HAL open science

Le ressenti des médecins généralistes du pays vannetais concernant la réflexion éthique autour des situations complexes

Aurore Gautreault

To cite this version:

Aurore Gautreault. Le ressenti des médecins généralistes du pays vannetais concernant la réflexion éthique autour des situations complexes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03543549

HAL Id: dumas-03543549

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03543549v1

Submitted on 26 Jan 2022

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.

Numéro d'ordre : **Année 2021**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Aurore GAUTREAULT

Née le 13/09/1991 à Parthenay

Le ressenti des médecins généralistes du pays vannetais concernant la réflexion éthique autour des situations complexes

Thèse soutenue à Rennes le 11/02/2021

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME
PUPH – CHU de Rennes / *Président du Jury*

Pr Renaud DE CREVOISIER
PUPH – CHU de Rennes / *examinateur*

Dr Laure FIQUET
Médecin généraliste – Rennes, MCF associée / *examinateur*

Dr Françoise TATTEVIN
Médecin généraliste - Groix / *directeur de thèse*

Professeurs des Universités, au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	Professeur Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Maîtres de Conférences des Universités, au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
OUIN épouse THIBAUI	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGOH TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
'ERDIER épouse LORN	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements et dédicaces

Au Professeur Dominique SOMME, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse et pour vos précieux conseils, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Au Professeur Renaud DE CREVOISIER, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur Laure FIQUET, je vous remercie d'avoir accepté d'examiner ce travail, ainsi que pour vos cours au DMG, notamment sur la méthodologie de cette thèse.

Au Docteur Françoise TATTEVIN, je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, ainsi que pour les remarques pertinentes au fil de sa rédaction.

Aux médecins généralistes m'ayant consacré un peu de leur temps pour participer aux entretiens, nos échanges m'auront été précieux, tant pour ce travail que pour la suite.

Aux patients et médecins rencontrés pendant mes études, je vous remercie pour ces moments de vie qui m'ont fait grandir.

A ma famille et amis, je vous suis reconnaissante de votre soutien inconditionnel.

Table des matières

Remerciements……..p6
Introduction……p9
Matériel et méthodes……..p10
Design de l'étude……p10
Recrutement des participants……...p10
Guide d'entretien……p10
Déroulement des entretiens……..p10
Analyse qualitative……..p11
Résultats……p12
1) Population d'étude……...……p12
2) Représentations de l'éthique en médecine générale……...……...p12
Grandes théories éthiques……..p12
Mener une réflexion……..p12
Le problème éthique naît d'un conflit……p12
Se centrer sur le patient……...p12
Situations quotidiennes soulevant des problèmes éthiques……..p13
3) Un ressenti souvent ambivalent……...……p13
3a) Vision positive…..……..p14
L'art de la communication……p14
Un enrichissement personnel……p14
Savoir se faire confiance……p14
3b) Représentations négatives……p14
Anxiété anticipatoire……p14
Insatisfaction……..p14
Un sentiment de doute et d'incompétence……p15
Investissement émotionnel et culpabilisation……...p15
Le sentiment d'être seul face aux situations complexes……p15
Devoir imposer sa décision ou se résigner……...p16
Poids du juridique……p16
4) Ce qui facilite la résolution des situations complexes……...……...p16
Être en groupe et pouvoir échanger……..p16
Décision médicale partagée……..p17
La sérénité de l'expérience……p17
Aide du cadre juridique……p17
5) Ressources mobilisées……..p18
Adaptables au patient et à la situation……..p18
Le patient et son entourage……p18
Les autres intervenants dans la prise en charge……p18
Les structures de soutien……..……..p18

Les institutions de soutien……...p18
Les soutiens personnels……..p19
6) Besoin d'une structure spécifique ?…….p19
Manque de formation initiale……...p19
Nécessité d'une structure adaptée ?…….p19
Discussion…….p20
Forces et faiblesses de l'étude……..p20
Résultats principaux……p20
Comparaison à la littérature……..p20
Conclusion……....p21
Bibliographie……..…p22
Glossaire……p25
Documents annexés et illustrations
Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants……...p26
Annexe 1 : Territoire de santé 4 (Vannes, Ploërmel, Malestroit)……....p27
Annexe 2 : Guide d'entretien……...……p28

Introduction

La médecine peut être définie comme un art, basé sur des connaissances scientifiques indispensables, alliées à l'art de la communication, des relations sociales et de l'éthique des prises de décision(1). L'éthique clinique est née aux États Unis, en filiation avec la bioéthique qui régule la recherche, se basant sur les mêmes quatre principes fondateurs définis par Beauchamp et Childress en 1983(2), que sont autonomie, bienfaisance, non malfaisance et justice, mais en contextualisant la réflexion au cas par cas pour appréhender au mieux la singularité du patient(3).

Dans la fin des années 1990, émergeait le concept de consultation éthique, pour aider à la prise de décision dans les cas complexes(4). Sa mise en pratique a pu être étudiée en s'appuyant sur l'expérience du CHU de Nantes(5) : les études mettent en évidence trois principaux sujets traités, que sont le secret professionnel, la liberté des soins, la relation médecin-patient(6).

La réflexion éthique dans les établissements de santé a été encouragée par les démarches de certification(7). En effet depuis 2002, il existe une obligation légale à organiser une réflexion éthique au sein de chaque établissement de santé (article L6111-1 du code de la santé publique), incitant de plus en plus les établissements de soin à se doter d'une structure interne d'éthique, dont la forme est définie par les recommandations de 2010 de l'ANESM(8).

Qu'en est-il de l'éthique clinique en libéral ? En particulier, comment se placent les médecins généralistes face à cette réflexion ? Non inclus dans cette loi, ils sont pourtant eux aussi confrontés à des cas de conscience dans leur pratique quotidienne, et selon leur mode d'exercice, peuvent se sentir un peu isolés pour mener à bien cette réflexion. Cela a été étudié en Australie, exprimant une pratique réflexive fréquente en médecine générale, notamment sur la fin de vie, la prise de décision, et les zones grises(9). La littérature française est assez pauvre sur le sujet, soulignant essentiellement le sentiment de solitude du médecin généraliste(10). Par ailleurs, un précédent travail de thèse toulousain objectivait que plus des 3/4 des généralistes interrogés avaient été confrontés à un dilemme éthique, mettant également en exergue la nécessité d'une structure adaptée d'aide à la réflexion pour les cas complexes(11).

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le ressenti des généralistes du territoire de santé 4 face à la gestion éthique des cas complexes. Les objectifs secondaires étaient de recueillir les méthodes et ressources utilisées comme aide à la réflexion, ainsi que les éventuels besoins d'aide supplémentaires.

Matériel et méthodes

Une étude transversale qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, sur une période s'étendant de juillet 2019 à mai 2020, auprès de 20 médecins généralistes installés dans le territoire de Santé 4.

Design de l'étude

Le choix du design qualitatif permettait de recueillir le ressenti des généralistes, pour qu'ils expriment librement leurs attentes et les freins à la réflexion éthique, sans induire de réponse préconçue et en s'affranchissant de présupposés. L'étude s'est limitée au territoire de Santé numéro 4[1], pour n'interroger que des généralistes bénéficiant a priori des mêmes ressources mobilisables.

