le corps médical auquel nous appartenons. C'est un sujet vaste et complexe, bien souvent difficile à appréhender, chaque situation étant unique.

Durant notre formation initiale, il semble incohérent au vu de l'importance du sujet, de ne pas avoir de cours la concernant.

Ma thèse aura donc un impact réel dans notre formation, il aboutira à l'introduction d'un enseignement d'éthique médicale dans nos cours de DES dès septembre 2018. Afin que ces enseignements soient adaptés au mieux à nos besoins, je vous remercie d'apporter, lors de chacun des GEPT de mars et avril 2018, un cas clinique qui vous a interpellé sur un sujet éthique.

Via la plateforme Moodle j'aurais accès à ces cas. Mon travail sera de les analyser et de faire une synthèse des thèmes nous mettant en difficulté dans notre pratique courante.

Il servira de socle au DMG pour créer un enseignement adapté à nos besoins.

Comme vous l'aurez compris vous êtes la clé de voûte de mon projet, je compte sur vous !

Je vous remercie par avance pour votre aide !

Julie BOURG

Annexe 4 : Programme de cours du DIU Éthique dans les pratiques du soin année 2018 - 2019

Module du 5 au 9 novembre 2018

Lundi 5 novembre 2018 - Les fondements de l'éthique clinique
8h45 - Accueil
9h - 9h30 - Présentation du DIU : Jacques Bringer, président l'Espace de réflexion éthique et Thierry Lavabre-Bertrand, PU-PH au CHU de Nîmes
9h30 - 11h30 - L'évolution historique de l'éthique médicale : Thierry Lavabre Bertrand, PU-PH au CHU de Nîmes
11h30 - 12h30 - La médiation en santé : intervenant à définir
14h -16h - Les fondements philosophiques de l'éthique en santé : intervenant à définir
16h - 17h - Les missions de l'Espace Régional de réflexion éthique Pascaline Rocher, directrice déléguée de l'Espace Régional de réflexion éthique

Mardi 6 novembre 2018 - L'éthique et les institutions
9h - 10h - Les instances nationales et régionales de l'éthique médicale : intervenant à définir
10h - 12h30 - Droit et éthique appliquée : étude de cas pratiques Emmanuel Terrier, enseignant en économie de la santé à l'ISEM Montpellier
14h - 17h - L'éthique et la recherche médicale Thierry Lavabre Bertrand, PU-PH au CHU de Nîmes

Mercredi 7 novembre 2018 - Les principes et les enjeux de l'éthique biomédicale
9h -12h - Alzheimer : approche éthique de la prévision et du diagnostic : Jacques Touchon, neurologue
14h - 17h - L'éducation thérapeutique personnalisée dans la maladie chronique : Xavier de la Tribonnière, médecin spécialiste de l'éducation thérapeutique, UTEP, accompagné de 2 patients éducateurs

Jeudi 8 novembre 2018 - La médecine personnalisée et la personnalisation des soins
9h - 10h - Concilier médecine ciblée et médecine de la personne : aspects épistémologiques, philosophiques et pratiques : Thierry Lavabre-Bertrand, PU-PH au CHU de Nîmes
10h30 - 12h30 - Les bases d'une médecine personnalisée : Jacques Bringer, président de l'Espace de réflexion éthique
14h – 17h - Directives anticipées, personne de confiance et accompagnement de fin de vie : Jean-Pierre Bénézech de l'unité de soins palliatifs du CHU de Montpellier et Jacques Bringer, président l'Espace de réflexion éthique

Vendredi 9 novembre 2018 - Les repères éthiques dans une société multiculturelle et laïque
9h -12h - Religion et soins : comment s'adapter de façon adéquate à des situations concrètes : Avec des aumôniers hospitaliers des cultes catholique, protestant, musulman et juif
14h - 16h - Les 4 principes de base pour une méthodologie pratique Peut-on systématiser l'éthique ? Le point de vue du philosophe : Thierry Lavabre-Bertrand, PU-PH au CHU de Nîmes

Module du 3 au 7 décembre (à Marseille) : Pierre LE COZ, Responsable pédagogique
Lundi 3 décembre 2018
9h - 10h - Altérité et humanité dans la relation de soin : Jean-Robert Harle
10h45 - 12h30 - Objectivation du corps et dilemmes éthiques en chirurgie : Michel Caillol
14h -17h - Retour sur les Etats généraux de la Bioéthique. Dépistage en médecine prédictive. Tests en libre accès. Accéder à la connaissance du patrimoine génétique : Perrine Malzac, équipe EEM

