



HAL
open science

Éthique et formation médicale des internes en médecine générale : la méthode des prismes comme outil pédagogique

Margaux Mercier

► To cite this version:

Margaux Mercier. Éthique et formation médicale des internes en médecine générale : la méthode des prismes comme outil pédagogique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03597323

HAL Id: dumas-03597323

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03597323v1>

Submitted on 4 Mar 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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2021

N° : 2021- 254

**THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 décembre 2021

Par Margaux Mercier

Éthique et formation médicale des internes en médecine générale :
La méthode des prismes comme outil pédagogique

Président du jury :

Monsieur le **Professeur Eric HAVET**

Membres du jury :

Monsieur le **Docteur Marc BONY**

Madame le **Docteur Rose-Marie DEDEIRE-
GAMBIEZ**

Directeurs de thèse :

Madame le **Professeur Amélie SELLIER-
PETITPREZ**

Monsieur le **Docteur Alain DE BROCA**

REMERCIEMENTS

À mon président de jury,

Monsieur le Professeur Éric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,
(Anatomie) – Chirurgie orthopédique Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens,
Assesseur du Premier Cycle

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

À mon jury,

Monsieur le Docteur Marc BONY

Médecin généraliste à Amiens et maître de stage,

Enseignant à la faculté de médecine d'Amiens

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail et je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité et le temps que vous avez accordé à l'animation des groupes Balint. Ce fut une réelle découverte.

Soyez assuré de mon plus grand respect et de toute ma considération.

Madame le Docteur Rose-Marie DEDEIRE-GAMBIEZ

Gériatre,
Oncogériatre,
Chef de service de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs Centre Hospitalier de Montreuil-sur-
mer CHAM,

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse et nous vous en sommes très reconnaissants. Soyez assurée de notre respectueuse considération. Je vous remercie pour la confiance que vous m'accordez au quotidien.

À ma directrice de thèse,

Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Médecin généraliste,
Professeur associé,
Département de médecine générale

*Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et m'as accompagnée tout au long de
son élaboration.*

Je te remercie pour ta gentillesse, ton soutien et ton écoute.

Sois assurée de ma grande reconnaissance.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Alain De Broca

Neuropédiatre CHU Amiens,
Responsable UMICAP (Soins palliatifs pédiatriques régionaux et CRMIN),
Directeur ERER Hauts de France,
Docteur en Philosophie,
Docteur en Sciences (Génie Biomédical)

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité, votre bienveillance et la richesse de nos échanges. Votre écoute et votre humanité m'ont aidée dans l'élaboration de cette thèse et bien au-delà de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

*A **Jeanne**, ma sœur adorée, merci pour ta relecture et ton aide précieuse dans ce travail. Je suis très fière de t'avoir dans ma vie et de partager nos peines mais surtout nos joies et nos réussites.*

*A **mon Papa**, je te suis éternellement reconnaissante pour l'éducation, le soutien sans faille et la confiance que tu m'as toujours accordée. Sans toi, cette longue et fastidieuse aventure n'aurait pas été possible. bercée par ta fameuse phrase « le travail paie toujours », tu m'as toujours donné le courage d'avancer sans jamais abandonner. Merci*

*A **mon Stéphane**, merci pour ton amour, ton soutien, ta douceur, ta présence indispensable à mes côtés et tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien.*

*A **Simone**, merci pour ses heures passées à mes côtés à me soutenir.*

*A **ma famille et mes amis**, pour vos encouragements et votre soutien.*

Ma vie n'a de saveur que par le bonheur partagé.

*A **Mon Loulou**, pour tous ces moments de partage ; les pauses thés, pour tes Oops à jamais, pour nos rires, pour nos balades à la plage, notre stage à l'hôpital vietnamien, pour tout...
Merci.*

*A **Rémi**, le petit disque dur de mon âme, ce n'est pas forcément de tout repos d'être mon ami, je t'embête un peu, on se contredit souvent mais on se soutient toujours.*

A mes collègues de CHAMAD et des urgences de Doullens, je vous remercie pour tout, pour votre compagnonnage, pour le partage, pour la confiance que vous m'accordez, pour les rires même pendant les gardes de l'enfer. Vous avez tous contribué à façonner le médecin que je suis devenue et j'espère que ce n'est que le début.

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

À TOUS, MERCI.

Je dédie cette thèse à ma maman



*« Les malades sont nos maîtres en ce qu'ils font sens à notre vie humaine »
Le souci de l'autre, Borris Callen (1)*

« Primum non nocere. » (« Avant tout, ne pas nuire. »)

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANESM Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

DES Diplôme d'études spécialisées

CCNE Comité Consultatif National d'Éthique

CIDMEF Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française

SHS Sciences Humaines et Sociales

PACES Première Année Commune aux Études de Santé

ECN Examen National Classant

ECTS European Credit Transfer System

ERER Espace de Réflexion Éthique Régionaux

UE Unité d'Enseignement

UPJV Université Picardie Jules Verne

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1- Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2 - Échantillon des verbatim concernant la patiente

Tableau 3 - Échantillon des verbatim concernant le médecin

Tableau 4 - Échantillon des verbatim concernant l'équipe paramédicale

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour la patiente

Figure 2 - Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour le médecin

Figure 3 - Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour l'équipe paramédicale

Figure 4 - L'enseignement de l'éthique au cours de votre formation vous semble-t-il suffisant : (sur le plan théorique)

Figure 5 - L'enseignement de l'éthique au cours de votre formation vous semble-t-il suffisant : (terrains de stage)

Figure 6- La méthode des prismes vous a-t-elle permis de développer votre réflexion éthique ?

Figure 7- La méthode des prismes vous semble-t-elle pouvoir être un outil pédagogique intéressant à l'enseignement éthique ?

Figure 8- Cet outil vous semble-t-il pouvoir être utile dans votre pratique ?

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	16
II.	FONDEMENTS DE L'ÉTUDE	19
A.	ÉTHIQUE ET SANTE.....	19
1.	<i>Définition</i>	19
2.	<i>Cadre législatif</i>	19
3.	<i>L'éthique en médecine générale</i>	20
B.	LA FORMATION A L'ETHIQUE	23
1.	<i>État des lieux</i>	23
2.	<i>Quel enseignement pour demain ?</i>	24
III.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	26
A.	MATERIEL	26
1.	<i>Population cible</i>	26
2.	<i>Recrutement</i>	26
B.	METHODE.....	26
1.	<i>Recueil des données</i>	27
2.	<i>Analyse des données</i>	29
IV.	RESULTATS	30
A.	POPULATION ETUDIEE.....	30
B.	ÉTUDE DU CAS	30
1.	<i>Analyse qualitative des conflits éthiques rencontrés chez les internes</i>	30
2.	<i>Analyse quantitative et qualitative des verbatim</i>	31
3.	<i>Résultat de la notation des verbatim</i>	35
4.	<i>Élaboration des préconisations</i>	35
C.	COMPARAISON DE LA REFLEXION DE L'INTERNE SEUL ET DE CELLE ISSUE DE LA METHODE DES PRISMES.....	36
D.	RESULTAT DE L'ENQUETE DE SATISFACTION	37
V.	DISCUSSION	40
A.	RESULTATS PRINCIPAUX	40
B.	LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	42
1.	<i>Limites de l'étude</i>	42
2.	<i>Forces de la méthode</i>	43
C.	PERSPECTIVES	44
VI.	CONCLUSION	45
VII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
VIII.	ANNEXES	48
A.	ANNEXE 1- ASPECTS ETHIQUES OBSERVES DANS LES OBJECTIFS PEDAGOGIQUES TERMINAUX DES ITEMS ETUDIES AU COURS DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES D'APRES LE BULLETIN OFFICIEL N°20 DU MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE DU 16 MAI 2013.	48
B.	ANNEXE 2- FICHE POUR AIDER LE PARTICIPANT À LA RECHERCHE À FORMULER DES MESSAGES COURTS -PRISMES RATIONNELS DE LA METHODE DES PRISMES- ALAIN DE BROCA.....	57
	PUIS - JE APPORTER MON CONCOURS À LA QUESTION SUR LE PLAN	57
C.	ANNEXE 3- CAS CLINIQUE ABORDE LORS DE LA METHODE DES PRISMES.....	59
D.	ANNEXE 4- VERBATIM ISSUS DE LA METHODE DES PRISMES	60

E.	ANNEXE 5- PRECONISATIONS ISSUES DE LA METHODE DES PRISMES - POST TEST	67
F.	ANNEXE 6 – REFLEXION DES INTERNES SEULS – PRE TEST.....	70
G.	ANNEXE 7- QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR LA METHODE DES PRISMES.....	73
H.	ANNEXE 8- COMPETENCES PROFESSIONNELLES EN MEDECINE GENERALE	74
1.	APPROCHE GLOBALE, COMPLEXITÉ.....	74
2.	EDUCATION EN SANTÉ, PRÉVENTION INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE.....	74
3.	PREMIER RECOURS, URGENCES	74
4.	CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS.....	75
5.	RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTRÉ PATIENT	75
6.	PROFESSIONNALISME	76
I.	ANNEXE 9- COMPETENCES PROFESSIONNELLES DU METIER D’INFIRMIER	77

I. INTRODUCTION

Le questionnement éthique dans les établissements médico-sociaux est défini par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux (ANESM) comme « *une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* ». Il existe une nécessité juridique pour chaque établissement de santé d'organiser une réflexion éthique (2) (par l'intermédiaire d'un comité, de groupe de réflexion éthique ou de saisine...).

La notion d'éthique dans le soin, fait référence à de nombreux concepts de morale, de droit, de déontologie et de philosophie. La réflexion émerge d'un questionnement sur le terrain, celle-ci prend sens lorsqu'il existe des zones de flou ou d'incertitudes, des conflits de normes juridiques ou encore des conflits de valeurs (économiques, sociales, religieuses, philosophiques...). Le glissement de notre métier de soignant vers une fonction de technicien, la souffrance dans nos hôpitaux publics avec parfois un manque de moyens et de temps de nos seniors, une régression de l'esprit de compagnonnage, la numérisation de nos études sont autant d'éléments qui tendent à replacer la démarche et le questionnement éthique au centre des préoccupations des futurs médecins.

Ce raisonnement complexe est naturellement abordé lors des études médicales : l'enseignement de l'éthique a nettement évolué ces dernières années avec en 2009 l'entrée des sciences humaines et sociales (SHS) en PACES (3) puis en 2013 (4) dans les items de l'Examen Classant National (ECN). En premier cycle, l'enseignement de l'éthique représente 4 ECTS sur 60 soit 12 ECTS sur 120, notamment avec l'unité « santé société et humanité ». La majeure partie de l'éthique est donc enseignée en premier cycle des études médicales et notamment en première année, où les étudiants sont confrontés au défi d'accumuler une quantité importante d'informations afin de valider le concours et de continuer le cursus.

En deuxième cycle, l'éthique est abordée dans des items au programme de l'ECN mais majoritairement dans l'unité d'enseignement (UE) « apprentissage de l'exercice médical et coopération interprofessionnelle », l'UE « handicap-vieillesse-dépendance-douleur-soins palliatifs- accompagnement » ou l'UE « maturation-vulnérabilité-santé mentale-conduites addictives ».

En troisième cycle, cet enseignement est aussi intégré à d'autres disciplines telles que la médecine légale, les soins palliatifs ou l'addictologie au cours de journée de séminaire sur

ces thématiques. A la faculté de médecine d'Amiens, une demi-journée au cours de l'internat est dédiée à la formation éthique avec un visionnage sur la loi Léonetti-Claeys et les droits des patients. De plus, l'élaboration du portfolio avec des cas simples ou des récits de situation complexe authentique (RSCA) peut permettre le travail de conflits éthiques rencontrés en stage. Enfin, des groupes d'échange de pratiques (GEP) sont organisés et favorisent la verbalisation des éventuels conflits éthiques chez les étudiants même si ces GEP n'ont pas pour vocation première la formation éthique.

Concernant les terrains de stage, il semble primordial que les médecins qui encadrent les étudiants aient été formés à cette réflexion et qu'ils témoignent dans leur pratique de réflexions éthiques transmises et partagées avec les plus jeunes. La question de la formation et de la sensibilisation à l'éthique des encadrants sur le terrain semble importante, il existe peu de données dans la littérature évaluant l'existence d'un questionnement éthique abordé « au lit du malade » entre les étudiants et les médecins seniors.

Et pourtant, les jeunes générations de soignants sont fréquemment confrontées à des situations ou des questionnements sources de difficultés, de doutes, induisant parfois une souffrance morale (5).

La formation initiale à l'éthique médicale semble devenir l'une des priorités éducatives de la faculté. Une charte de l'éthique des facultés de médecine a été créée par décision de la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF) (6). Chaque faculté de médecine est responsable de la dimension éthique de l'utilisation des savoirs qui sont dispensés au cours de ses programmes d'études. L'éthique apparaît comme une compétence fondamentale à appréhender au cours de notre formation mais peut-on comprendre et intégrer une réflexion éthique au même titre que l'anatomie ou la physiologie ? Bien qu'indispensable, la méthodologie accompagnant la formation éthique est de nos jours très peu usitée.