Recrutement des participants

Une liste des cabinets de médecine générale a été dressée, dans l'ordre alphabétique des villes de la zone étudiée, puis un travail de *phoning* a permis de recruter 20 participants (sur 30 appels au différents cabinets). Les non-répondants n'ont pas exposé la raison de leur refus. Ce recrutement aléatoire a permis de varier la population d'étude en terme de sexe, âge, lieu et mode d'exercice, ainsi que d'expérience locale. Le seul critère d'exclusion était l'installation depuis moins d'un an, pour s'affranchir d'une méconnaissance du territoire et du réseau local disponible. Une présentation succincte du travail de thèse était alors réalisée, par téléphone ou par mail, puis un rendez-vous fixé. Les entretiens étaient réalisés au cabinet des médecins volontaires, en prévoyant une plage horaire libre d'environ trente minutes.

Guide d'entretien

Un travail préparatoire bibliographique et auprès d'experts du domaine (équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Vannes, groupe d'éthique morbihannais GREC 56) a été réalisé, afin de rédiger un guide d'entretien. Celui-ci a pu être testé et affiné auprès d'internes de médecine générale. Basé sur une trame souple de questions, ce guide d'entretien[2] explorait le ressenti des généralistes face à des situations complexes, leur représentation de l'éthique au quotidien, leur formation antérieure et/ou leur besoin de formation dans le domaine, ainsi que leur besoin ou non d'un interlocuteur dédié.

Déroulement des entretiens

L'investigateur était une interne de Médecine Générale en fin de cursus, travaillant en parallèle comme remplaçante en Médecine Générale dans la même zone géographique. L'entretien semi-dirigé, en face à face, a été précédé d'une courte explication du travail de thèse ainsi que du recueil de consentement oral pour l'enregistrement et l'analyse anonyme du discours. L'enregistrement a été réalisé grâce à deux appareils (smartphone et dictaphone), afin de minimiser le risque de perte d'information en cas de défaillance du matériel. Les entretiens se sont déroulés comme une discussion informelle, sans prise de note pour ne pas couper le discours, basée sur les questions du guide d'entretien et des relances appropriées. Les digressions n'ont pas été recadrées afin de préserver la fluidité du discours de l'interviewé et d'explorer des pistes inattendues.

Analyse qualitative

---

1 Annexe 1 : Territoire de santé 4 (Vannes, Ploërmel, Malestroit), p30

2 Annexe 2 : Guide d'entretien, p31

Chaque entretien, d'une durée de 20min à 1h15, a été retranscrit mot à mot sur un logiciel de traitement de texte, après attribution d'un numéro à l'entretien. Il a été réalisé un double codage à l'aveugle, avec la collaboration d'une interne de médecine générale travaillant sur une thèse qualitative de thème similaire, puis une analyse du Verbatim avec l'aide du logiciel N Vivo. La suffisance des données a été atteinte au bout de 18 entretiens, confirmée par deux entretiens supplémentaires alors que plus aucune occurrence originale n'émergeait des codages. Triangulation de l'analyse par recoupement des données recueillies entre interviewés et confrontation des codages des deux analystes.

Résultats

1) Population d'étude

20 entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 37 minutes, chaque participant étant nommé E suivi du numéro d'entretien dans l'ordre chronologique de leur réalisation. Un résumé des caractéristiques des répondants est présenté dans le tableau 1[3]. Les interviewés étaient majoritairement des hommes (sex ratio H/F 3/1), plutôt d'âge jeune, exerçant principalement en groupe et en semi-rural, avec une grande variation des durées d'installation. La moitié d'entre eux déclaraient avoir eu une formation spécifique traitant d'éthique.

2) Représentations de l'éthique en médecine générale

La question posée était : que représente pour vous l'éthique en médecine générale ?

Grandes théories éthiques

Certains répondants avaient quelques souvenirs de fac, « *On a eu des cours d'éthique médicale, dont j'ai pas gardé énormément de souvenir. Enfin des bribes en fait...* »(E16). Pour eux, revenaient dans la définition de l'éthique, le Bien «Je pense que si déjà on a l'éthique de faire les choses en pensant à bien les faire, c'est déjà une bonne chose » (E1), la Morale « *C'est plus une, … une ligne morale, plus comme ça que je me le représente.* »(E20). Mais beaucoup avaient du mal à trouver une définition satisfaisante, « *En fait ça c'est une bonne question, qu'est-ce qui est entre la psychologie, et l'éthique ? Parce qu'effectivement, selon les gens, une question sera éthique ou pas finalement.* » (E16).

Mener une réflexion

Les problématiques éthiques étaient résumées par un praticien comme une réflexion à mener : « *C'est toutes les fois où on se demande, est-ce que je fais bien de faire ce que je fais ? Pour euh… sans que ce soit une raison purement médicale quoi. Où il n'y a pas de .. où il y a pas forcément de protocole et de…. Ouais où la réponse est pas forcément scientifique.* »(E16). Et cette réflexion se faisait à plusieurs : « *Le champ éthique, voila je dirais déjà que c'est quelque chose de, … de, … qui nécessite de la communication, de l'interaction avec d'autres personnes quoi. Ça oui. Et après, c'est une décision à plusieurs j'imagine quoi, soit famille médecin, soit plus ou moins pluridisciplinaire*. » (E10).

Le problème éthique naît d'un conflit

La moitié d'entre eux identifiaient un problème éthique comme naissant d'un conflit entre différentes valeurs, « *Soit les miennes et celles du patient, soit les miennes et la loi, soit celles du patient et la loi, on a un peu ce triangle là.* »(E4). Cette opposition de valeurs était parfois définie comme un cas de conscience, « *Pour moi, l'éthique ça renvoie quand même à des cas de conscience, un peu philosophiques, personnels, existentiels, du style de celui qui serait pas d'accord philosophiquement avec une IVG, un gynécologue qui aurait du mal à les faire, ça ce serait un cas typique.* » (E12)

Se centrer sur le patient

Leur idée principale, résumant la résolution des problèmes éthiques au quotidien, était de se centrer sur le patient et ses désirs, « *C'est faire au mieux, selon les circonstances je pense quoi. Oh oui je*

3 Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants, p29

pense que c'est ça, … c'est le patient qui doit être le centre quoi, … » (E13), de s'adapter à lui et respecter ses choix, « *Je pense qu'on est régulièrement à se poser des questions, et je pense que les questions on les résout, à partir du moment où on se centre sur le patient, et où on met l'intérêt du patient avant tout.* » (E18).