Mardi 4 décembre 2018
9h - 10h30 - Éthique appliquée. Travail de groupe : équipe EEM
10h45 - 12h30 - Éthique appliquée. Travail de groupe : équipe EEM
14h00 - 17h - Table ronde : annonces difficiles : F. Bartolomei, S. Salas, P. Bonnier

Mercredi 5 décembre 2018
9h - 10h30 - L'éthique aux extrémités de la vie : Barthélémy Tosello
10h45 - 12h30 - Dilemmes éthiques en soins palliatifs : Jean-Marc La Piana
14h - 17h - Conférence-débat sur la fin de vie : difficultés éthiques liées à l'arrêt de soin. Le cas de la pédiatrie. La loi Claeys-Leonetti. Problèmes éthiques en réanimation : Brigitte Chabrol, Caroline Berland, G. Bernardin

Jeudi 6 décembre 2018
9h - 10h30 - Refus de soin en psychiatrie : Nicole Cano
10h45 - 12h30 - Enjeux éthiques liés à la prise en charge des maladies rares : Brigitte Chabrol
14h00 - 15h15 - L'éthique de la sollicitude : Laëtitia Marcucci
15h30 - 17h - Problèmes éthiques liés à la maladie chronique. L'exemple de la néphrologie : Philippe Brunet

Vendredi 7 décembre 2018
9h - 12h30 - Éthique et périnatalité. L'identité sexuelle et le genre : dilemmes en périnatalité. Place de la qualité de vie dans les décisions en néonatalogie. Place des parents dans les décisions difficiles en néonatalogie : Thierry Merrot, Marie-Ange Einaudi, Fabrice Michel
14h - 15h30 - Éthique et vieillesse. Représentation de la vieillesse : Zoéline Froissart, E. Macia
15h30 - 17h - L'accompagnement des mourants dans l'histoire de la médecine : J.M. Foletti

Module du 11 au 15 février 2019 Soins personnalisés et soins de la personne (à Montpellier)

Lundi 11 février 2019 - Handicap et personnalisation
9h - 12h - Autisme : pour un accueil bien traitant dans les structures sanitaires de court séjour et médico-sociales : Amaria Baghdadli, PU-PH en psychiatrie et Sophie Lamour, représentante des usagers
14h - 17h - Les conditions d'humanité des soins aux personnes handicapées : Olivier Jonquet, PU-PH en anesthésie-réanimation et Jean-Christophe Parisot, préfet et patient

Mardi 12 février 2019 - Médecine de la personne et formation
9h - 10h30 - L'apprentissage par la mise en situation et le théâtre pour favoriser la qualité relationnelle dans le soin : l'annonce d'un cancer. Marc Ychou, PU-PH en oncologie et Serge Ouaknine, metteur en scène
10h30 - 12h30 - La logique médicale en contexte interculturel : entre tact et efficacité. Rémi Lemaître, sociologue

14h - 17h - La médecine narrative Pascaline Rocher, directrice déléguée de l'Espace de réflexion éthique

Mercredi 13 février 2019

9h - 12h - Les effets de la judiciarisation sur l'exercice de soin et la relation soignant-malade Emmanuel Margueritte, médecin légiste et Cyril Manzanera, psychiatre et docteur en droit

14h - 17h - Développer le partenariat patient-professionnel de santé : Alessandra Pellecchia, UTEP et Laurent Trin-Dinh, patient-intervenant

Jeudi 14 février 2018 - Pédiatrie et personnalisation

9h - 12h30 - Le dépistage de la maltraitance en périnatalité et l'accompagnement : Françoise Fabre, sage-femme et Anne Alauzen, médecin à la PMI du Conseil Général

14h - 15h30 - La prise en charge de l'enfant aux urgences : Eric Jeziorski, pédiatre au CHU de Montpellier

15h30 - 17h - Les maladies chroniques de l'enfant : individualiser les soins pour un suivi plus humain. Exemple de la cancérologie pédiatrique. La psychologie de l'enfant dans les soins en cancérologie : Nicolas Sirvent, hémato-oncologue pédiatrique et Laurent Lemaître, pédo-psychologue au CHU de Montpellier