Dans des situations cliniques difficiles, il est évident que c'est la réflexion de groupe et la collégialité qui vont permettre d'une part de dégager les éléments du questionnement et d'autre part de répondre aux différents dilemmes posés.

Ainsi, depuis plusieurs années, l'espace de réflexion éthique des Hauts-de-France (ERER HdF) utilise la méthode des prismes pour animer des débats et des questionnements éthiques (7).

Cette méthode est une adaptation de la méthode PAT-mirror® inventée et décrite dans l'ouvrage « la dynamique de confiance » par G le cardinal et coll. (8).

Elle a été utilisée dans des débats publics organisés lors des états généraux de la bioéthique en 2018 (9). L'objectif était alors de comprendre la complexité de certaines thématiques (la procréation médicalement assistée, la robotisation de la société, l'intelligence artificielle...) pour les citoyens très souvent non sensibilisés à ces sujets, afin de nourrir une réflexion de groupe, et de trouver les solutions aux dilemmes dégagés.

Dans ce contexte de volonté de faire évoluer l'enseignement éthique, cette méthode pourrait-elle être un outil pédagogique dans le cadre de la formation médicale ?

II. FONDEMENTS DE L'ÉTUDE

A. Éthique et santé

1. Définition

Éthique, du grec « *Ethos* », est défini comme une partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale (10). L'entrée de l'éthique dans l'usage courant est venue dans le champ de la santé dans les années 60. Ce terme est couramment associé aux mœurs mais aussi à ce à quoi on reconnaît une personne, ce qui la caractérise. L'éthique n'est pas la norme mais réside plutôt dans le désir, la quête du bonheur comme l'expose Aristote dans « L'éthique à Nicomaque ».

Paul Ricoeur nous parle d'« une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » (11) en distinguant l'éthique, la morale et la déontologie.

La morale est définie dans le Larousse comme « l'ensemble de règles de conduite, considérées comme bonnes de façon absolue ou découlant d'une certaine conception de la vie » (12). Nous ne parlons pas d'une morale mais des morales sur des constructions historiques de notre société. Nous héritons et apprenons les morales au fil de notre éducation. L'éthique interroge donc les principes de la morale en situation.

Le terme « déontologie » a été inventé par le philosophe anglais Bentham J. (1748-1832) venant du grec *deon* « *devoir* » et *logos* « *étude de* ». Elle est un ensemble de règles et de devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs patients. Le praticien doit se conformer à ses règles sous peine de sanctions en cas de transgression. En médecine, le procès de Nuremberg a donné naissance au code de déontologie en préservant l'activité médicale de ses dérives tout en donnant une autonomie sur le plan moral.

L'éthique est la réflexion qui permet de donner du sens en s'appuyant sur des valeurs que nous héritons de nos traditions morales. L'éthique comme rapport à soi, à l'autre, au collectif est basée sur le questionnement, l'incertitude tout en s'appuyant sur des cadres.

2. Cadre législatif

En médecine, l'éthique a vu son essor avec l'apparition de la bioéthique et des lois qui en découlent. La France a intégré un corpus législatif dès 1994 avec la loi relative à la bioéthique

comme droit positif. Les thèmes tels que le clonage d'embryon, les cellules souches, le don d'organe, la procréation médicale assistée sont autant de sujets encadrés par la loi. Elle a connu plusieurs révisions afin de s'adapter aux progrès de la science et à l'évolution de notre société avec une dernière révision en août 2021 (13).

Pionnière en matière de législation de la bioéthique, la France s'est dotée d'un comité consultatif national d'éthique (CCNE) dès 1983. Son objectif est de « donner des avis sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé ». Cette discipline est rapidement apparue comme un incontournable face à l'avancée de la science.

Les valeurs et normes morales, les principes (principe de compétence, de confidentialité, de précaution...), les règles (secret médical, consentement informé...) ainsi que les textes de référence (loi, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, code de déontologie...) sont le socle de l'éthique clinique. Elle vise à établir les conditions d'une action juste dans des circonstances concrètes en s'intégrant dans toutes les spécialités médicales.

3. L'éthique en médecine générale

Chaque consultation est une rencontre singulière entre le médecin généraliste et son patient dans laquelle une relation de confiance à long terme s'instaure permettant une décision médicale partagée. L'incertitude en médecine générale est grande pour autant la concertation pluridisciplinaire y est complexe.

Le questionnement éthique est omniprésent dans l'exercice de cette spécialité qui couvre des domaines très variés. De plus, le médecin généraliste est le premier recours dans le réseau de soin avec un mode d'exercice rendant la situation d'autant plus complexe.

Le choix du médecin traitant

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettent en place le parcours de soins coordonnés.

La déclaration est signée par le patient et le médecin en constituant un engagement réciproque. Ce choix du médecin a fait évoluer la relation médecin généraliste/patient en créant de nouvelles

responsabilités. Le patient le choisit comme premier recours dans le système de santé. Ainsi, le médecin traitant organise le parcours de soins coordonnés dans le plus grand respect du principe d'autonomie et des droits du patient.

Le secret médical et le droit à l'information

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner (2) encadre ces grands fondamentaux. L'accès au dossier médical s'inscrit dans le droit du patient. L'information se doit d'être claire, loyale et appropriée sur son état, mais se pose la question de la temporalité. Le patient est-il en capacité d'entendre toutes les vérités à cet instant de la consultation ? Jusqu'où va la vérité ?

Quant au secret médical, il est un devoir du médecin dans le Code de déontologie médicale et son non-respect est sanctionné par une disposition du Code Pénal. Le conflit éthique surgit quand la transgression est réclamée. Que faire des dérogations tels que les maladies contagieuses, ou encore le signalement en pédiatrie ? Le médecin généraliste est d'autant plus sollicité qu'il suit généralement les patients et les familles depuis de longues années ce qui peut parfois distordre les relations et majorer les conflits éthiques.

Le refus d'une thérapeutique

Par abus de langage, les médecins emploient trop souvent le terme de « refus de soin » alors que le terme approprié est celui du refus d'un soin ou d'une technique. Le refus d'un soin est d'ailleurs prévu par la loi avec l'article L.1111-4 du code de la santé publique (14). Si le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé au risque de sa vie, le médecin ne doit pas se satisfaire d'un seul refus et doit s'efforcer de le convaincre. Il se doit de rechercher ce qui se cache derrière ce refus.

Cependant, on ne peut nier l'autre dans ce qu'il est et nous nous devons de respecter la volonté du patient dans le respect de sa personne et de son autonomie. Le conflit éthique émerge derrière les limites de la personne vulnérable : déficience intellectuelle ? troubles cognitifs ? personne mineur ?

L'enjeu de l'éthique réside dans le devenir du patient et non dans le devenir voulu voire espéré par le médecin qui lui fait face.

Le consentement d'une personne vulnérable

La personne vient du latin *persona* dérivé du verbe *personare* qui signifie résonne ; le masque à travers lequel la voix de l'acteur résonne au théâtre. Chaque personne est l'acteur de son existence. Personne ne peut dire « je » à ma place, il est éminemment singulier mais universel.

Selon Kant, le respect vient de la reconnaissance de l'autre en tant que personne, en tant que fin en soi. La personne est un enjeu éthique mais qu'en est-il lorsque celle-ci est vulnérable : les enfants, les personnes âgées ou les personnes souffrant de déficiences physiques, psychiques ou mentales ? Le discernement prévaut sur la capacité. Ce qui touche au corps de la personne est un droit strictement personnel. La personne peut ainsi disposer de son corps.

Émergent ainsi les questions des directives anticipées et de la place des protections juridiques.

La fin de vie

Les soins palliatifs, la fin de vie, la mort sont autant de notions qui restent taboues dans notre société moderne. En effet, cela nous renvoie à notre propre finitude mais surtout est vécu comme un échec du monde soignant et de cette médecine de plus en plus développée.

A quel moment cesser les traitements ? Quand basculons-nous dans l'obstination déraisonnable ? Comment réagir face à une demande d'euthanasie ? Accompagner et soigner jusqu'au bout de la vie est un droit du patient mais aussi un devoir des soignants, cependant il n'en reste pas moins un moment délicat.

Les problématiques citées ne se veulent pas exhaustives mais mettent en lumière des conflits éthiques rencontrés par les médecins généralistes. Le parallèle avec le milieu hospitalier est à souligner car la médecine de ville est plus propice à la solitude, le médecin généraliste est moins sollicité par les groupes de paroles, par les formations dans sa pratique quotidienne.

La formation initiale n'est-elle pas ainsi le lieu propice pour donner à chaque interne un socle d'une réflexion éthique ?

Cette pratique qui se veut éveil du questionnement individuel et collectif laisse une large place aux expériences pédagogiques.

B. La formation à l'éthique

1. État des lieux

La pédagogie de l'éthique représente une tâche fondamentale dans le contexte d'une médecine en pleine transformation et des réformes de la formation médicale.

Les facultés de médecine visent à intégrer l'éthique au cœur de leur formation. C'est ainsi que l'engagement éthique dans la médecine universitaire a été entériné par la charte de l'étudiant élaborée par la CIDMEF.

Aucune spécialité ne peut éviter de s'y impliquer ; des consultations, des formations, des groupes de discussion émergent dans les universités et à l'hôpital (15). La réflexion éthique ne peut fonctionner sans faire appel à diverses disciplines. Cependant, aucune d'entre elles ne peut la contenir, l'éthique ne peut se réduire à un questionnement ou à une discipline.

Dans un article de N. Carlin (16), sur la formation à l'éthique : elle constate que chaque cadre de l'enseignement est responsable des heures dédiées à l'éthique et qu'elles sont internes à la discipline constituant un frein à une approche transversale.

La SHS est enseignée en PACES, comme socle pour des étudiants qui ne connaissent pas encore l'expérience de la maladie, de la relation médecin-patient... Les questions éthiques sont omniprésentes dans nos objectifs pédagogiques des items étudiés au cours du deuxième cycle des études médicales d'après le Bulletin Officiel n°20 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 16 mai 2013 (Annexe 1). Puis le glissement des sciences humaines et de l'éthique s'opère au fil du deuxième cycle, à l'heure où les étudiants en médecine font face à la découverte de la pratique et des problèmes éthiques émergents.

De plus, Anne-Laure Bloch (17) fait le constat d'une réelle volonté de faire évoluer cet enseignement avec une certaine dynamique mais dénonce la grande hétérogénéité de l'enseignement dans les facultés.

Elle notait l'apparition de diplômes universitaires, masters, doctorats, unités d'enseignement optionnelles favorisant l'émergence d'une réflexion éthique chez les étudiants.

Dans le rapport « Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises » (18), le constat est similaire soulignant que l'éthique est un défi majeur de l'enseignement.

2. Quel enseignement pour demain ?

La littérature est riche d'articles évoquant l'éthique comme un prérequis aux compétences professionnelles des futurs médecins. Le CCNE et la CIDMEF se sont prononcés sur quelques recommandations dans l'élaboration d'un enseignement éthique de qualité. Les cours magistraux de PACES permettraient ainsi de donner les bases et les stages hospitaliers seraient un éveil au questionnement éthique avec des ateliers de réflexion. Ils recommandent « *une formalisation du contenu, déterminé au moyen d'un programme prédéfini sur le plan national* », afin de limiter « *l'improvisation pédagogique* » et précisent la nécessité de recourir à un « *réfèrent en éthique* » et l'ouverture de l'enseignement aux enseignants de sciences humaines.

Dans l'article de H. Doucet, il expose les différentes fonctions du spécialiste en éthique : formation, consultation et recherche (15). Il évoque le bénéfice que serait d'intégrer des philosophes, des historiens, des juristes afin de ramener de l'humanité aux études médicales. En France, le terme éthicien, figure d'une compétence experte, semble faire rejet et freinerait la réflexion sur la formation.

De plus, l'approche pédagogique a été davantage explorée en Amérique du Nord. Patenaud et Marcoux (19) énumèrent 4 grands modèles de formation : l'approche visant de nouvelles attitudes, l'approche déontologique, l'approche comportementale et l'approche principiste. Il évoque une 5^{ème} méthode sur laquelle nous allons construire notre étude : l'approche collaborative. Cette approche, non strictement normative, a pour objectif de former à l'habilitation à la prise de décision éthique en situation. Elle permet, par un processus décisionnel coopératif, de mettre en avant la solution la plus « raisonnable » dans des circonstances données.

Lors du diplôme universitaire « Éthique et Santé » de l'Université Picardie Jules Verne (UPJV), les participants sont ainsi sensibilisés au développement de leur réflexion éthique. Différentes méthodes pédagogiques sont utilisées telles que des cours magistraux, des travaux de groupe ou personnels, des restitutions et la méthode des prismes.

Ayant participé à ce diplôme universitaire et expérimenté la méthode des prismes, qui met en jeu non seulement la réflexion personnelle mais aussi l'obligation pour chacun de tenter de se mettre à la place de différents personnages impliqués dans la situation, mais qui permet aussi de trouver à plusieurs des stratégies opératoires pour organiser une sortie de la situation

où chacun pourra donner du sens à celle-ci. Il m'a semblé intéressant d'expérimenter celle-ci avec les internes de médecine générale.