Situations quotidiennes soulevant des problématiques éthiques

Le thème le plus récurrent était les situations de fin de vie, « *Après on y pense vraiment dans les fins de vie, un patient qui refuse un soin, enfin c'est vraiment dans ces cas là.* » (E1), comment répondre aux demandes d'euthanasie «*J'ai du mal à me situer quoi, parce que si quelqu'un demande à en finir, ça veut dire quoi une sédation profonde ?* » (E1), ou encore les discussions autour des directives anticipées « *Elle m'a dit qu'elle faisait ça suite à l'affaire Lambert en fait. […] C'était une personne âgée donc, dans son cas à elle je pense que c'était utile de le faire, et puis je me dis qu'on pourrait tous le faire*» (E1). Même en dehors des soins palliatifs, les questionnements fréquents portaient sur l'adaptation des soins « *Souvent c'est sur la pertinence des soins je dirais, c'est jusqu'où il faut aller, jusqu'où… enfin où est-ce qu'il faut s'arrêter.* » (E3). Il existait également des réflexions autour du consentement et des refus de soins, notamment dans les pathologies psychiatriques ou démentielles, « *Une sénilité [...] sûrement type Alzheimer, et donc qui avait un pacemaker, qui avait été posé il y a plus de dix ans, et qui ne voulait pas retourner voir le cardiologue, et puis qui en avait marre des médecins,* »(E11). D'autre part, les répondants mettaient en évidence un questionnement autour des implications biopsychosociales de la consultation de médecine générale, avec le secret professionnel et la rédaction des certificats, « *Des histoires de signalement, de maltraitance chez les enfants, ou les ruptures de secret médical* » (E3).

3) Un ressenti souvent ambivalent

Certains identifiaient fréquemment des situations problématiques, « O*n en a pas mal, des consultations complexes. Moi j'ai régulièrement des consultations qui me posent problème* »(E12), tandis que pour d'autres ces questions restaient inconscientes mais omniprésentes « *On l'a toujours en toile de fond hein je pense, ça doit être là dans notre inconscient* » (E8). Mais pour la plupart ces situations n'étaient pas bloquantes « *C'est rare que je me dise je sais pas du tout quoi faire.* »(E14). Par ailleurs certaines situations se résolvaient d'elles-mêmes « *Est-ce que c'est une situation complexe ? Alors ça aurait pu l'être, mais euh, … ça c'est fait assez simplement* »(E17). Beaucoup mettaient en exergue l'importance de se remettre en question « *Des médecins qui s'imaginent avoir la Science et qui se remettent pas en question, ceux là sont excessivement dangereux. C'est, … Donc il faut toujours avoir le doute, et vérifier.*»(E15). Il était important pour eux de choisir une voie pour avancer, « O*n essaye d'avancer avec ça, parfois avec plus ou moins de bonheur, ou de facilité, … euh, des fois ça se passe très bien, des fois c'est un peu plus compliqué.* » (E8). Il leur fallait intégrer les pressions extérieures : « O*n n'est pas tout seul avec le patient, il y a la famille autour, donc on a des pressions dans tous les sens quoi, donc à partir de là, on peut pas non plus, … je pense qu'on suit une voie quoi, …* »(E10), même s'il leur était parfois difficile d'identifier une option meilleure qu'une autre « S*i on l'hospitalise pas elle va mourir. Si on l'hospitalise, elle va peut-être mourir aussi. Probablement d'ailleurs. Voilà. Ça c'est un peu complexe.* » (E14).

3a) Vision Positive

L'art de la communication

La moitié des répondants trouvait cette expérience positive, quand une communication ouverte avec le patient pouvait être instaurée, **«** *Ça c'est très bien passé, entre autres parce que la patiente avait dit qu'elle avait discuté avec moi, et puis qu'elle s'était sentie en confiance* » (E8), mais aussi avec la famille « *J'étais en contact bien avant, avec les filles, en disant bah voila ça se dégrade. [...] La famille, enfin très contente, parce que ça s'est passé dans l'apaisement* » (E17). Ils mettaient en évidence l'importance de pouvoir discuter avec leurs collègues généralistes « *D'avoir des discussions, ou effectivement quand on se pose des questions, c'est toujours intéressant d'avoir des avis, …* » (E8), ou spécialistes « *Je travaille beaucoup avec mes spécialistes que j'ai comme correspondant, j'échange beaucoup.* » (E13). Il exprimaient aussi l'importance de décrypter les émotions du patient, sa communication non verbale « *Vous êtes attentif à l'émotion du patient. Est-ce qu'il rougit ? Et s'il a rougi, pourquoi ?*» (E15).

Un enrichissement personnel

Cette attention à l'autre permettait d'enrichir leur pratique et de trouver une satisfaction personnelle « *Je trouve que c'est des discussions, humainement, qui sont vraiment très très riches, et qui vont au-delà de notre métier de généraliste. […] C'est des discussions je trouve... alors peut être qui leur apportent à eux, mais qui m'apportent à moi aussi.»* (E4).

Savoir se faire confiance

La moitié des répondants mettaient aussi en avant l'importance de se faire confiance, d'écouter son bon sens, notamment dans les débats autour de l'acharnement thérapeutique, « *Mais c'est le bon sens qui prime. Parce que bon, on va pas s'acharner pour s'acharner, c'est débile, voila.*» (E13). Et de toujours s'adapter au patient pour trouver la réponse appropriée « C*'est quand même un peu plus au feeling que sur des choses vraiment carrées.*» (E8). Il subsistait parfois des désaccords, mais rester à l'écoute leur permettait d'en retirer une expérience positive « U*ne fois que j'expliquais ma position, je sais que sa position ou la position de la famille, bon on est pas d'accord mais c'est pas grave en fait.*»(E4).

3b) Représentations négatives

Anxiété anticipatoire

La majorité des ressentis exprimés par les répondants étaient plutôt négatifs, ainsi la moitié d'entre eux révélaient une anxiété à l'idée d'être à nouveau confrontés à des situations complexes « *Je me rends compte que l'hôpital, repousse un petit peu la situation, donc ouais j'ai peur de ce que ça peut donner après.* »(E17), cette anxiété ayant parfois un retentissement sur leur vie personnelle « O*n passe pas des bonnes nuits ces jours là. On imagine comment ça va se passer… ça c'est des situations pénibles*. »(E1). Certains décrivaient ces situations comme un traumatisme : « *C'est rare, mais on en a tous fait quelques unes quand même, et c'est traumatisant pour tout le monde. Le patient bien sur, mais aussi l'entourage, le médecin.* »(E1).

Insatisfaction

Un grand nombre d'entre eux rapportait des situations qui les avaient mis mal à l'aise, « *Je savais plus comment lui parler, enfin je savais plus trop quoi faire, je me sentais super mal à l'aise à l'idée de*

la revoir »(E16), parfois en raison d'un non-dit « *Oh il devait se douter un peu. On est pas à l'aise quand même hein. Moi je préfère être franc.*»(E13), parfois en raison de conflits familiaux «*On se retrouve un petit peu malgré nous au cœur d'un conflit familial* »(E19). De tout cela ressortait souvent un sentiment d'insatisfaction « *Il y a le certificat de coups et blessures. Essayer de convaincre les patientes d'aller porter plainte. Ce qui est fait parfois mais pas tout le temps, pas assez sûrement.* »(E12). Cette insatisfaction allait souvent de pair avec le côté chronophage de ces situations « *On est toujours pressés par le temps, ça c'est un autre problème, et qui doit pas être loin de rejoindre l'éthique.* »(E14).