Vendredi 15 février 2019

8h30 - 9h30 - Présentation des sujets de mémoire et échanges Jacques Bringer, président de l'Espace de réflexion éthique

9h30 - 11h - L'erreur médicale : agir et parler juste. Projection du film documentaire « Que reste-il de nos erreurs ? » (Nils Tavernier) suivie d'un débat : Jacques Bringer, président de l'Espace de réflexion éthique

11h - 12h30 - Démarche éthique dans la prise en charge des adolescents jeunes adultes-AJAs : Christine Kerr, radiothérapeute en oncologie à l'Institut du cancer de Montpellier (ICM)

Annexe 5 : Fiche GEPT exemple de cas

GEPT - FICHE DE PRÉSENTATION DE LA SITUATION CLINIQUE

Date : 13/03/2018
Séance :
Site : Mende
Tuteur : Dr Malherbe

1	DESCRIPTION Description précise de la situation clinique : mentionner les éléments utiles à la compréhension du cas (biographiques, HDM, contexte, etc...)

Patient de 85 ans, traumatisme cheville gauche dans escaliers, consulte 24H après car s'occupe de sa femme alzheimer et n'a pu consulter le jour du traumatisme. Impotence fonctionnelle marquée et douleurs ++ avec déformation de la cheville.
Radio : fracture oblique extrémité distale fibula. Avis ortho : ttt par botte plâtrée 6 semaines avec radio de controle a J21

2	PROBLÉMATIQUE Formuler précisément la - ou les - question(s) que vous a posé ce cas.

Patient aidant principal de sa femme alzheimer et isolement social du couple, pas de famille dans la région, pas d'aides à domicile : refuse l'immobilisation plâtrée qui sera trop contraignante et l'empêchera de s'occuper de sa femme

3	RÉPONSE APPORTÉE AU PROBLÈME Décrire votre attitude face à ce cas complexe.

discussion avec l'orthopédiste : contention par botte de marche type maxtrax haute du fait de l'apparente stabilité du trait de fracture (pas de déplacement après 24h de marche sur la fracture) et contexte social. Par contre, contrôle radiographique plus précoce (j10) et si déplacement, le traitement sera obligatoirement chirurgical avec immobilisation plâtrée

4	MÉTHODE DE RÉSOLUTION DU PROBLÈME Décrire la méthode utilisée pour résoudre le problème : (recherche documentaire, travail d'équipe, aide d'un sénior etc...)

discussion avec l'orthopédiste, étude du cas précis du patient et de ses spécificités, sa problématique sociale. Possibilité de ttt des fractures de l'extrémité distale de la fibula par botte de marche (mais pour les fractures horizontales stables normalement)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction De nos jours, innovation médicale, contexte politico-socio-économique et judiciarisation, ajoutent aux principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, ceux de solidarité et de responsabilité individuelle. La pratique de la médecine nécessite donc une réflexion éthique obligeant à l'apprentissage de ces fondements. Les enseignements existants, éloignés du terrain, intéressent peu les internes. Cette étude a voulu découvrir et classer les dilemmes éthiques des internes de médecine générale de Montpellier (IMGM) par fréquence de rencontre.

Matériel et méthode Une étude utilisant une méthode mixte à protocole exploratoire a été réalisée. Elle a couplé une analyse thématique par émergence de donnée à une analyse statistique de fréquence des résultats découverts. Le matériel de travail était des cas cliniques sur le thème de l'éthique rédigés par les IMGM de février à avril 2018.

Résultats 257 cas cliniques ont été étudiés mêlant 1 à 4 situations complexes chacun soit 474 dilemmes éthiques analysés. 8 catégories et 24 sous-catégories ont émergé. Les catégories étaient par ordre décroissant de fréquence : vulnérabilité, relation de soin médecin malade, fin de vie, information du patient, consentement éclairé, relations interprofessionnelles, conflits d'intérêts et secret professionnel. Parmi les sous-catégories, 9,9% des situations traitaient de l'approche empathique du patient, 8,9% de précarité socio-économique et 8,2% des limitations de soin.

Conclusion Cette étude a montré que les dilemmes éthiques des IMGM correspondent à la littérature et que les principales concernent les vulnérabilités et l'empathie. Ces résultats pourront servir à optimiser l'enseignement de l'éthique à Montpellier.

Mots clés : éthique médicale, bioéthique, enseignement, médecin généraliste, internes en médecine, pratique de terrain, dilemmes ethiques, situations complexes.