Ainsi, dans notre étude, nous avons cherché dans un premier temps à comparer les préconisations de l'interne seul à celles issues de la méthode des prismes afin d'évaluer la fécondité de celle-ci face une situation donnée. Dans un second temps, nous avons souhaité mettre en évidence les différents conflits éthiques rencontrés par les internes et évaluer la satisfaction des participants vis-à-vis de cette méthode.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Matériel

1. Population cible

La population cible a été définie comme suit : les étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale inscrit à l'Université Picardie Jules Verne d'Amiens en 2^{ème} et 3^{ème} année.

D'autres critères ont été pris en compte tels que le sexe, l'âge, l'année de DES, le mode d'exercice, le statut.

Les critères d'exclusion étaient l'année de formation DES 1 et le lieu de scolarité hors UPJV.

2. Recrutement

Le recrutement a été effectué par e-mail grâce à la liste des adresses électroniques des internes des deux promotions étudiées dans l'étude.

Une relance a été effectuée 1 mois plus tard grâce au lien de notre groupe de travail de promotion des DES 2 et DES 3.

Lors du premier contact par mail, le sujet n'était présenté que très brièvement dans le but d'obtenir les réponses les plus spontanées possible. Lors du deuxième contact, la description du thème et la méthode ont été présentées aux participants afin de s'assurer de leur investissement dans cette méthode qui comprend plusieurs phases.

L'échantillonnage souhaité représentait un groupe de 4 à 6 participants sur 2 sessions afin d'obtenir un travail de groupe fécond.

B. Méthode

Cette étude expérimentale mixte repose sur l'intégration de la méthode des prismes comme outil à la formation médicale. Elle entre dans le cadre de l'ingénierie pédagogique. Cette approche consiste à concevoir et à mettre en œuvre un outil pédagogique.

La méthode des prismes s'organise en cinq phases réparties en deux sessions de trois à quatre heures.

1. Recueil des données
 1. *Travail préparatoire et pré-test*

Collection des cas

Au préalable de la première session, un mail a été envoyé et précisait aux internes la nécessité de formuler en amont de la séance une problématique éthique qu'ils avaient rencontrée au fil de leur formation. L'anonymat des données recueillies était requis et l'autorisation des internes sur le partage des cas cliniques avec l'ensemble des participants à la méthode a été obtenue. Chaque participant à l'étude a ainsi exposé un cas clinique dans lequel une problématique éthique avait émergé.

Tirage au sort

Une fois la collecte des situations complexes de chaque participant terminée, nous avons réalisé le tirage au sort d'une situation parmi celles proposées.

Pré-test

La situation clinique tirée au sort a été envoyée aux participants. Chaque interne a alors réfléchi seul au cas clinique et a formulé les dilemmes éthiques rencontrés et la ou les décisions possibles.

2. Déroulement de la méthode des prismes

La première session s'est organisée au premier semestre 2021 en distanciel via une réunion ZOOM avec partage d'écran du modérateur. Le modérateur présente la situation et la méthode d'analyse.

Phase 1 - Analyse des personnages impliqués dans la situation à travailler

Le groupe énumère l'ensemble des personnages impliqués dans le cas clinique puis décide des 3 personnages qu'il souhaite étudier.

Phase 2 - Déclinaison des messages courts envoyés par SMS

L'utilisation de l'application Sli.do sur Smartphone est requise. Elle permet de recueillir les verbatim envoyés par SMS. L'affichage en direct sur un mur de SMS grâce au partage d'écran permet de les rendre visibles à tous les participants.

Lors de cette phase, les participants doivent se déplacer dans la « peau » des différents personnages impliqués tel un jeu de rôles. Il a été demandé d'explorer les bénéfices, les risques puis les dérives à la lumière des prismes de réflexion suivants : scientifique, psychologique, éthique, juridique, sociologique, spirituel et économique.

Pour ce faire, un document précisant les prismes de réflexion éthique est donné à chaque interne permettant d'orienter sa réflexion. (Annexe 2)

En parallèle, un observateur réalisait le recueil de verbatim sur un tableau Excel en supprimant les redondances.

Phase 3 - Notation

Il s'agit d'un temps personnel où chacun donne la note qu'il souhaite à tous les verbatim y compris ceux évoqués par d'autres. Les participants notent sur une échelle de 0 à 10 les différents verbatim recueillis sur un tableur Excel en fonction de leur importance. Ce temps permet une analyse qualitative des verbatim. Une sommation des évaluations de tous les participants permet une présentation des résultats regroupés en thèmes principaux et sous thèmes.

Phase 4 – Élaboration des préconisations

A distance de la première session, une deuxième réunion a été réalisée en présentiel dans un lieu neutre. Les participants se sont répartis en 2 groupes de manière aléatoire afin d'établir des préconisations avec le nouvel éclairage de cette méthode. L'enjeu de ce travail est de mettre en valeur les bénéfices, limiter les risques et empêcher les dérives pour chacun des personnages impliqués dans la situation.

Le modérateur finalise le travail en réalisant un document de synthèse sur les préconisations face à cet enjeu éthique.

Phase 5 – Enquête de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction de l’outil pédagogique a été envoyé par mail à distance de la 2^{ème} session (annexe 7).

2. Analyse des données

Les logiciels utilisés pour le recueil et l’analyse des données ont été : Slido, Excel et Google Form.

Nous nous attacherons donc à :

- Classer les verbatim à travers les différents prismes et les différents personnages
- Comparer et classer les préconisations de chaque interne avec les préconisations du groupe issues de la méthode des prismes (« pré-test » / « post test »).
- Réaliser une enquête de satisfaction par un questionnaire : Suite aux 2 sessions, nous avons diffusé un questionnaire Google form anonyme afin d’avoir un ressenti sur la formation éthique. Le questionnaire se composait de 5 questions fermées ; utilisant comme outil psychométrique l’échelle de Likert afin que chaque interne interrogé exprime son degré d’accord (7 : tout à fait d’accord) ou de désaccord (1 : pas du tout d’accord) (figures 4, 5, 6, 7 et 8) et d’une question ouverte.

IV. Résultats

A. Population étudiée

Tableau I- Caractéristiques de l'échantillon

Sexe	Âge	Statut	Mode d'exercice
Masculin	27	Interne non thésé	Mixte
Féminin	27	Interne non thésé	Libéral
Masculin	29	Interne non thésé	Mixte
Féminin	28	Interne thésé	Hospitalier
Féminin	28	Interne non thésé	Mixte
Féminin	29	Interne thésé	Mixte

Dans notre étude, 151 internes de médecine générale soit 75 internes en 3^{ème} année de DES de médecine générale et 76 de 2^{ème} année ; répondants aux critères d'inclusion ont été contactés par email à deux reprises à partir d'octobre 2020.

Seuls 6 internes ont été inclus dans notre étude avec un taux de réponse et de participation qui était de 3,97 %. La répartition était de 5 étudiants de DES de médecine générale de la promotion 2017 et 1 étudiant de la promotion 2018.

Au total, 2 entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2021 ; le premier en visio-conférence et le deuxième en présentiel. Les entretiens ont duré respectivement 140 et 160 minutes.

B. Étude du cas

1. Analyse qualitative des conflits éthiques rencontrés chez les internes

La collection des cas envoyés par chaque interne nous a permis de faire l'état des lieux de ce que les internes considéraient comme conflit éthique. Un cas a été tiré au sort afin d'organiser la méthode des prismes autour de celui-ci.

Les thématiques abordées ont été :

Interne 1- refus de soin, information du patient

Interne 2- annonce d'une pathologie grave, information médicale et secret médical

Interne 3- refus d'un soin chez une personne vulnérable (démence), directives anticipées, personne de confiance et contention

Interne 4- hospitalisation à la demande d'un tiers en psychiatrie/ soins en psychiatrie

Interne 5- responsabilité médicale, droits du patient

Interne 6 – Fin de vie, sédation

2. Analyse quantitative et qualitative des verbatim

Suite au tirage au sort, nous avons travaillé sur le cas de l'interne 1 (annexe 3).

L'analyse des personnages impliqués dans la situation clinique a permis de relever de nombreux acteurs : le patient, l'équipe paramédicale, l'équipe médicale, la famille, les cadres, l'administration... Seuls trois d'entre eux ont été étudiés lors de notre travail grâce au choix des participants : la patiente, le médecin et l'équipe paramédicale. Le sujet discuté portait sur la question du refus d'un soin.

La patiente

Quatre-vingt-huit verbatim ont été déclinés concernant la patiente (Annexe 4), le tableau 2 présente un échantillon de ces résultats.

Le prisme le plus largement représenté était celui psychologique avec 23 verbatim (Figure 1) tels que : « Disparition de la souffrance », « Mourir seule » ou encore « Appel au secours ». Notons une prédominance sur les risques avec 9 verbatim. Tous prismes confondus, les risques sont représentés à 39 %, les bénéfiques à 36% et les dérives à 25%.

Tableau 2- Échantillon des verbatim concernant la patiente

	Bénéfices	Risques	Dérives
Scientifique	"Plus de souffrance physique"	"Pas de précipitation de la mort par médecin"	"Suicide assisté"
Psychologique	" Plus la force"	"Avec la COVID, je vais devoir mourir seule"	"Appel au secours"
Juridique	"C'est mon droit"	"Est-ce que légalement les médecins ont le droit de m'aider à partir ?"	"Je veux être décisionnaire de tous les aspects de ma vie y compris ma mort"
Économique	"Je coûterai moins cher à la société..."	"Je laisse un enfant handicapé à charge "	"Échapper aux soucis administratifs et financiers"
Sociologique	"Accepter volonté de chacun"	" Crainte de ne pas savoir si l'intégration sociale serait possible malgré handicap"	"Je ne veux pas être un poids"
Anthropologique	"Liberté de choix car pleine possession intellectuelle"	"J'ai peur de la mort"	"Je cherche inconsciemment des bénéfices secondaires"
Philosophique	"Question de sens de sa vie"	"Question de la vie après la mort"	"Fuite des problèmes, de la réalité"
Théologique	"Rejoindre son mari décédé"	"Vais-je à l'encontre de mes principes religieux"	"C'est le destin je dois mourir "

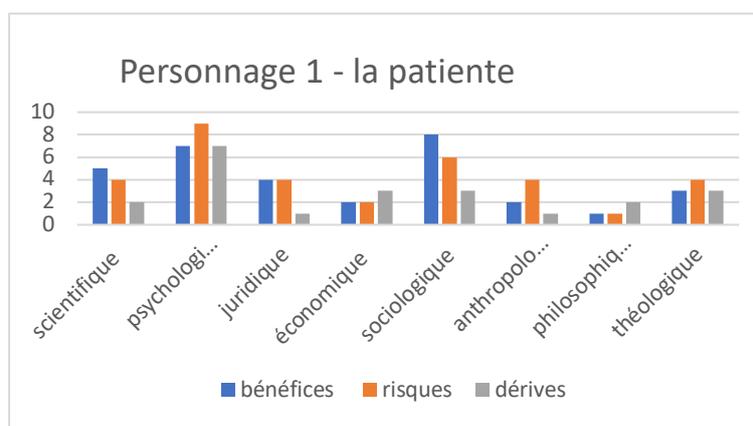


Figure 1- Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour la patiente

Le médecin

Quatre-vingt-six verbatim ont été déclinés concernant le médecin (Annexe 4), le tableau 3 présente un échantillon de ces résultats.

Le prisme le plus largement représenté était celui juridique avec 21 verbatim (Figure 2) tels que : « Non-respect du Serment d'Hippocrate », « Manque d'information claire loyale et

appropriée à son état » ou encore « Puis-je être attaqué en justice par la famille ? ». Notons une prédominance sur les risques avec 11 verbatim. Tous prismes confondus, les risques sont représentés à 38 %, les bénéfiques à 35% et les dérives à 27%.

Tableau 3- Échantillon des verbatim concernant le médecin

	Bénéfices	Risques	Dérives
Scientifique	"Je ne vois pas ce que je peux faire de plus"	"N'y a-t-il vraiment aucune autre solution ? "	"C'est une solution simple et efficace. Je m'arrangerai avec ma morale après."
Psychologique	" Sorte de transfert, on peut comprendre son choix et l'accepter."	"Impression d'avoir échouer"	"Compréhension et transfert "
Juridique	"Je ne dois pas aller à l'encontre de son choix"	"Pas de prise en charge pluridisciplinaire "	"Non catégorique en se cachant derrière la loi "
Économique	"Ça fera des économies à la sécurité sociale"	"Conflit avec la direction car augmentation DMS "	"Manque de place"
Sociologique	"Les solutions ne lui rendront pas sa qualité de vie antérieure "	"Conflit avec le reste de l'équipe soignante"	"Temporiser en rejetant le problème "
Anthropologique	"L'accompagner avec une sédation est moins cruel que de la laisser mourir"	"Impression de provoquer délibérément la mort"	"Sentiment de toute puissance, décider de la vie et de la mort"
Philosophique	"Primum non nocere... Où est la limite ?"	"Accéder à sa demande sans concession, n'est-ce pas l'abandonner ?"	
Théologique		"Cela n'est pas en accord avec ma foi"	

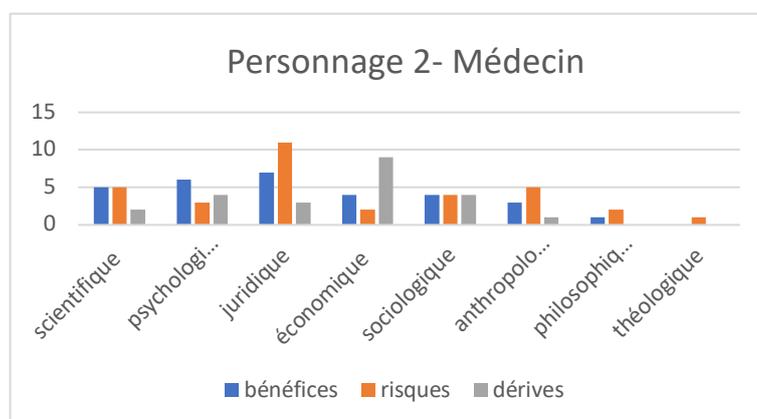


Figure 2- Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour le médecin

L'équipe paramédicale

Soixante-cinq verbatim ont été déclinés concernant l'équipe paramédicale (Annexe 4), le tableau 4 présente un échantillon de ces résultats.