Un sentiment de doute et d'incompétence

La majorité des répondants exprimait le doute dans ces situations « *Je me suis vraiment mis dans une situation où je ne savais pas ce qui serait le mieux, soit trahir le secret médical, soit le respecter mais au risque du coup, de se retrouver à nouveau dans une situation familiale complexe*. »(E2). Certains exprimaient clairement ne pas avoir la réponse, « *Est-ce que ça vaut le coup, pour tout ça, d'embêter les gens? Peut être qu'il vaut mieux mourir chez soi ? J'ai toujours pas la réponse hein...* »(E14).. De ces situations naissait souvent un sentiment d'incompétence « *Le sujet éthique m'intéresse, maintenant je me sens pas... En résumé voila je me sens pas armé pour, je me sens pas compétent dans le domaine quoi.* »(E1), et parfois la peur de ne pas identifier les situations complexes « P*eut être que je les vois pas tous les problèmes, ou peut être que inconsciemment je les fuis j'en sais rien hein* »(E4).

Investissement émotionnel et culpabilisation

La moitié des répondants relatait un fort investissement émotionnel :« *On en ressort aussi, vidé hein... enfin ça demande beaucoup d'énergie.* »(E4), qui leur semblait parfois trop important, avec le risque de s'épuiser « *C'est déstabilisant hein, on arrive à une certaine, souvent à un épuisement qui fait que, on peut effectivement dérailler.* »(E15). Ils ressentaient parfois le besoin de trouver un soutien psychologique « *Les cures avec mon psychologue me suffisent, pour me stabiliser.*»(E15), même informel « *D'avoir une copine psy, c'est pas mal aussi, parce que voila, ça permet d'en parler avec quelqu'un qui va prendre le recul,[...] qui est un peu détachée*. »(E16). De ce fort investissement naissait pour la majorité d'entre eux un sentiment de culpabilité « *Est-ce que je suis passé à côté de quelque chose? Mais quand en plus quelqu'un de la famille, en gros vous dit que c'est de votre faute, … C'est compliqué psychologiquement… Ça marque quoi…* »(E1), dont il était encore difficile de parler pour certains « *Il y a aussi nos loupés, il y a tout ça quoi, donc bon, … après il m'est arrivé de faire euh, … enfin voila donc je, … c'est pas toujours simple à gérer….* »(E12). Mais sublimer ces situations pouvait représenter une réflexion nécessaire pour s'améliorer « *Après réflexion je me dis que j'aurais peut-être dû faire un signalement [...]. A posteriori, je ferais mieux la prochaine fois.* »(E17). Si certains réussissaient à séparer leur vie privée de leur vie professionnelle, « *Non clairement, je … je parle pas boulot, hum, avec mes proches… qui sont pas médecins […], c'est important pour moi de cloisonner.* »(E4), beaucoup s'investissaient parfois au détriment de leurs nuits « *C'est difficile de, en fermant la porte du cabinet le soir quand on rentre chez soi, de … de plus avoir tout ça en tête, on en rêve la nuit, on se réveille, ...* »(E12).

Le sentiment d'être seul face aux situations complexes

Pour beaucoup le sentiment d'isolement était présent, induit par la dualité de la consultation

«*L'exercice médical est un exercice relativement isolé, hein, même quand on est dans un cabinet de groupe*. »(E18) et parfois par la difficulté à demander de l'aide « *On échange tout ça, ça se passe super bien, mais c'est vrai c'est rare, de faire appel à .. aux autres médecins, alors qu'on devrait je pense des fois, si on est en difficultés.*»(E7). Cet isolement ayant poussé certains à changer de voie « *Je sais moi ma femme, elle faisait médecine G, c'est pour ça qu'elle a arrêté parce qu'elle se trouvait trop toute seule… de prendre des décisions, trop lourdes, trop difficiles, pas entourée, …* »(E7). Ce sentiment d'être seul était souvent majoré par le fait que les aides n'étaient pas joignables à tout moment « *J'ai passé tout le week-end à me demander ce que je pouvais faire, et à pouvoir joindre personne quoi !* »(E16). Ils mettaient également en évidence une difficulté de communication avec les spécialistes :« *Il faut qu'on réussisse à fluidifier nos relations téléphoniques, ou par écrit. C'est pas au patient d'être l'intermédiaire entre un spécialiste et un généraliste.* »(E2).

Devoir imposer sa décision ou se résigner

Gérer deux visions opposées entre médecin et patient semblait le plus compliqué « O*n se dit qu'on respecte sa volonté, mais [...] on se dit c'est dommage de pas essayer de traiter quelqu'un qui peut être traité* »(E1), notamment quand le praticien doutait de la capacité de jugement de son patient « *Elle a dit non, on a pas à forcer les patients, même s'ils ont une sénilité, si… euh, … pas la capacité de réfléchir, on a pas à les forcer* »(E11). Quand le dialogue était impossible, certains en venaient à imposer leur décision :« *Il y a un moment où on se doit d'imposer des décisions quoi, parce que ça devient compliqué*. »(E6). Pour d'autres, la meilleure résolution du dilemme semblait être la résignation, « *Est-ce qu'il faut en mettre ? On me dit je pense qu'il faut en mettre, moi je dis je suis pas sûr qu'il faille mettre de médicaments, … Elle en aura.* »(E14). Cela revenait pour certains à abandonner l'idée de toute puissance du médecin, «*On fait le deuil du cavalier blanc quoi, qu'on a je pense un peu tous quand on débute*.»(E19). Cette fausse représentation semblait aussi être présente dans l'esprit de certains patients « *Les gens pensent que le médecin est vraiment tout puissant ? Pourquoi ? C'est aussi notre travail de leur faire comprendre qu'on est pas tout puissant.* »(E1).

Poids du juridique

La moitié d'entre eux évoquaient également les risques encourus dans ces situations compliquées, « A *l'heure du médico-légal, parce que maintenant c'est de plus en plus comme ci, comme ça, et dès qu'on en sort, et c'est un peu la frayeur qu'on en a nous, la jeune génération*. »(E19), il leur semblait alors essentiel de pouvoir s'entourer « *C'est vrai que le, dire, bon d'après mon avis je ne peux pas le faire, ça pèse moins que après l'avis du Conseil de l'Ordre, je ne peux pas le faire.* »(E11). Pesait aussi sur eux le seul fait de prendre une décision, « *Je trouvais ça un peu lourd de prendre la décision soi-même.* »(E1), et d'appréhender leurs répercussions « *C'est toujours compliqué, il y a parfois des décisions qu'on prend nous médecins, on se rend pas forcément compte de la répercussion sur les soignants là-bas* »(E3).

4) Ce qui facilite la résolution des situations complexes

Être en groupe et pouvoir échanger

Tous ont mis en évidence l'importance de savoir s'entourer, « *En fonction de la situation, par contre toujours s'aider évidemment. Quand j'ai un problème éthique je le garde pas pour moi, j'essaye vraiment de trouver une solution avec d'autres gens.* »(E1), et le bénéfice d'exercer dans une

structure de groupe, que ce soit pour échanger entre généralistes, ou avec les paramédicaux « *Avec les infirmières infirmiers oui. On prend le café tous les matins, du coup ça permet de discuter des patients.* »(E17). Ces échanges entre soignants permettaient parfois une confirmation « J*e pense que c'était une bonne idée, puisqu'il a été vu, et collégialement la décision a été la même, donc j'ai été dans le bon sens.* »(E1),mais aussi parfois de recadrer une situation « *J'avais envoyé le certificat au Conseil de l'Ordre pour savoir ce que je faisais avec ça, et il m'ont dit bah non, que c'était pas à moi de, de régler le problème, du coup la patiente est partie, voila.* »(E11). Échanger leur permettait également de prendre du recul, « *Le médecin [de l'équipe mobile de soins palliatifs] va pouvoir rencontrer la famille directement, donc là toutes les questions vont pouvoir être … avec quelqu'un qui a du recul et l'habitude de ce genre de situations* »(E5), de clarifier leur démarche « *Parce qu'on peut quand même pas mal échanger sur pas mal de choses, et ça permet d'avoir déjà les idées plus claires, et je dirais des pistes sur pas mal de soucis…* »(E10). C'était aussi pour eux l'occasion de confronter leurs points de vue « *Il me dit moi j'aurais peut être pas fait comme ça, moi je lui demande aussi des conseils, comment lui il aurait fait, et, … et ça fait avancer les choses.* »(E9).

Décision médicale partagée

La communication avec le patient leur paraissait essentielle, « *Si j'ai des problèmes éthiques j'en parle déjà avec le patient, sa famille, ou les principaux concernés. J'en, … enfin ça résout plein de trucs déjà quoi…* »(E10), la décision finale appartenant au patient lui-même, « *Moi j'échange beaucoup avec mes patients. [...] Je pense c'est à eux de décider aussi quelque part.* »(E13). Pour mieux comprendre une situation complexe, certains essayaient de se positionner du point de vue du patient ou de sa famille « *Dans mon for intérieur je n'ai rien à me reprocher, si j'enlève ma casquette de médecin, je me dis « oui, je comprends qu'en tant qu'enfant... » et puis eux ils n'ont pas notre raisonnement à nous.* »(E1).

La sérénité de l'expérience

Moins de répondants expérimentés relevaient des situations complexes, « *Sur le plan éthique, […] non récemment j'ai jamais eu de souci particulier. Mais je pense que l'expérience ça nous aide, ça aide aussi beaucoup. Je sais pas si il y a trente ans, quand je me suis installé la première fois, je sais pas si j'aurais eu la sérénité, je dirais, si on peut dire ça, de … de.. dans ces situations là, …* »(E6). L'expérience des situations passées semblait leur apporter une sérénité quant à la gestion de ces situations,« *Parce que toute les situations à haut risque, je pense que, j'ai déjà des références en fait. J'ai déjà rencontré plus ou moins, donc je me dépatouille à chaque fois.* »(E15). Au-delà de leur expérience personnelle, la connaissance du patient lui-même leur apportait également des réponses :« *Quand on les connaît bien, donc on sait comment réagir. On se pose même pas de questions quoi si tu veux*. »(E13)

Aide du cadre juridique

La réponse législative apportait parfois une réponse simple à des situations complexes, notamment sur le sujet de l'IVG « *Là par contre sur ce sujet là je trouve que c'est très légiféré, que c'est très clair, euh… Je me sens plus à l'aise par rapport à ça.* »(E1), des vaccinations obligatoires « *De toute façon ils ont pas le choix maintenant, parce que c'est obligatoire pour rentrer à l'école, donc de toute façon, voila, c'est comme ça !* »(E20), ou du secret professionnel « *Le respect du secret médical non je suis très carré là-dessus, je dis non à toutes les familles.* »(E3). Dans le cadre des situations de fin de vie

et demandes d'euthanasie, le cadre juridique leur semblait également important pour éviter les dérives « *Si la règle bouge, il n'y a pas de souci, je suivrais, mais j'ai euh, … on a besoin de ce cadre là sinon on va vers des dérives quoi, ça le cadre hyper important.* »(E7).

5) Ressources mobilisées

Adaptables à la situation et au patient

En fonction de chaque patient et de sa problématique, les répondants avaient des interlocuteurs privilégiés, « *On se fait notre petit réseau, c'est ça la médecine générale, c'est par le biais des patients hein, on a plein de façons de prendre en charge les gens.* »(E1)

Le patient et son entourage

Ils communiquaient avec le patient et son environnement, « *La famille, enfin les aidants ou la famille au sens large, les gens qui sont autour.* »(E1), ou le soutien d'associations « S*ur des maladies chroniques, c'est parfois aussi intéressant de les réorienter sur des associations de patients.* »(E8).

Les autres intervenants dans la prise en charge

Ils s'aidaient également d'échanges avec leurs collègues généralistes, parfois décrits comme groupe de pairs informel « *Groupe de pairs, bah je le fais pas de façon officielle mais on le fait avec les collègues ici au cabinet quoi.* »(E4). Ils discutaient également avec les spécialistes impliqués « *Les ressources c'est clairement les avis des collègues spécialisés. […] J'ai appelé du domicile du patient, avec le haut-parleur, le cardiologue libéral, pour qu'il y ait vraiment un échange à plusieurs.* »(E3). Mais recherchaient aussi l'aide des paramédicaux au domicile « *J'ai tout fait avec le soutien très présent et très important des infirmiers.* »(E2), et de tous soignants confondus « *C'est vraiment chaque soignant quoi, quel que soit son statut, ostéopathe kiné infirmière, moi je suis vraiment très… voila très ouvert sur différentes méthodes, mais il faut vraiment avoir le coup de téléphone facile.* »(E2).

Les structures de soutien

Ils faisaient également appel aux structures gravitant autour du patient, prenaient l'avis des équipes en EHPAD « *Quand c'est en maison de retraite évidemment, les aides soignants et les infirmiers, qui eux ont l'avantage de la maison de retraite, que c'est leur lieu de vie.* »(E5). Ils demandaient le soutien d'équipes spécialisées, telles que l'HAD, « *Maintenant il y a l'HAD donc ça a tout changé.* »(E14), ou l'EMSP, « *Et sinon l'équipe mobile de soins palliatifs aussi que j'utilise beaucoup.* »(E1). Et en fonction de la situation, ils pouvaient faire appel également à des services spécialisés, en psychiatrie « *Pour les situations non urgentes on appelle le psychiatre d'avis, c'est sectorisé donc euh … Le CMP aussi pas mal, on travaille beaucoup avec eux.* »(E1), ou à la Protection maternelle et infantile (PMI) « *On avait un cours avec les médecins de PMI, et donc je leur en ai parlé*. »(E16).