Le prisme le plus largement représenté était celui psychologique avec 17 verbatim (Figure 3) tels que : « Traumatisme de l'équipe », « sentiment d'abandon » ou encore « colère réactionnelle de l'équipe ». Notons une prédominance sur les risques avec 7 verbatim et 6 verbatim en faveur des bénéfiques. Tous prismes confondus, les risques sont représentés à 51 %, les bénéfiques à 22% et les dérives à 28%.

Tableau 4 - Échantillon des verbatim concernant le médecin

	Bénéfices	Risques	Dérives
Scientifique	"Arrêt du sentiment d'impasse thérapeutique"	"Euthanasie "	"Balance bénéfice risque"
Psychologique	" Pas de maltraitance "	"Traumatisme équipe"	"Colère réactionnelle de l'équipe soignante "
Juridique	"Pas d'acharnement"	"Hors cadre légal (Lata)"	"Protection juridique "
Économique	"Gain de temps"	"Facilité manque de moyens (humains matériel...)"	"Gain de temps"
Sociologique	"On accepte son choix "	"Clivage dans l'équipe"	"Transposition avec notre propre vision de la qualité de vie "
Anthropologique		"Peur de la mort"	"Fatalité"
Philosophique		"Juger la décision de la patiente "	
Théologique		"C'est contre la religion "	

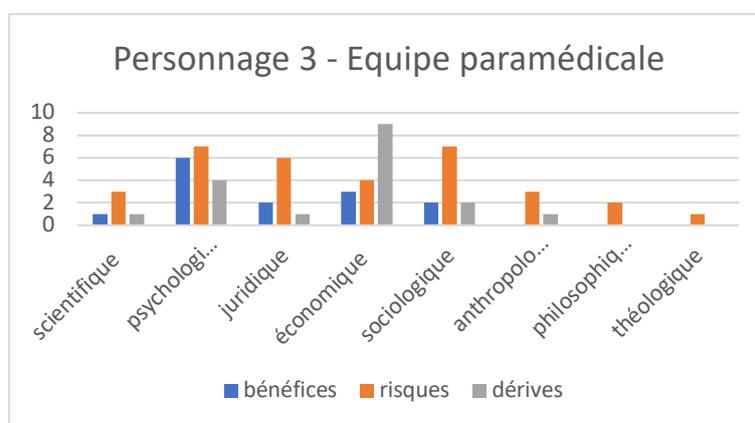


Figure 3- Répartition des verbatim en fonction des différents prismes pour l'équipe paramédicale

Au total, 239 verbatim ont été envoyés via Sli.do ; 88 concernant le patient, 86 le médecin et 65 l'équipe paramédicale. Les risques prédominent chez tous les personnages avec une moyenne de 42,67%.

3. Résultat de la notation des verbatim

Suite au recueil des verbatim, une étape intermédiaire de travail personnel entre les 2 sessions a été réalisée par les participants. Chaque interne a évalué de 0 à 10 les verbatim de tous les participants permettant de les regrouper en groupe, sous-groupe (annexe 4). De plus, la pondération de chaque verbatim permet l'élaboration des préconisations en axant la réflexion sur les verbatim avec des notes moyennes élevées ou des écarts type élevés.

4. Élaboration des préconisations

La deuxième session a été réalisée en présentiel dans un lieu neutre. Les 6 participants étaient présents afin d'élaborer en groupe les préconisations (annexe 5).

Deux axes de préconisations ont été travaillés afin de favoriser les bénéfiques tout en encadrant les risques et en limitant les dérives.

Huit groupes de préconisations ont été élaborés dont 4 favorisant les bénéfiques et 4 encadrant les risques et limitant les dérives :

- *Favoriser les droits du patient*
- *Favoriser une annonce médicale de qualité*
- *Faire face à un refus d'une thérapeutique*
- *Donner au patient des perspectives d'avenir*
- *Éviter la maltraitance du patient (physique et psychologique)*
- *Éviter la solitude des soignants*
- *Éviter les dérives euthanasiques*
- *Savoir faire face à la demande d'aide à mourir*

La deuxième session a ainsi permis l'élaboration de 40 préconisations (annexe 5).

C. Comparaison de la réflexion de l'interne seul et de celle issue de la méthode des prismes

Chaque participant a travaillé le cas clinique avant la 1^{ère} session afin d'obtenir un pré-test sur leurs préconisations issues de leur réflexion en autonomie.

Notons que la somme des items abordés par la réflexion personnelle de chaque interne recoupe 7 groupes sur les 8 issus de la méthode des prismes : l'annonce du décès, la distinction état dépressif majeur et refus de soin, l'abandon et le devenir du patient, l'euthanasie, le droit à l'information et la communication avec le patient, la famille, le soutien psychologique. La réflexion individuelle de chaque interne nous a permis de constater que seules 2 à 3 préconisations étaient proposées par chaque participant. Mais que la somme des réflexions individuelles permettait de relever la plupart des conflits éthiques de ce cas avec 9 préconisations au total :

- « Droit d'information du patient avec une annonce du décès »
- « Demander au patient pourquoi il souhaite mourir pour potentiellement trouver des solutions spécifiques au problème de fond, crise réactionnelle ou véritable crise suicidaire ? »
- « Possibilité de faire passer le psychologue »
- « Intervention de la famille »
- « Expliquer la différence entre la sédation et l'euthanasie illégale en France »
- « Respecter l'expression de cette demande de mourir »
- « Accepter que le soin passe par l'écoute, l'empathie et l'accompagnement sans objectif de guérison »
- « Devenir du patient avec difficulté d'orientation et du retour à domicile »
- « Traitement antidépresseur et anxiolytique »

La méthode des prismes a fait émerger 239 verbatim et 40 préconisations.

D. Résultat de l'enquête de satisfaction

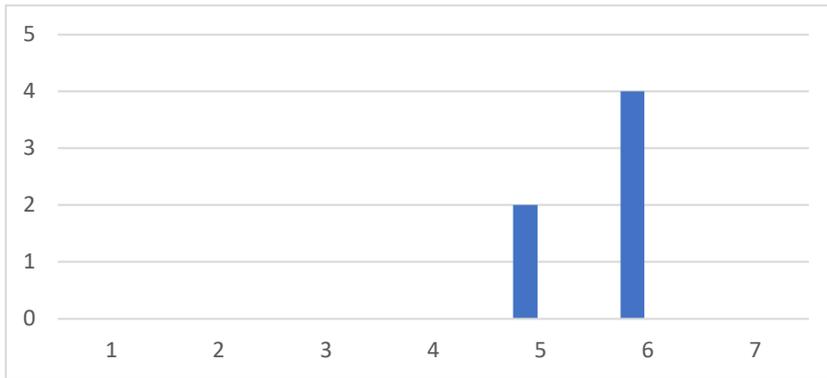


Figure 4 - L'enseignement de l'éthique au cours de votre formation vous semble-t-il suffisant : (sur le plan théorique) ?

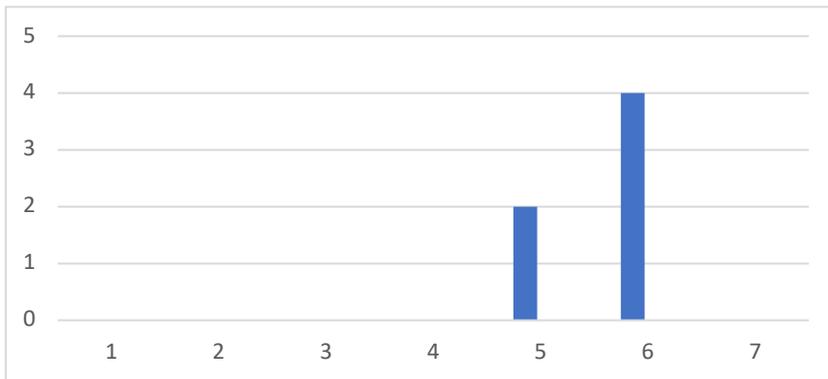


Figure 5- L'enseignement de l'éthique au cours de votre formation vous semble-t-il suffisant : (terrains de stage)

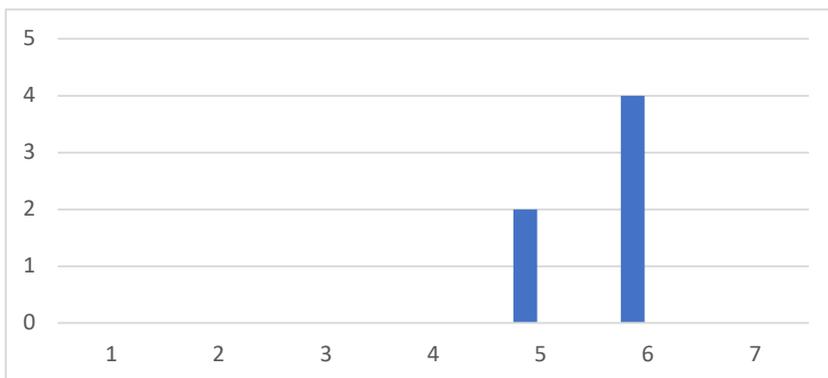


Figure 6- La méthode des prismes vous a-t-elle permis de développer votre réflexion éthique ?

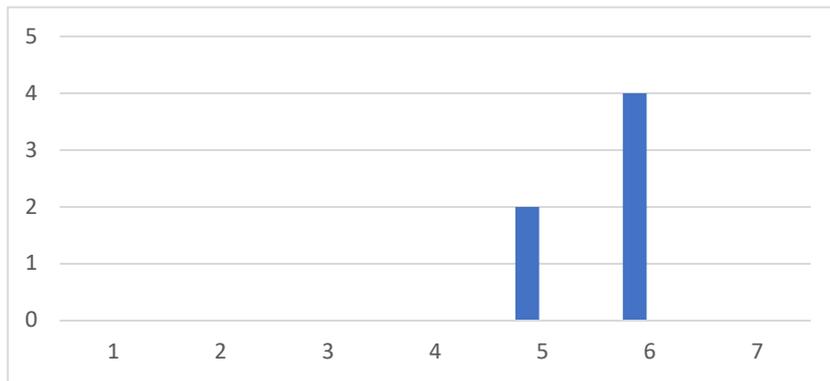


Figure 7- La méthode des prismes vous semble-t-elle pouvoir être un outil pédagogique intéressant à l'enseignement éthique ?

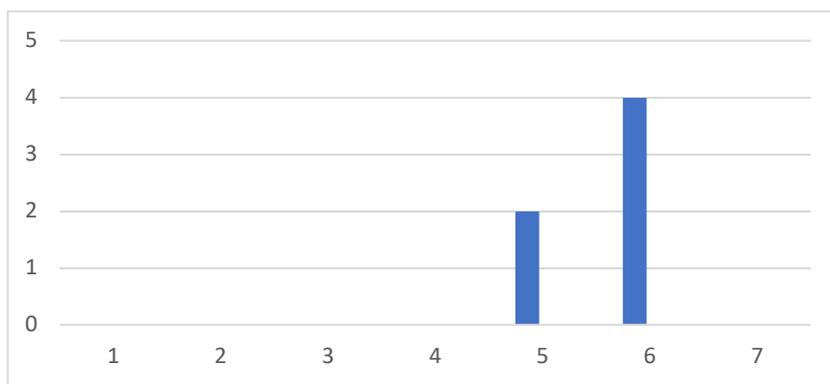


Figure 8- Cet outil vous semble-t-il pouvoir être utile dans votre pratique ?

La dernière question était ouverte et permettait de relever les commentaires avec les points faibles et points forts de la méthode.

Points forts :

- « Intéressant de se projeter avec un autre regard/ permet de travailler en groupe sur un sujet qui peut être très personnel »
- « A mettre en place en groupes sur des sujets précis. Permet une discussion entre confrères sur des sujets problématiques de manière encadrée ce qui permet d'éviter les dérives et l'effet leader. A faire de manière pluridisciplinaire également »
- « Travail d'équipe possible malgré le Covid par sa réalisation en visioconférence »
- « Jeu de rôle ludique riche en enseignement »
- « Bonne réflexion de groupe / possibilité de suivre l'évolution de la réflexion au cours de l'internat »

Point faible :

- « Chronophage »
- « Investissement +++ pour le ou les modérateurs »
- « Peut sembler long à réaliser en pratique et répétitif (3 personnages) »

V. Discussion

A. Résultats principaux

Une dynamique forte avec la créativité et l'investissement de chacun permet l'émergence de nombreuses préconisations. En effet, la comparaison du « pré-test » et du « post-test » montre la fécondité de la méthode avec 40 préconisations (Annexe 5) issues du travail de groupe versus 9 préconisations issues de la somme des réflexions individuelles de chaque participant soit une augmentation du nombre de préconisations de 77,5%.