Les institutions de soutien

Beaucoup évoquaient le Conseil de l'Ordre comme soutien possible dans les situations complexes, « *Pour l'instant moi mon référent ce sont les conseillers ordinaux, [...] il y a toujours des gens qui sont visiblement calés en éthique, et qui nous répondent…* »(E1), parfois les syndicats « P*ourquoi pas les syndicats aussi.* » (E11). Par ailleurs beaucoup s'appuyaient sur les recommandations officielles le cas échéant, « *De recherches [...] de biblio à faire nous mêmes*. »(E19), « *Le document officiel du gouvernement est super détaillé*. »(E15).

Les soutiens personnels

De manière non officielle ou par besoin personnel de soutien, certains pouvaient s'adresser à un groupe de pairs informatisé, « *On a un groupe sur Whats'app aussi avec des amis [...]. C'est que des potes d'internat, ou des médecins G, on se pose des questions.* »(E7). D'autres discutaient des cas difficiles avec leur famille « *Ça peut arriver que dans l'année, 2 3 fois, j'en parle à mon épouse, et qu'on essaye de débriefer à plat.* »(E3). Certains avaient l'expérience plus formelle des groupes Balint « *Je m'étais rapproché d'un Groupe Balint.* »(E15).

6) Besoin d'une structure spécifique ?

Manque de formation initiale

La plupart des répondants déplorait leur manque de formation dans le domaine de l'éthique, « *Euh formation initiale, si j'en ai eu une, c'est très court, je m'en souviens pas du tout, mais je crois même pas. Et puis par la suite, j'aurais bien aimé.* »(E11), ou une formation trop éloignée de leur pratique quotidienne *« Le seul souvenir du terme éthique qui remonte aux premières années de fac, avec le terme de bioéthique, qui était une discipline passionnante, mais qui là me paraît très éloigné quand même, de mon activité au quotidien.* »(E2). De ce fait, ils ne se sentaient pas compétents « *J'en discute mais sans avoir de… Je me sens pas armé, je n'ai pas de culture de l'éthique quoi.* »(E1). Pour autant certains ne se projetaient pas dans une formation spécifique « *Pff… formation d'éthique, je pense ça m'ennuierait plus qu'autre chose.* »(E10). Cette lacune de formation leur semblait pouvoir être compensée par l'expérience « *Je trouve que c'est vraiment en étant confrontée aux situations, dans la vie réelle, que là on apprend quoi*. »(E17), et les plus intéressés par le sujet se formaient par eux-mêmes « *Je pense que l'éthique, il faut s'en occuper depuis longtemps, beaucoup se documenter, aller dans des colloques, des séminaires, des choses comme ça, et puis on enrichit sa bibliothèque intérieure.* »(E1).

Nécessité d'une structure adaptée ?

Certains auraient aimé avoir des référents en éthique « *S'il y avait effectivement des sortes de référents éthiques de médecine générale, ça ce serait une très grande avancée.* »(E1), tout en mettant en avant la nécessité de l'application à la pratique quotidienne « *Nous concrètement, ce dont on a besoin dans notre pratique concrète, outre l'éthique, c'est l'application légale de l'éthique.* »(E19). Certains y trouvaient un intérêt pour avoir un avis externe « *J'aimerais une autre réponse. Et en effet ça pourrait être un deuxième avis, complémentaire*. »(E17), mais les avis étaient partagés « *Je sais pas si j'aurais le coup de téléphone facile vers une structure d'éthique parce qu'on arrive à trouver les ressources autrement.* »(E17), et mettaient en exergue la faible fréquence des situations complexes « *Après je sais pas si ça arrive hyper fréquemment quoi, … je sais pas s'il y aurait besoin de créer une structure spécifique pour ça quoi*. »(E10).

Discussion

Forces et faiblesses de l'étude

Le choix d'une étude qualitative semblait adapté à la problématique, pour analyser le ressenti des participants, à travers leur discours libre et ouvert. Le recrutement téléphonique de volontaires a permis de recruter un panel varié de participants, en terme d'âge, expérience et lieu d'exercice. Mais un biais d'interprétation dans l'analyse du Verbatim est possible, du fait de la faible expérience de l'investigateur, ceci ayant pu être minimisé par le codage en double aveugle.

Résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était de recueillir le ressenti des médecins généralistes face au questionnement éthique autour des situations complexes. On a pu voir que la définition elle-même des cas complexes et des situations nécessitant une réflexion éthique dépendait notamment de la personnalité et de l'expérience des généralistes interrogés. Si les plus expérimentés étaient plus philosophes et relativisaient la difficulté même de ces cas complexes, les plus jeunes relevaient plus souvent des questionnements. Au delà de la fréquences de ces situations, cette différence tient probablement plus d'une vue de l'esprit, les jeunes participants étant plus marqués par ces situations, ils en rapportaient plus lors des entretiens. Les situations complexes naissaient souvent d'une opposition de valeurs, dans des domaines variés tels que la fin de vie, les soins psychiatriques, le consentement et la bonne mesure des soins, la rédaction de certificats médicaux et le secret professionnel. Le ressenti des participants était souvent ambivalent, certains évoquaient une discussion enrichissante si l'on savait se faire confiance, mais d'autres redoutaient ces situations, se culpabilisant et doutant de leurs compétences à prendre des décisions difficiles. Beaucoup déploraient un manque de formation dans le domaine, ne se sentant pas à même de mener seuls une réflexion éthique à son terme. La plupart cherchait à s'entourer pour répondre à ces questionnements, discutant avec le patient et son entourage, mais surtout leur collègues généralistes ou spécialistes, afin d'y trouver d'autres idées ou une réassurance sur leur prise en charge. Ils n'étaient pas opposés à faire appel à une structure d'éthique dédiée, à condition que celle-ci soit facilement joignable et réactive. Ils imaginaient ainsi obtenir l'avis d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée.

Comparaison à la littérature

Les participants ont évoqué leurs difficultés à définir le terme d'éthique clinique, celle-ci évoluant au cours du temps(12), et ne pouvant se résumer aux quatre principes cardinaux de Beauchamp et Childress(13). Ils semblaient s'accorder sur la manière dont est soulevée une problématique éthique : une situation inconfortable poussant au questionnement, tout comme le met en évidence Mallet(14). Même s'ils ne se sentaient pas experts du sujet, Le Coz discute le fait que « par bonheur, il n'existe pas d'éthicien en France »(15), mettant en exergue la nécessaire ouverture à la discussion multidisciplinaire. L'avis ainsi rendu devait être collégial, nécessitant une bonne éthique dans la discussion, s'opposant à l'idée de convaincre son interlocuteur(16). On peut également voir que le ressenti ambivalent des participants est partagé dans les études sur d'autres groupes, tels que des généralistes australiens(17), des étudiants en médecine australiens(18) ou des internistes, oncologues et réanimateurs américains(19). Plus proche de nous, une étude qualitative sur le ressenti de généralistes dans le cadre d'accompagnements de fins de vie à domicile met en évidence des

sentiments similaires(20). Les participants ont évoqué plusieurs freins au recours à un comité éthique, ayant peur d'une discussion théorique trop éloignée de leur pratique, ce qui est souvent le cas des comités français à la différence des américains(21). Comme le souligne Amann, il est important d'articuler l'approche théorique sur les principes et l'étude des cas(22). Si les participants acceptaient de prendre un avis, ils ne voulaient pas d'une décision imposée, il fallait donc trouver leur juste place dans la discussion(23), et mettaient en évidence comme d'autres les difficultés de communication entre généralistes et services hospitaliers(24). Les participants relevaient également leur manque de formation dans le domaine éthique, une sentiment partagé par les internistes, oncologues et réanimateurs américains interrogés dans une autre étude(25). Si les choses évoluent au niveau universitaire, une étude récente met en avant l'insatisfaction des étudiants quant aux cours théoriques sans discussion d'applications concrètes(26). Des travaux récents d'enseignants chercheurs en Sciences Humaines et Sociales (SHS), visent à une refonte pragmatique de cet enseignement éthique, changeant la relation de transmission d'un savoir théorique vers une aide à la réflexion des étudiants à partir de leurs expériences personnelles en stage(27,28). Par ailleurs, les généralistes interrogés n'ont pas évoqué comme ressource les espaces de réflexion éthique régionaux, pourtant créés pour participer à la formation et à la réflexion éthique régionale(29), et ayant publié des écrits intéressants pour trouver des ressources en éthique(30) ou une réflexion sur l'éthique des relations de soin à domicile(31).

Conclusion

Cette étude originale a permis de recueillir le ressenti de médecins généralistes morbihannais quant à la réflexion éthique autours de cas complexes. Souvent ambivalents, ils se sentaient peu armés par leur formation initiale, mais compensaient par leur expérience. Les ressources mobilisées étaient variées, centrées sur le patient et sa famille, impliquant les généralistes, spécialistes et autres structures gravitant autour de lui, mettant en avant la nécessité de s'entourer pour prendre en charge au mieux le patient dans toutes ses dimensions. La nécessité d'un nouvel interlocuteur dédié n'était pas évidente, certains considérant les intervenants actuels comme suffisants, et mettant en évidence la nécessité de bien définir son champ d'action. Pour autant ils n'étaient pas opposés à obtenir un avis consultatif d'une structure d'éthique pluridisciplinaire, à condition que celle-ci soit facile d'accès et réactive. Il serait intéressant de confronter cette étude aux expériences de généralistes d'autres régions, disposant potentiellement d'autres ressources et d'étudier l'impact d'une structure comme la *Hotline* éthique lilloise sur le quotidien des généralistes impliqués.

Références bibliographiques

1. Delassus E. La dimension éthique de la médecine et du soin [Internet]. 2013 [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00941546

2. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 1983.

3. Orfali K. L'émergence de l'éthique clinique : politique du sujet ou nouvelle catégorie clinique ? Sci Soc Santé. 2003;21(2):39-70.

4. Fletcher JC, Siegler M. What Are the Goals of Ethics Consultation? a Consensus Statement [Internet]. BRL:KIE/51808. 1996 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/750361

5. Durand G. La consultation d'éthique clinique : comment respecter l'autonomie du patient ? Éthique Santé. 1 juin 2014;11(2):111-7.

6. Baumann F. L'éthique médicale au quotidien : un concept efficace d'éthique clinique. Éthique Santé. 1 sept 2004;1(3):131-3.

7. Smadja D. Le groupe de réflexion éthique comme dispositif participatif et ordre négocié. Negociations. 11 août 2014;n° 21(1):79-91.

8. Müller A. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux [Internet]. Paris: ANESM; 2010 oct [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf

9. Sturman NJ, Parker M, van Driel ML. General practitioner perceptions of ethics in clinical practice. Aust Fam Physicians. déc 2012;41(12):981-4.

10. Masse-Navette C. Solitude du médecin généraliste face à un patient douloureux en fin de vie à domicile. InfoKara. 1 nov 2006;Vol. 21(1):37-37.

11. Cella A. L'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification des conflits éthiques et de l'utilité d'une aide. Enquête descriptive auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/899/

12. Mino J-C. Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champ hospitalier de l'éthique clinique aux États-Unis et en France. Rev Francaise Aff Soc. 2002;(3):69-102.

13. Guibet Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. Éthique Santé. 1 déc 2016;13(4):200-8.

14. Mallet D. Qu'est-ce que l'éthique ? Que n'est-elle pas ? [Internet]. Vol. 4e éd., Manuel de soins palliatifs. Dunod; 2014 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/manuel-de-soins-palliatifs--9782100712366-page-145.htm

15. Le Coz P. Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale. Bull Académie Natl Médecine. 1 févr 2009;193(2):499-510.

16. Richard J-F. Décision, processus décisionnel, construire une décision collégiale [Internet]. Vol. 4e éd. Dunod; 2014 [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/manuel-de-soins-palliatifs--9782100712366-page-164.htm

17. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. J Med Ethics. 1 avr 2001;27(2):98-103.

18. Sturman N, Saiepour N. Ethics and professionalism in general practice placements: What should students learn? Aust Fam Physician. juill 2014;43(7):468.

19. Hurst SA. How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. J Med Ethics. 1 janv 2005;31(1):7-14.

20. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 déc 2011;10(6):286-91.

21. Gaucher N, Lantos J, Payot A. How do national guidelines frame clinical ethics practice? A comparative analysis of guidelines from the US, the UK, Canada and France. Soc Sci Med. 1 mai 2013;85:74-8.

22. Amann J-P, Gaille M. Approche par les principes, approche par les cas : les limites philosophiques d'une opposition. Éthique Santé. 1 déc 2007;4(4):195-9.

23. Gasparetto A, Jox RJ, Picozzi M. "The Notion of Neutrality in Clinical Ethics Consultation". Philos Ethics Humanit Med. 27 févr 2018;13(1):3.

24. Forin M, Desforges C, Neau J-P, Dufour X, Robert R, Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Point de vue des médecins généralistes sur leur implication dans les limitations et arrêts de traitement chez leurs patients hospitalisés [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2015.

25. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A National Survey of U.S. Internists' Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. J Gen Intern Med. 2004;19(3):251-8.

26. 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]. [France]: Université de Poitiers; 2016.

27. Aiguier G, Berre R le, Vanpee D, Cobbaut J-P. Chapitre 8. Du pragmatique au pragmatisme : quels enjeux pour la formation à l'éthique ? J Int Bioéthique. 2012;Vol. 23(3):123-48.