Il est intéressant de relever les personnages étudiés par les internes. Le patient, personnage central du cas clinique, de nos pratiques et au cœur de nos prises en charge, a été abordé en premier lieu. Ensuite, il a été décidé de scinder le médecin de l'équipe paramédicale. D'une part, nous pouvons y voir une quête de compréhension de l'autre afin d'appréhender les problématiques de chacun dans l'équipe soignante. D'autre part, cela peut sous-tendre une certaine scissure là où le travail d'équipe et la collégialité sont de mise. Enfin, notons l'absence de la représentation de la famille avec une réflexion qui semble axée sur la relation privilégiée soignant-patient. Nous pouvons alors nous demander pourquoi la réflexion éthique n'a pas inclus la famille. Par souci de facilité et à l'image des pratiques ? Par difficulté d'appréhender un personnage en dehors de la relation singulière patient-soignant ? Par manque d'expérience ?

De plus, la méthode permet une analyse des différents prismes. Chez le patient et l'équipe paramédicale, le prisme le plus largement représenté est celui psychologique avec respectivement 23 et 17 verbatim. Les verbatim représentant le prisme juridique sont quant à eux prédominants chez le médecin, suivis de près par le prisme économique. Est-ce révélateur de la médecine d'aujourd'hui ? Nous pouvons imaginer trouver une réponse dans le référentiel de compétences de chaque profession (Annexes 8,9) ainsi que dans les objectifs de l'ECN. Au regard de cette comparaison, nous pouvons voir se dessiner une vision plutôt technoscientifique dans la formation médicale et une vision plus globale avec des aspects psychologiques et sociologiques plus développés dans la formation infirmière.

Au-delà des résultats de l'objectif principal, nous mettons en lumière la richesse de cette méthode par sa capacité à faire émerger de nombreuses questions mais surtout par la réflexion qui en découle poussant chaque interne à se responsabiliser et à se réinterroger. Les résultats de l'enquête de satisfaction semblent révéler que la formation éthique des internes tant sur le plan

théorique que pratique semble perfectible. L'échelle de Likert permet aussi de confirmer l'intérêt des internes pour cette méthode afin d'améliorer la réflexion éthique et son applicabilité.

Dans son travail (21), J. Laronze expose l'internat comme le moment propice à l'intensification de l'enseignement de l'éthique médicale : « La pression due à l'Examen National Classant n'a plus de raison d'être et l'interne est en situation de responsabilité au contact direct et prolongé avec le patient ». Par ailleurs, son étude ne met pas en évidence de différence significative entre le raisonnement éthique des externes et celui des internes de médecine générale. A l'opposé, une amélioration significative du raisonnement éthique entre le médecin généraliste et les étudiants est exposée. De plus, la revue de la littérature concluait sur une perte de sensibilité éthique au fil de la formation avec une sensibilité éthique des étudiants en 3ème et 4ème années supérieure à celle des étudiants de niveaux plus élevés. Un parallèle se crée donc entre l'acquisition de connaissances techniques et la perte de sensibilité éthique. Il apparaît donc essentiel de renforcer la formation éthique en troisième cycle des études médicales.

La collection de cas nous a permis de repérer les conflits éthiques rencontrés par les internes. Les thématiques abordées recourent les données de la littérature. En effet, on retrouve dans une étude chez les internes de médecine générale de Montpellier (22), trois catégories éthiques se partageant les deux tiers des situations : la vulnérabilité, la relation de soin médecin patient et la fin de vie. Les autres conflits éthiques énumérés étaient : le consentement éclairé, l'information du patient, les relations interprofessionnelles, le conflit d'intérêts et le secret professionnel. Deux études ont été réalisées chez les médecins généralistes dans lesquelles le constat est similaire (23), (24). Nous pouvons ainsi remarquer une concordance avec nos résultats. De plus, il est intéressant de noter que les conflits éthiques apparaissent dès la formation des jeunes médecins mais surtout qu'ils sont identiques chez l'interne de médecine générale comme chez le médecin généraliste. Ainsi, la formation initiale mais aussi continue en éthique semble d'autant plus pertinente et essentielle.

B. Limites et forces de l'étude

1. Limites de l'étude

Sélection des étudiants

La réponse au questionnaire s'est faite sur la base du volontariat. Le sujet sur lequel portait l'étude, soit les problèmes éthiques en médecine générale, était expliqué dans l'email envoyé à chaque étudiant. Ainsi, les étudiants qui ont répondu au questionnaire ont peut-être une sensibilité éthique plus marquée. Toutefois, compte tenu de l'étude, l'important était que les étudiants soient motivés pour réaliser au mieux et avec sérieux la recherche, ce qui a été fait comme leur présence aux réunions (visio ou non) le montre.

Il nous a semblé pertinent de nous focaliser sur les 2 dernières années du cursus de formation afin d'avoir le recul suffisant pour l'évaluation de la formation éthique des étudiants.

Le faible taux de participation soulève la question de l'intérêt des étudiants pour l'éthique clinique ou du moins la représentation qu'ils ont de la formation éthique. Le temps n'est pas un facteur limitant puisque le taux de réponse est similaire au taux de participation. L'explication sur la méthode des prismes a été donnée suite à une réponse positive au premier mail et aucun n'a refusé de participer à l'étude par manque de temps.

Toutefois, cette étude avait aussi vocation à être une expérimentation d'un nouveau type de formation à l'éthique. Avoir un grand nombre de participants n'était donc pas essentiel à la réalisation de ce travail.

Puissance de l'étude

La petite taille de l'échantillon ne remet pas en question sa validité puisqu'il ne s'agit pas de trouver la bonne réponse ni de faire des généralisations sur les réponses à donner. L'enjeu étant de voir comment on peut apprécier au mieux les enjeux complexes d'une situation à plusieurs, le nombre ici n'influe en rien sur le propos.

Réunion dématérialisée

La pandémie du Covid-19 a allongé le délai de réalisation de l'étude et a nécessité une adaptation de la méthodologie originale. En effet, dans la méthode des prismes, les 2 sessions se réalisent en présentiel. Nous avons dû nous adapter en organisant la première session avec un logiciel de visio-conférence Zoom. La réalisation a tout de même été aisée avec le partage d'écran du modérateur ouvert sur Sli.do. De ce fait, ce biais peut apparaître comme une force,

en imaginant cette méthode possible en distanciel. Il peut ainsi être envisageable d'élargir le champ d'inclusion des participants de divers horizons au-delà des kilomètres et de multiplier les possibilités d'interventions.

Méthode chronophage

Comme le soulignent les participants dans le questionnaire de satisfaction ; la méthode peut sembler chronophage. En effet, le temps de participation des internes a été de 5 heures réparties sur 2 sessions. Rappelons qu'une réelle réflexion éthique en collégialité nécessite du temps en pratique et que par essence, vouloir résoudre une question complexe ne peut pas se résoudre en quelques minutes et encore moins en suivant une simple procédure protocolisée. Ainsi, il ne semble donc pas surprenant qu'une formation de qualité visant à insuffler un raisonnement éthique chez les étudiants en médecine soit chronophage.

2. Forces de la méthode

L'intérêt de cette méthode est pluriel. La neutralité et l'impartialité du modérateur sont totales puisqu'il ne fait que permettre l'évocation des verbatim. La méthode utilise un outil numérique avec l'anonymat complet ce qui favorise l'émergence de toutes les réflexions. De plus, la canalisation des personnes qui voudraient monopoliser le débat par des questions ou des prises de paroles est très efficace car tout est retranscrit par verbatim devant les participants.

Cet espace de créativité permet à chacun de se déplacer de son propre rôle afin de comprendre la complexité et les enjeux vus par autrui. Chaque personnage incarné est considéré à sa juste valeur. La méthode fait alors l'éloge de la culture commune où prime collégialité, pluridisciplinaire et inter-professionnalité.

De plus, au-delà de l'engagement et de la responsabilité de chacun pour répondre à la question posée par le cas étudié ; il semblerait que le mécanisme de réflexion laisse son empreinte chez les internes. Ces derniers soulignent que cette méthode permet de mobiliser leurs compétences acquises dans leur pratique.

C. Perspectives

La pédagogie de l'éthique suscite une réflexion permanente dans les formations en santé avec une grande hétérogénéité de sa représentation comme le souligne l'article de L. Filipiak et P. Rodrigues (25). En effet, on pourrait tout d'abord faire appel à un cadre commun afin de réinterroger les objectifs de cet enseignement et homogénéiser les pratiques.

L'évolution des pratiques avec une recrudescence des polyopathologies, des pathologies chroniques, de la dépendance, du vieillissement de la population modifie les attentes en matière d'éthique. En effet, elle n'est plus un simple questionnement mais une compétence à acquérir et un savoir-être à développer. Les étudiants en santé doivent dépasser la compréhension des enjeux éthiques vers une capacité à s'intégrer dans une intervention collective de démarche éthique. Dans la littérature (26), une approche contemporaine se dessine avec des projets pédagogiques portant davantage sur une compréhension du contexte socioprofessionnel (27), sur le développement d'une pratique plus réflexive, dialogique et collaborative de l'éthique (28), ou encore sur la formation des acteurs en situation à la délibération éthique (29).

Notre outil entre dans une conception de l'éthique pragmatique avec une approche réflexive et collective. Ce modèle dialogique, le socioconstructivisme se base sur un dialogue en vue d'une décision collective et raisonnable permettant un « agir éthique » - autrement dit critique, réflexif et responsable en situation. La méthode des prismes évite les réponses stéréotypées en favorisant la cohérence action-décision-raison. Elle exige du temps et une volonté institutionnelle afin de faire entrer les étudiants en santé dans une dynamique réflexive. Cela permet de réfléchir de façon épistémologique en allant plus loin que les discours théoriques comme exprimé lors du colloque francophone éthique en 2006 (30) à Amiens.

Cette méthode prometteuse a été utilisée lors des débats publics (9) par l'Espace de réflexion éthique des Hauts-de-France permettant l'applicabilité, en termes de nombres de participants et de temps, à une promotion d'internes en médecine générale. En pratique, nous pourrions imaginer 2 demi-journées à 1 mois d'intervalle sur deux journées différentes de cours. Il pourrait ainsi être intéressant de mener une nouvelle étude sur une promotion complète.

VI. CONCLUSION

Un des enjeux du XXIème siècle est d'intégrer l'éthique dans le champ des compétences des étudiants en santé. Notre étude s'est attachée à tester la validité de la méthode des prismes comme outil pédagogique. La fécondité de la méthode a été prouvée avec une très nette augmentation du nombre de préconisations à l'issue de cette étude. Cet outil pédagogique va au-delà du pragmatisme pur utilitariste en amenant les étudiants à changer leur propre compréhension du monde et en les incitant à entrer dans une dynamique réflexive. L'enquête de satisfaction nous a permis de mettre en lumière une insuffisance d'enseignement éthique tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Cette méthode semble avoir intéressé les étudiants tout en renforçant leur réflexion éthique. La petite taille de notre échantillon reste la limite principale, une nouvelle étude à plus grande échelle, sur une promotion d'internes en médecine générale par exemple, permettrait de confirmer nos résultats.

La seule manière d'enseigner l'éthique est de considérer que l'objet de notre enseignement est autant d'apprendre à élaborer un questionnement comme un élément clé de la décision médicale, que l'apprentissage à la communication et à la délibération. L'acceptation de l'incertitude, le questionnement de tous les champs de réflexion et les outils favorisant l'échange permettent l'acquisition de compétences professionnelles d'ordre décisionnel. Cependant, elles ne se veulent pas normatives ou institutionnelles et il ne suffit pas d'admettre cette nécessité comme incontournable pour qu'elle soit réalité. Ainsi, la formation éthique des futurs médecins doit alors être une démarche réflexive plus collective qu'individuelle où prime la pluralité des pensées et des points de vue.

Enfin, la stratégie pédagogique devrait se déployer tout au long de la formation médicale initiale comme continue. Ce travail est un enjeu majeur de la médecine générale car il nécessite de travailler en groupe en donnant du sens au collectif tout en étant différent. Le professionnalisme médical ne peut se soustraire aux humanités et à l'éthique. A l'heure où la médecine et le soin semblent à la fois en crise et en pleine mutation, nous devons cesser de considérer l'éthique comme un vernis humaniste. Loin de vouloir en faire une nouvelle idéologie, nous devons prendre toute la mesure des connaissances et des compétences que l'éthique peut nous apporter. Cela requiert une gouvernance réflexive et une ré-institutionnalisation de l'éthique et de sa pédagogie.

VII. Références bibliographiques

1. Callen B. LE SOUCI DE L'AUTRE - TRANSMETTRE L'ÉTHIQUE DU SOIN [Internet]. 2017 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=rovYbvSe6qc>
2. 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.
3. LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants. 2009-833 juill 7, 2009.
4. Arrêté du 23 juillet 2013 fixant par rang de classement la liste des étudiants et des internes de médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, organisées au titre de l'année universitaire 2013-2014.
5. FUHRMAN J. Enquête santé mentale des jeunes médecins [Internet]. [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>
6. Cidmef. Charte de l'éthique des facultés de médecine. Pédagogie Médicale. nov 2004;5(4):211-7.
7. de Broca A. la méthode des prismes. 2019;7.
8. Le Cardinal G, Guyonnet J-F, Pouzoullic B. La Dynamique de la confiance: construire la coopération dans les projets complexes. Paris: Dunod; 1997.
9. France, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique: opinions citoyennes. 2018.
10. Larousse É. Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>
11. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Points Essais. Paris; 1990. (Points Essais)
12. Larousse É. Définitions : morale - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/morale/52564>
13. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571/>
14. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
15. Doucet H. Le spécialiste de l'éthique dans la médecine universitaire. Éthique Santé. déc 2006;3(4):196-200.

16. Carlin N. Se former à l'éthique ? Un questionnement trop discret. *Éthique Santé*. 1 mars 2018;15(1):39-42.
17. Bloch A-L. L'enseignement de l'éthique au cours des premier et deuxième cycles des études médicales. *État des lieux dans les facultés de médecine françaises*. sept 2010;7:117-22.
18. Fleury C, Berthelie B, Nasr N. Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises: état des lieux et perspectives. :93.
19. Marcoux H, Patenaude J. L'éthique et la formation médicale Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? *Pédagogie Médicale*. oct 2000;1(1):23-30.
20. BERLAND Yvon, Dir. ; BONNEL G ; CHABOISSIER M ; GRANGER JM ; JOVIC L ; QUILLET E ; RAPIAU MT ; TEULLIER R ; VITAL DURAND D. La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner. 2007
21. Laronze J. Evaluation du raisonnement éthique en médecine générale par Test de Concordance de Script.
22. Bourg J. Quels dilemmes éthiques rencontrent les internes de médecine générale de Montpellier? Étude descriptive qualitative et quantitative réalisée en 2018. :74
23. 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* 2001;27:98-103.
24. Cella A. L'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification des conflits éthiques et de l'utilité d'une aide. 2015
25. Filipiak L, Rodrigues P. Représentations de la pédagogie de l'éthique selon les cadres pédagogiques en soins infirmiers. *Éthique Santé*. juin 2021;18(2):112-26.
26. Aiguier G, Cobbaut J-P. Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation. *J Int Bioéthique Ethique Sci*. 27 avr 2016;Vol. 27(1):17-40.
27. Godin V, Moulin D, Pee DV. La formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine : un défi ? L'expérience de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2004;5(1):35-42.
28. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Jeliu G, Brazeau-Lamontagne L. L'éthique comme compétence clinique: modélisation d'une approche dialogique. <http://dx.doi.org/101051/pmed:2001020>. 1 mai 2001;2.
29. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics*. 1 févr 2008;34(2):120-4.
30. de Broca A. Colloque francophone Éthique « la formation en éthique », Amiens, 7 et 8 septembre 2006, organisé par l'espace éthique Picardie. *Éthique Santé*. déc 2006;3(4):221-3.

VIII. Annexes

A. Annexe 1- Aspects éthiques observés dans les objectifs pédagogiques terminaux des items étudiés au cours du deuxième cycle des études médicales d'après le Bulletin Officiel n°20 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 16 mai 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Préciser les apports de la loi du 4 mars 2002 (et des lois postérieures) : droits individuels (information, consentement, accès au dossier, directives anticipées, personne de confiance, et droits collectifs (représentants des usagers, associations agréées, etc.).
- Comprendre les enjeux du droit à l'information du patient dans la relation médicale ; le patient co-acteur de ses soins et de sa santé.
- Préciser les conditions du recueil du consentement éclairé qui impose une obligation d'information sur les risques.
- Préciser les conditions du recueil du consentement à la collecte, au traitement et à l'échange des données dans des situations distinctes (établissement de santé, exercice collégial, exercice individuel, etc.).
- Connaître les règles du partage des données de santé entre professionnels de santé. 109 - Connaître les principes d'élaboration et d'exploitation du dossier du patient, support de la coordination des soins.

N° 8. *Éthique médicale.*

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

N° 9. **Certificats médicaux.** Décès et législation. **Prélèvements d'organes** et législation. - Préciser les règles générales d'établissement des certificats médicaux et leurs conséquences médico-légales, y compris les certificats de coups et blessures et notions d'ITT. Décrire l'examen d'un cadavre, connaître les différents types d'autopsie.

- Préciser les principes de la législation concernant le décès et l'inhumation.
- Préciser les principes de la législation concernant les prélèvements d'organes.

N° 10. **Violences sexuelles.**

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

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

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

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

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

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

- Expliquer la structuration du système de santé entre soins primaires (premier recours), secondaires et tertiaires. (...)
- Analyser de manière critique les évolutions de recours aux soins (quantitativement et qualitativement) au regard des évolutions épidémiologiques, économiques, technologiques, professionnelles et socioculturelles.
- Identifier les éléments clés nécessaires aux notions de **coordination, de continuité et de globalité des soins (parcours de soins ou de santé).**
- Expliquer les principes et finalités **des parcours de soins, de la coordination des professionnels** ainsi que de la gradation des soins.
- Exposer les attentes en matière de développement des pratiques de **télé médecine.**

N° 16. La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La couverture médicale universelle. La consommation médicale. Protection sociale.

Consommation médicale et économie de la santé.

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

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

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

Unité d'enseignement 2

- De la conception à la naissance

- Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent

N° 21. Examen ***prénuptial***.

- Préciser les dispositions réglementaires et les objectifs de l'examen prénuptial.

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

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

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

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

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

- Expliquer les bases du conseil génétique, les possibilités de diagnostic prénatal (modalités et options de prise en charge dans le cadre d'une maladie d'une particulière gravité).
- Expliquer la prescription des tests génétiques : organisation et aspects réglementaires.
- Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.

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

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

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

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

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

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

N° 74. **Addiction** à l'alcool.

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

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

N° 77. **Addictions** comportementales.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de poly-pathologie et de vulnérabilité en gériatrie.
- Syndrome de fragilité.

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

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

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.
- Connaître les étapes d'une *démarche de soins, de traitement et d'accompagnement du patient et de son entourage* lors des situations les plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : acquérir les compétences nécessaires en

soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales (traitement des symptômes respiratoires, digestifs, buccaux, neurologiques, psychiatriques, agoniques...).

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

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

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

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

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

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

N° 138. *Soins palliatifs pluridisciplinaires* chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale. La *sédation* pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande *d'euthanasie ou de suicide assisté*.

- Connaître les indications de la sédation.

- Savoir délibérer individuellement et collectivement pour aboutir à une *décision de sédation*.

- Savoir mettre en œuvre et évaluer les effets d'une sédation pour un patient atteint de maladie létale.

- Comprendre la distinction entre une sédation pour détresse en phase terminale et une euthanasie.

- Savoir analyser une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et apporter par tous les moyens légaux une réponse à la détresse qui sous-tend une telle demande.

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

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

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

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

N° 141. *Deuil normal et pathologique*.

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

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

N° 143. *Vaccinations*.

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

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

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

Unité d'enseignement 9 : Cancérologie - Onco-hématologie

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

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

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

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

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

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

N° 319. **La décision thérapeutique personnalisée** : bon usage dans des situations à risque. - Argumenter une décision médicale partagée avec un malade et son entourage (voir item 3). - Argumenter une prescription médicamenteuse, les modalités de surveillance et d'arrêt du médicament, en tenant compte des caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques du médicament, des caractéristiques du patient, de ses comorbidités, de la polymédication, des risques potentiels, et des objectifs poursuivis.

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

B. Annexe 2- FICHE pour aider le participant à la recherche à formuler des messages courts -Prismes rationnels de la Méthode des prismes- Alain de Broca

Puis - je apporter mon concours à la question sur le plan ...

- Scientifique

o Que sait-on du problème avec les connaissances actuelles sur le plan :

♣ Biologique, génétique, informatique, ingénieur,(NBIC)

♣ Selon les remises en cause possibles (une connaissance actuelle est parfois contredite au fil des découvertes)

♣ et du fait des avancées potentielles.. Qu'en attendre ...

o Quelles normes, quelle normativité : statistiques (simples, multiples)

- Psychologique

o Analyse des aspects psychologiques qui peuvent être mis en difficulté si la réponse à la question est positive ou négative.

- Juridique

o Que disent les textes sur le sujet actuellement... y a-t-il déjà des conflits juridiques face à la question ? Qui les a résolus : cour d'appel, de cassation, conseil d'état. Contradictions entre les différents codes (code spécialisé : CSP versus Code civil)

o Si on change un texte, quel effet domino ?

o Que connaît –on des textes internationaux ?

- Économique

o Qui est directement impliqué pour le financement ?

o Quel organisme supporterait les frais ?

o Quel niveau de prestations financières ?

♣ Sécurité sociale, assurance–maladie (quel régime), mutuelle, assurances personnelles, CMU, CMU-C

o Impact pour la personne, impact pour la société ?

- Sociologique

o Quelle place a le sujet (la personne demandeuse) dans la société ? o Quel recours, quelles ressources la personne peut trouver auprès :

♣ de l'équipe soignante et chaque soignant)

♣ de la famille (de chaque personne de la famille)

♣ de la communauté (NOUS) ou communautarisme (VOUS),

♣ de la société (IL),

♣ des médias (ON)

- Anthropologique

o Quelle place à l'homme souffrant, malade, mourant, migrant, l'étranger, emprisonné dans la cité

♣ Dans le passé et actuellement,

♣ Quelle vision de l'humain demain...trans...posthumain ?

♣ Quelles stratégies pour vivre en relation malgré les tensions interhumaines

- Philosophique

o Les définitions ci-dessous seront-elles modifiées par une réponse positive ou négative à la question posée ?

♣ La liberté - L'autonomie - La dignité - l'hospitalité – la pudeur - la confidentialité -

Philosophie politique. Quelles sont les théories politiques en jeu dans les réponses données :

♣ Utilitarisme, Libéralisme, libertarisme, Conservatisme, Totalitarisme

En quoi la Démocratie peut –elle être bouleversée par les réponses des participants ?

- Religieux – Théologie – Spiritualité

o En quoi les aspects religieux ou de spiritualité peuvent être malmenés par une réponse positive ou négative à la question posée

C. Annexe 3- Cas clinique abordé lors de la méthode des prismes

Mme H.

Patiente de 85ans, hémiplegique droite, dépendante pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne.

Aidant principal : son mari. Vivent avec leur enfant handicapé.

2 filles. Une proche de sa maman et relation très conflictuelle avec l'autre (ne se parle plus)

Couple hospitalisé dans l'unité pour pneumopathie hypoxémiant à SARS COV2.

Décès du mari. Epouse dans un état grave sous 15 Litres 100%, pourtant relativement bonne tolérance clinique avec SPO2 92% , Fréquence Respiratoire 25.

Les enfants ne souhaitaient pas que nous annoncions le décès de son mari à Mme H. Nous avons décidé de lui annoncer. Elle n'a malheureusement pas pu se rendre à l'enterrement.

Stabilisation clinique avec légère diminution O2 (passage 15L ventury) et éloignement des jours critiques. Cependant, exprime sa volonté de mourir. Ne présente pas d'inconfort respiratoire ou d'angoisse. Demande à l'interne de mettre en place les sédatifs car ne veut plus vivre.

L'ensemble de l'équipe se mobilise pour lui expliquer que nous comprenons sa souffrance morale, mais que les médicaments seraient instaurés dans le cadre de la prise en charge de son confort si la situation venait à se dégrader.

Introduction Venlafaxine 37,5 Libération Prolongée 1/j + Oxazepam 10mg x 3 en systématique en concertation avec les psychiatres et l'équipe de soins palliatifs.

Légère amélioration clinique, mais patient en refus de soins. Ne prenant pas ses traitements et refusant l'alimentation. Ferme les yeux au passage des membres de l'équipe.

Réflexion conjointe avec les soins palliatifs, l'équipe médicale et paramédicale.

Admis que patiente confortable sur le plan respiratoire, mais idée noire ++ et volonté de mourir.

Nous nous fixons comme objectifs d'assoir dans son lit Mme H à chaque repas, et accordons nos discours afin de tenter de restaurer une communication avec Mme H.