28. Aiguier G, Didier C. La formation à l'éthique dans les parcours scientifiques et techniques professionnalisants : lecture croisée des études médicales et d'ingénieurs. In: A. Bernard CR M Dell'Angelo, S de Montgolfier, AS Godefroy, M Huchette, A Mayrague, éditeur. Les sciences humaines dans les parcours scientifiques et techniques professionnalisants: quelles finalités et quelles modalités pratiques ? [Internet]. SHS Web of Conference; 2014 [cité 15 déc 2018]. p. 2003-2003. Disponible sur: https://hal.univ-lille3.fr/hal-01668158

29. DGOS. Qu'est-ce qu'un espace de réflexion éthique régional (ERER) ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 28 déc 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regional-erer

30. Thiel PM-J. Le temps de la re-connaissance de l'éthique ? L'enjeu du sérieux de sa dynamique. :66.

31. Charte Éthique et relations de soin au domicile | charte, déclaration, position | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.espace-ethique.org/ressources/charte-declaration-position/charte-ethique-et-relations-de-soin-au-domicile

Glossaire

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (agence ayant rejoint l'HAS depuis 2018)
CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des Médecins
CHEM : Collège des hautes études médicales
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
DMG : Département de médecine générale
DU : Diplôme universitaire
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing
EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs
FMC : Formation médicale continue
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IVG : Interruption volontaire de grossesse
MG : Médecine générale
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
PMI : Protection maternelle et infantile
SHS : Sciences Humaines et Sociales
URPS : Union régionale des professionnels de santé

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

	Sexe	Age	Modalité d'exercice	Localité	Durée d'installation	Formation spécifique éthique	Durée de l'entretien (en minutes)
E1	Homme	50-60 ans	Groupe	Semi-rural	20-40 ans	Journées MG Brest, lectures personnelles	45
E2	Homme	40-50 ans	Groupe	Semi-rural	1-5 ans	Non	35
E3	Homme	40-50 ans	Groupe	Urbain	5-20 ans	Formation initiale	20
E4	Femme	30-40 ans	Groupe	Urbain	1-5 ans	Aumônerie étudiante	30
E5	Femme	30-40 ans	Groupe	Semi-rural	1-5 ans	Non	30
E6	Homme	60-70 ans	Groupe	Urbain	5-20 ans	Lectures, CDOM	75
E7	Homme	30-40 ans	MSP	Semi-rural	1-5 ans	CDOM	30
E8	Homme	50-60 ans	MSP	Semi-rural	20-40 ans	Non	50
E9	Homme	30-40 ans	Groupe	Semi-rural	1-5 ans	DU Soins Palliatifs	35
E10	Homme	40-50 ans	Groupe	Semi-rural	5-20 ans	Non	25
E11	Femme	50-60 ans	Groupe	Semi-rural	5-20 ans	Non	30
E12	Homme	40-50 ans	Groupe	Semi-rural	5-20 ans	Non	46
E13	Homme	60-70 ans	Seul	Rural	20-40 ans	Non	30
E14	Homme	40-50 ans	Groupe	Semi-rural	5-20 ans	Non	20
E15	Homme	60-70 ans	MSP	Rural	20-40 ans	Non	45
E16	Femme	30-40 ans	MSP	Semi-rural	5-20 ans	CHEM	75
E17	Femme	30-40 ans	MSP	Rural	1-5 ans	HAD	30
E18	Homme	50-60 ans	Groupe	Rural	20-40 ans	DU Soins Palliatifs	40
E19	Homme	30-40 ans	MSP	Rural	1-5 ans	DU médecine légale	35
E20	Homme	30-40 ans	MSP	Rural	1-5 ans	Non	20

Annexe 1 : Territoire de santé 4 (Vannes, Ploërmel, Malestroit)

Atlantique CHB. Territoire de Santé [Internet]. Site Internet de Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ch-bretagne-atlantique.fr/presentation/territoire-de-sante-421.html

Annexe 2 : Guide d'entretien

Interne en 6e semestre de médecine générale à Rennes, je m'intéresse aux problématiques éthiques, comme réflexion autour des cas complexes, dans la pratique quotidienne en MG et la manière de les résoudre. Pour cela, je vais vous poser des questions sur vos pratiques habituelles, et si vous y consentez, enregistrer et retranscrire votre discours de façon anonyme avant de détruire les enregistrements.

1 : Tout d'abord, pouvez-vous m'en dire plus sur vous, votre parcours et votre exercice actuel ?

2 : Au cours des derniers mois, vous souvenez-vous d'une situation complexe ayant fait émerger une problématique éthique ? Pouvez-vous m'exposer cette situation ?

3 : Qu'avez-vous ressenti dans cette situation ? Quels moyens avez-vous mobilisés afin d'avancer dans votre réflexion éthique ?

4 : De quelles ressources disposez-vous pour mener à bien une réflexion éthique ? Y a-t-il une structure locale d'éthique, type comité éthique d'établissement, y avez-vous accès, la trouvez-vous adaptée à votre pratique ?

5 : Ressentez-vous le besoin de formaliser une structure ou un réseau adapté à la réflexion éthique en médecine générale ? Sous quelle forme pourriez-vous l'imaginer ?

6 : Pour vous, que représente le champ de l'éthique médicale ?

7 : Un précédent travail de thèse propose d'exposer la problématique via messagerie sécurisée à un comité éthique siégeant au DMG, cela vous serait-il utile ? Cela vous semble-t-il adapté ?

A compléter si besoin par les caractéristiques socio-professionnelles
- tranche d'âge
- sexe
- type d'exercice : rural / urbain, seul / groupe, uni/pluridisciplinaire
- formation à l'éthique : initiale, DU, FMC, …
- soutien local : HAD, EMSP, groupe de pairs, …

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES

N° 40-2021-

GAUTREAULT, Aurore. - Le ressenti des médecins généralistes du pays vannetais concernant la réflexion éthique autour des situations complexes

29 feuilles., 2 illustrations, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé français

Objectifs : Explorer le ressenti de généralistes quant à leur gestion des situations complexes. Secondairement recueillir les ressources mobilisées et les éventuels besoins d'aide à la réflexion éthique.

Méthodes : Étude qualitative basée sur 20 entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de généralistes installés dans le territoire de santé 4.

Résultats : Face à des situations complexes, leur ressenti était souvent ambivalent, certains évoquaient une discussion enrichissante si l'on savait se faire confiance, mais d'autres les redoutaient, se culpabilisant et doutant de leurs compétences. Même s'ils s'appuyaient sur l'entourage du patient ou leurs collègues, ils se sentaient souvent isolés et en manque de formation dans le domaine.

Discussion : Le ressenti des participants et les situations complexes étaient cohérents avec la littérature actuelle. L'étude suggère qu'on pourrait optimiser la formation. Il serait également intéressant d'étudier l'impact d'une structure type *Hotline* éthique.

Résumé anglais

Objectives : Explore the feelings of general practitioners regarding their management of complex situations, and collect the mobilized resources and the possible needs of assistance in ethical reflection.

Methods : Qualitative study by conducting 20 semi-structured interviews with general practitioners in health territory 4.

Results : Face to complex situations, their feelings were often ambivalent. Some could evoque fruitful discussions once they trust themselves, however others could be anxious, feel guilty and doubt their skills. Even if they can address to the close ones of patients or their colleagues, they often felt isolated and inadequacy of ethical reflection.

Discussion : Participants' feelings and the complex situations were consistent with the current literature. The study suggests the training could be optimized. It would also be interesting to study the impact of a structure such as an ethics hotline.

Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE
Mots-clés :	médecins généralistes, situations complexes, réflexion éthique, structure d'aide
Mots-clés anglais MeSH :	general practitioners, complex situations, ethical reflection, support structure

	Président :	Pr Dominique SOMME
JURY :	Assesseurs :	Dr Françoise TATTEVIN [directeur de thèse]
		Pr Renaud DE CREVOISIER
		Dr Laure FIQUET