D. Annexe 4- Verbatim issus de la méthode des prismes

Code couleur des sous-groupes

Scientifique

Psychologique

Juridique

Economique

Sociologique

Anthropologique

Philosophique

Théologique

PERSONNAGE 1 - La patiente

32 Bénéfices

Exister socialement par cette décision	4
Fin de la souffrance morale	6,75
Croyance religieuse	6
Menace procès si non-respect choix patient	2
Poids pour la société	5
Liberté de choix car pleine possession intellectuelle	9
C'est mon droit	9
Pas de problème financier	4,75
Disparition de la souffrance	9
Accepter volonté de chacun	8,5
Inutile pour la société	5,5
Plus la force	9
Je veux rejoindre mon mari	7,75
D'autres en ont plus besoin que moi	5,75
Fin à la dépendance	6,5
Quel intérêt de vivre si on ne peut plus rien partager	7,25
Je coûterai moins cher à la société, en soins etc	4,5
Mon enfant handicapé ne pourra pas s'occuper de moi	6,5
Plus d'intérêt à vivre	7,5
Je ne veux pas être un poids pour ma famille	6,75
Plus de souffrance physique	9
Éviter l'institutionnalisation	5,5
Question de sens de sa vie	7,75
Impasse thérapeutique et séquelle	6,5
Rejoindre son mari décédé	7
Respect de mon choix	9,5
Plus d'intérêt à vivre	7,5
Pouvoir décider de sa mort	8,25
Pas risque d'abandon sans suivi psychologique adapté	4,5
Pas de possibilité de guérison	7
Pas d'autre solution	6
Sens de la vie dépendante et isolée	7,75

34 Risques

Pas précipitation de la mort par les médecins	5
Question de la vie après la mort	7
Est-ce que légalement les médecins ont le droit de m'aider à partir ?	6,5
Je vais mourir à l'hôpital...	8,5
Suis-je en train de me suicider ?	8,5
Est-ce que mon mari aurait accepté que je me laisse mourir ?	6,25
Pour qui vais-je passer d'avoir abandonné ainsi ?	6,25
Je ne vais jamais revoir ma maison	6
Comment mes enfants vont-ils gérer les finances	5,75
Vais-je à l'encontre de mes principes religieux	6,75
Je vais finir mes jours seule et dans la douleur	7,5
Mauvaise compréhension de son souhait, appel à l'aide	7,25
Que penserait mon mari de cela	7
Avec le COVID, je vais devoir mourir seule	8
Crainte poursuite de l'équipe soignante	5,5
Est-ce que la mort va vraiment me permettre de rejoindre mon mari ?	5
Crainte de ne pas savoir si l'intégration sociale serait possible malgré handicap	5,25
Va-t-on me laisser souffrir car je ne veux pas de soin curatif	6,5
J'ai peur de vivre mais j'ai sûrement peur de mourir aussi	7,25
Je pourrais très bien retrouver quelques capacités me permettant de faire des choses que j'aime	6
J'ai peur de la mort	8
Combien de temps ça va durer	7,75
Mon enfant va se retrouver seul alors que je suis tout ce qui lui reste	6,75
Je n'aurai jamais l'occasion de renouer avec ma fille à qui je ne parle plus	7,5
J'ai beau le vouloir, j'ai quand même peur de la mort, peur qu'il n'y ait rien après	9,5
Je n'ai pas fait de testament	5
Je laisse un enfant handicapé à charge	6
Mes enfants ne me le pardonneraient pas	6
Qui va s'occuper de ma fille handicapée ?	6,75
Image qui reste pour la descendance	7
Le suicide n'est pas "admis" dans la religion catholique je n'irai pas au paradis	7
De rater une chance de m'en remettre	4,75
J'ai peur d'être abandonnée	6,25
Ne pas voir grandir ses petit- enfants	7,5

22 Dérives

En "choquant" je pourrais peut-être renouer avec mes enfants.	5
Je n'ai plus la force de gérer mon enfant sans mon mari	3,5
Je n'aurai pas besoin de gérer la maison/ mon enfant handicapée seule, d'autres le feront si je meurs	5,25
Suicide assisté	8
Je coûte cher à la société	5,5
C'est le destin je dois mourir sinon tout cela ne m'arriverait pas	3
Je cherche inconsciemment des bénéfices secondaires, soutien, aide, réassurance... Parce que je suis dépendante et mon principal aidant est mort	5,25
Je ne supporte pas de me voir ainsi diminuée	7,75
Je ne veux pas être un poids	8,5
Au moins ça sera rapide	8,75
Je veux être décisionnaire de tous les aspects de ma vie y compris ma mort	6,75
Je veux me suicider mais ma foi me l'interdit, si vous m'accompagner, ce n'est pas la même chose	5,75
J'ai peur d'être seul	6,75
Je ne veux pas mourir, je veux rejoindre mon mari. Je n'accepte pas sa mort	9
Je cherche quelqu'un qui pourra remplacer mon mari pour m'aider	6,5
Je n'aurai pas besoin de faire le deuil de mon mari	6,25
J'aurais aimé qu'on me propose autre chose qu'on m'explique ce qui peut m'attendre	5
Appel au secours	9
Fuite des problèmes, de la réalité	5
Échapper au soucis administratifs et financiers	7
Je suis tellement triste que je ne vois pas les autres possibilités	4,5
C'est un appel au secours	8

Personnage 2 – Le médecin

30 bénéfiques

Elle reviendra pour autre chose et mourra de toute façon rapidement au vu de ses comorbidités	5
Et si en réalité elle n'était pas confortable et que ces paroles reflètent un inconfort respiratoire et de l'angoisse. Dois-je sédater pour lui apporter du confort	7,5
Primum non nocere... Où est la limite ?	7,5
Dans tous les cas les séquelles seront insurmontables psychologiquement	6,5
Garder la place pour quelqu'un qui veut vivre	1,5
Prise en charge en sortie d'hôpital qui sera longue, coûteuse et difficile.	4,25
« Je ne prolongerai pas abusivement les agonies ». Ce serait respecter mon serment d'accéder à sa demande	7
Les solutions ne lui rendront pas sa qualité de vie antérieure	4,75
Passé un certain âge c'est "normal" de mourir, on a fait son temps	4,5
Ça fait déjà 5 jours que le chef de service et la cadre me parlent de DMS	3,5

Une charge de travail en moins pour l'équipe. Qui n'en peut déjà plus	4
Je ne dois pas aller à l'encontre de son choix	8,75
Je ne vois pas ce que je peux faire de plus	8
Je peux comprendre sa peine. Elle est âgée et a le droit de penser qu'elle n'a plus rien à faire ici	6,5
Elle n'est pas démente, sa demande de mourir est sûrement réelle, qui suis-je pour refuser ?	5,25
Ça fera des économies à la sécurité sociale	1,5
Quelle est réellement sa qualité de vie ?	6,75
On respecte sa volonté	8,25
Je dois autant que possible respecter le souhait de la patiente	9
Syndrome dépressif ok, mais vu le deuil et la situation, avec ou sans Fluoxétine on ne pourra pas l'en guérir	5,25
La prise en charge de son covid est longue et compliquée, accéder à sa requête serait une sorte de facilité de prise en charge en quelques sortes	4,5
Poursuivre les traitements c'est de l'acharnement thérapeutique	6
On est limite scientifiquement sur ce qu'on peut lui proposer il n'y a pas de traitement curatif ou remède miracle	7
Je l'informe des risques	7,75
Sorte de transfert, on peut comprendre son choix et l'accepter.	8,75
Je voudrais la même chose si j'étais elle	8,25
L'accompagner avec une sédation est moins cruel que de la laisser mourir	8,25
Respect de la volonté de la patiente	9
Pas d'espoir d'amélioration de son état : décision justifiée	6
Je la comprends. Je crois qu'à sa place je ferais comme elle	8,25

33 risques

Que dire d'une société qui ne se bat pas pour les plus faibles quand ils se sentent inutiles ?	5
Désintérêt des plus faibles	6,25
Statuer à tort début de démence, troubles psy ?	2,75
Avec un suivi psy peut-elle remonter la pente ?	3,5
Manque d'information claire loyale et approprié à son état	9
N'y a-t-il vraiment aucune autre solution ?	8,25
Pas de prise en charge pluridisciplinaire	9,5
J'ai peur du jugement de mes collègues	6,5
Qui suis-je pour décider de qui doit vivre ou mourir ?	8,75
Médiatisation	7,25
Statuer à tort d'une éligibilité à sédation	8
Que penseront les collègues ? Que feraient-ils ?	7
Puis je être attaqué en justice par la famille ?	9
Accéder à sa demande sans concession, n'est-ce pas l'abandonner ?	9
Encore un décès de plus... Trop de décès	6,25
Non-respect du serment d'Hippocrate	8
Impression d'avoir échouer	7,5

Ressenti d'abandon dans la prise en charge	5,75
LA DMS ... Jamais entendu parler	2
Conflit avec le reste de l'équipe soignante	6,5
De choisir la solution de facilité Parce qu'on est fatigué de se battre	5,5
Cela n'est pas en accord avec ma foi	4,75
Je n'ai pas signé pour regarder les patients mourir	5,5
Conflit avec la direction car augmentation DMS	8
Je peux l'accompagner sans l'euthanasier, mais est ce que ce sera la prise en charge qu'elle attend ?	6
Impuissance et culpabilité face à un refus	4,75
Impression de provoquer délibérément la mort	5,75
D'être un bourreau	5,75
Dépassé le cadre de la loi Leonetti	9
D'un point de vue purement légal c'est du suicide assisté	6,5
Suis-je dans la légalité	9
Si la famille l'apprend, on va se retrouver avec un procès	6,75
Euthanasie illégale	8,25

23 dérives

Souhait accélérer la prise en charge	3,5
Compréhension et transfert	8,25
Sentiment de toute puissance, décider de la vie et de la mort	3
C'est une solution simple et efficace. Je m'arrangerai avec ma morale après.	2
Accepté par facilité	4
Arrêt de le harcèlement et conflit avec la famille d'avoir annoncé le décès de son mari	5
Gain de temps	4
Non catégorique en se cachant derrière la loi	5,5
Qui viendra dire quelque chose pour une mamie hémiplegique covid + de 85 ans ?	6,75
Temporiser en rejetant le problème	5,75
Pas besoin de remplir trajectoire	2,5
Je ne vais pas risquer un procès pour elle	6,25
Facilité de démarche administratives	4,25
Économiquement : une hospitalisation longue coûte chère a la société	4,5
Retirera une épine du pied	3,5
Soulager l'impression d'être inutile	7,25
Qui dit sortie dit une nouvelle entrée à faire	4,75
Épuisement et lassitude	6,5
J'ai la flemme de faire un vrai courrier de sortie pour ses 3 mois d'hospitalisation	5
Pas d'acharnement respect de son choix sans creuser	6
Tellement de temps passé pour quelqu'un qui veut mourir	6,75
Pression de l'équipe paramédicale car difficulté	6,5
Manque de place	1,5

Personnage 3 – PARAMEDICAUX

14 Bénéfices

Gain de temps	5,5	
Pas de maltraitance	7	
Pas d'acharnement	9	
Respect volonté de la patiente	9	
Patiente apaisée	8,5	
Arrêt du sentiment d'impasse thérapeutique	7,25	
Pouvoir se concentrer sur des patients qui ont envie de vivre		5,25
Fin du sentiment d'échec de prise en charge	4,75	
Je ne serai plus démunie face à cette dame	4,25	
Arrêt stimulation forcée kiné mobilisation	4,25	
Je ne serai plus face à cette souffrance morale insoutenable		6,25
Moins de travail	3,75	
On accepte son choix	6,5	
Plus besoin de « se battre » pour lui donner ses traitements		4,25

33 Risques

A l'encontre de la déontologie	8	
Facilité par manque de temps	9,25	
Facilité manque de moyens (humains matériel...)	9,5	
Transfert de soignants	7	
Je n'ai pas choisi ce métier pour faire mourir les gens		6,5
Mensonge à la famille	3,75	
Sentiment d'abandon	6,5	
Traumatisme équipe	7,5	
Je ne veux pas être complice de meurtre	5,5	
Clivage dans l'équipe	6,75	
Incompréhension		9
Peur de la plainte	7,5	
Pas entendre l'appel à l'aide	5,75	
Toute puissance décision médicale		6,5
Gestion de la famille	8,5	
Refus d'un soin (O2) ou de soin ?	9	
Ressenti d'être mauvais professionnel		8,25
Peur de la mort	8,5	
Peur médiatisation	5,25	
Euthanasie	5	
Regret doute	7,5	
Hors cadre légal (lata)	8,25	
Impression de ne pas avoir son mot à dire		6,75
Pas de concertation pluridisciplinaire		6,75
Statuer sans réévaluer	6,25	
Juger la décision de la patiente	7	

Échec de prise en charge	5,25	
Transposition et comparaison à d'autres patients		6,5
Sentiment abandon de la part des médecins		8,5
Avoir l'impression de tuer	7	
Désaccord avec le médecin	4,75	
C'est contre la religion	6,75	
Alimentation et fin de vie	6,5	

18 Dérives

Colère réactionnelle de l'équipe soignante		7
Rancœur	4,5	
Gain de temps	6,25	
Gain de place pour la structure	6,5	
Gain d'énergie	5,25	
Fatalité	4	
Baisser les bras	4,25	
Transposition avec notre propre vision de la qualité de vie		6
Balance bénéfice risque	5	
Améliore la durée de séjour moyen du service		4,5
Ça coûtera moins cher à la société	2,75	
Protection juridique	3,5	
Manque de place	8	
Je pourrai l'oublier et je plus avoir l'impression d'être dans l'échec		3,75
Une toilette complète de moins à faire	3,75	
Agressivité envers la patiente	4	
Meilleure rentabilité	4	
Moins éprouvant psychologiquement	6,25	

E. Annexe 5- Préconisations issues de la méthode des prismes - post test

- **Favoriser les bénéfiques :**

Afin de favoriser les droits du patient :

Le médecin généraliste a pour mission de :

Replacer le patient au centre de la prise en charge en le rendant acteur

Mieux informer le patient de ses droits :

A propos du refus de soin et de l'obstination déraisonnable

A propos des directives anticipées

Sur ce qu'on appelle le consentement libre et éclairé

Sur la personne de confiance

En s'appuyant sur les textes de loi : Loi « Kouchner » du 4 mars 2002 sur les droits du patient

Afin de favoriser un Annonce médicale de qualité :

Le médecin généraliste se doit de :

Prévoir du TEMPS, un espace CALME et ADAPTE pour l'annonce médicale (décès, pathologie grave) car c'est un enjeu crucial dans la relation médecin-malade

De solliciter une équipe dédiée

D'Accompagner ou de proposer un accompagnement après l'annonce (infirmière d'annonce, psychologue...)

D'Intégrer la famille au décès de leur proche et à la vision du proche décédé

Proposer la possibilité de la présence de la personne de confiance

Afin de faire face à un Refus d'une thérapeutique

Le médecin généraliste a pour mission de :

Distinguer le refus de soin VS refus d'un soin

Reformuler et comprendre sa demande

Travailler de manière pluridisciplinaire

Solliciter le comité éthique de l'établissement

Appeler une équipe extérieure (équipe mobile de soin palliatif, médecin traitant...)
Écouter patient et famille
Agir avec Bienfaisance
Ne pas avoir de jugement moral mais essayez de le comprendre
Respecter l'autonomie du patient

Afin de donner au patient des perspectives d'avenir

Le médecin généraliste a pour mission de :

Réaliser une enquête sociale en sollicitant services sociaux si besoin (évaluation du domicile, des aides financières et humaines en place)

Expliquer l'évolution, les risques encourus si refus total

Laisser le temps

Proposer un retour à domicile

Renforcer les aides APA, proposer des perspectives d'avenir SSR, Ehpad...

- **Encadrer les risques et limiter les dérives :**

Afin d'éviter la Maltraitance du patient (physique et psychologique)

Il convient de :

Améliorer la formation des professionnels

Former les professionnels à savoir comment réagir face au refus de soin, face à la souffrance des familles

Améliorer la communication entre tous les intervenants pour une prise en charge optimale

Travailler en amont sur ce qu'on nomme : bienveillance, bienfaisance, bientraitance

Afin d'éviter la Solitude des soignants

Il convient de :

Améliorer les connaissances des pratiques

Accorder plus de temps

Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire

Augmenter le nombre d'heures de formation en soins palliatifs dans les différents cursus médicaux et paramédicaux

Favoriser la formation médicale continue

Afin d'éviter les dérives euthanasiques

Il convient de :

Diffuser la loi Léonetti, le code de déontologie

Rappeler des interdits fondamentaux

Travailler en équipe

Afin de savoir faire face à la demande d'aide à mourir

Il convient de :

Définir la demande du patient, la reformuler, écoute active

Restituer ce que disent la loi et les recommandations

Rassurer avec les dispositions existantes, traitement des symptômes d'inconfort, accompagnement en équipe pluridisciplinaire

F. Annexe 6 – réflexion des internes seuls – pré test

Interne 1

Le **refus de soin** vs la **dépression rédactionnelle** / deuil pathologique

Est-il éthique **d'accéder à la requête** de cette patiente et pouvons-nous comprendre les raisons de cette demande ? Ou doit **on statuer** qu'il s'agisse d'un état dépressif majeur réactionnel à la perte brutale de son mari et tout faire pour le traiter ?

Interne 2

Avant même de répondre à la question posée, je trouve compliqué ce questionnement autour de **l'annonce du décès** du mari. Mme H n'a à priori pas de troubles cognitifs, ses enfants n'ont pas à s'opposer à cette annonce, bien qu'on puisse le comprendre. Ça m'a fait penser à la définition de l'**euthanasie**. Les enfants estiment la souffrance morale à venir de leur maman si intolérable qu'ils préféreraient lui mentir. Mais je suis d'accord avec la décision prise par l'équipe. La décision ne leur appartenait pas. Et un tel mensonge, même pas omission, me paraît impensable. Car il s'agit de l'aidant principal en plus de son mari. Pour cette dame dépendante vivant avec un enfant handicapé, cela change tout au **devenir**. Ce qui m'amène à répondre à la question : bien sûr je peux comprendre sa demande. Et je pense qu'on peut être d'accord sur le fait qu'il s'agit effectivement probablement d'un épisode dépressif majeur qui nécessite d'être soigné. Répondre positivement à sa demande me paraîtrait être un **abandon**, et en même temps le devenir de cette patiente paraît si compliqué qu'il est difficile de la soigner sans pouvoir envisager d'avenir meilleur. Peut-être pourrait-on envisager une limitation et arrêt des thérapeutiques actives, avec en cas d'accord de la patiente une discussion avec les enfants, voire une participation des enfants ? Je crois qu'il n'y a pas de bonne réponse. Il faut faire au mieux. On peut comprendre sa demande, mais y répondre sommairement sans concession reviendrait à mon sens à l'abandonner.

Interne 3

Pour le cas, en réalité il n'y a pas de bonne solution ... Mais d'un point de vue légal je pense que la décision qui a été prise est la bonne. On pourrait se dire que cette dame veut mourir et elle en a le droit et qu'éventuellement arrêter les soins oxygène etc pourrait entraîner sa mort. Mais d'un point vu médical et légal ce serait un suicide assisté. On peut clairement se poser la question de l'avenir de cette dame qui est dépendante au domicile et qui n'a donc plus d'aidant... son **retour à domicile** ne sera sûrement plus possible.

Sa **volonté de mourir** est-elle une crise réactionnelle, une véritable **crise suicidaire** ? risque d'introduire un antidépresseur pour taire sa demande

Interne 4

A quel moment **le décès** du mari a-t-il été annoncé ? Y a-t-il eu **communication** entre la patiente et sa famille ? Quel est l'avis d'un **psychologue** ?

Interne 5

Le premier problème éthique c'est déjà **l'annonce du décès** du conjoint effectivement si la dame est en fin de vie on peut se poser la question de la laisser mourir sans lui imposer cette épreuve en plus mais est-ce que c'est vraiment à nous de choisir ça ? Elle n'est pas démente la dame normalement on doit lui dire. D'autant plus que ça peut être rassurant face à la mort de te dire que tu meurs en couple. Si elle demande des nouvelles du mari on n'a **pas le droit de mentir** mais si on se contente de mentir par omission c'est peut-être moins pire.

Questionnement sur mentir pour protéger la patiente et respecter volonté de la famille ? mais patiente a le **droit à l'information**.

Interne 6

—> patiente en **droit de savoir**

—> demander au patient **pourquoi il souhaite mourir** pour potentiellement trouver des solutions spécifiques au problème de fond

—> possibilité de faire passer **psychologue**

—> intervention de la **famille**

—> **expliquer** qu'on ne peut pas faire mourir les gens, que le but de la **sédation** est de soulager et non pas de faire mourir car **euthanasie illégale** en France

—> **respecter l'expression de cette demande** de mourir de la patiente, en évitant de dire des trucs comme « mais non il ne faut pas dire ça », mais plutôt accueillir sa souffrance et faire preuve d'empathie pour ne pas la braquer et faciliter ensuite la recherche des causes exactes de sa requête de mourir

—> accepter en tant que soignant qu'on ne peut pas forcer les patients à se soigner mais on peut être à l'écoute, empathique et accompagner les gens dans leur choix, être dans le « **care** » plutôt que dans le souhait de guérison à tout prix surtout si cela va à l'encontre de ce que veut la personne

—> traitement **antidépresseur et anxiolytique** car phase aiguë de **détresse émotionnelle** au vu de ce que la personne traverse

H. Annexe 8- Compétences professionnelles en médecine générale

1. APPROCHE GLOBALE, COMPLEXITÉ

Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de la médecine générale.

- Être capable de prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires
- Être capable de prendre en charge successivement ou simultanément des situations de nature différente (appareils différents, pathologies organique et fonctionnelle, problèmes sociaux et administratifs, ...)
- Être capable de synthétiser les données recueillies
- Être capable d'élaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte, en l'absence fréquent de diagnostic nosographique.

2. EDUCATION EN SANTÉ, PRÉVENTION INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

- Être capable d'éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie
- Être capable de participer à des actions ou des réunions d'éducation sanitaire
- Être capable d'établir un diagnostic éducatif
- Être capable de proposer un projet de soins
- Être capable de construire une alliance thérapeutique

3. PREMIER RECOURS, URGENCES

Capacité de gérer avec la personne des problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, et toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

- Être capable de prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude
- Être capable de faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale (infarctus, OAP, crise d'asthme, traumatisme, agitation, situations psychiatriques)
- Être capable d'organiser sa trousse d'urgence

4. CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS

Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Être capable d'assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population.
- Être capable d'assurer le suivi entre domicile et hôpital
- Être capable de collaborer avec les partenaires médico-sociaux
- Être capable de collaborer au système de gardes
- Être capable de travailler en équipe et/ou en réseau lors des situations complexes, aiguës et chroniques.
- Être capable d'élaborer des coopérations avec d'autres partenaires
- Être capable de participer aux réseaux de soins

5. RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTRÉ PATIENT

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

- Être capable de communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage
- Être capable de développer une écoute active et empathique
- Être capable d'adapter la réponse aux caractéristiques du patient
- Être capable d'expliquer une décision, une prescription ; annoncer une nouvelle grave
- Être capable de tenir compte de ses émotions et de celles du patient
- Être capable d'entreprendre des actions de santé publique
- Être capable d'identifier des comportements à risques et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective
- Être capable de mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes
- Être capable de participer à des actions de recueil épidémiologique
- Être capable de gérer et exploiter les données du dossier médical des patients
- Être capable de démarrer ou collaborer à une recherche

6. PROFESSIONNALISME

Capacité à assurer l'engagement auprès de la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

- Être capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale
- Être capable d'assurer sa formation personnelle
- Être capable de lire de façon critique
- Être capable de participer aux actions de FMC
- Être capable de participer aux recherches
- Être capable d'évaluer sa pratique
- Être capable de mettre en place une évaluation individuelle ou collective de sa pratique
- Être capable d'appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, dispositions médico-administratives, dispositions déontologiques, etc.)

I. Annexe 9- Compétences professionnelles du métier d'infirmier

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Éthique et formation médicale des internes en médecine générale : la méthode des prismes comme outil pédagogique

INTRODUCTION : La formation initiale à l'éthique médicale semble devenir l'une des priorités éducatives des facultés de médecine. Sa stratégie pédagogique reste un enjeu de l'enseignement avec une très grande hétérogénéité.

METHODE : Une étude expérimentale a été réalisée chez des internes de médecine générale afin d'évaluer la méthode des prismes comme outil pédagogique à la formation éthique des étudiants en santé.

RESULTATS : 6 internes ont été inclus dans notre étude avec un taux de réponse et de participation qui étaient de 3,97 %. Deux entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2021 ; le premier en visio-conférence et le deuxième en présentiel durant respectivement 140 et 160 minutes. La méthode des prismes a fait émerger 239 verbatim et 40 préconisations.

Un questionnaire de satisfaction a été réalisé relevant une insuffisance de formation éthique et un intérêt pour la méthode et ses bienfaits sur la réflexion éthique.

DISCUSSION : Cet espace de créativité a permis une approche pédagogique réflexive et collective favorisant l'émergence d'une réflexion éthique chez les internes. La faible puissance de l'étude nécessiterait une étude complémentaire pour valider nos résultats.

CONCLUSION : Le professionnalisme médical ne peut se soustraire aux humanités et à l'éthique face à une médecine de plus en plus complexe. La méthode des prismes comme outil pédagogique peut être intéressante avec une ré-institutionnalisation de l'éthique.

Mots clés : Médecine générale, formation, pédagogie, dialogique, éthique

Ethics and Medical Education for General Practice Residents: The Prism Method as a Teaching Tool

INTRODUCTION: Initial training in medical ethics appears to be one of the educational priorities of medical schools. Its pedagogical strategy remains a teaching issue with a very high heterogeneity.

METHOD: An experimental study was conducted with general practice residents to evaluate the prism method as a pedagogical tool for training health students in ethics.

RESULTS: 6 residents were included in our study with a response and participation rate of 3.97%. 2 interviews were conducted between March and April 2021; the first by videoconference and the second face-to-face for 140 and 160 minutes respectively. The prism method collected 239 verbatims and 40 recommendations.

A satisfaction questionnaire was carried out using the Likert scale identifying a lack of ethical training and an interest in the method and its benefits for their ethical reflection.

DISCUSSION: This creative space allowed for a reflective and collective pedagogical approach favoring the emergence of ethical reflection among the residents. The low power of the study would require a complementary study to validate our results.

CONCLUSION: Medical professionalism cannot avoid the humanities and ethics considering the increasing complexity of medicine. The prism method as a pedagogical tool can be interesting with a re-institutionalization of ethics.

Keywords : General practice, education, pedagogy, dialogue, ethics.