



HAL
open science

Recours et besoins des médecins généralistes face aux différentes problématiques éthiques identifiées au cours de leur exercice

Cécile Guille Des Buttes

► To cite this version:

Cécile Guille Des Buttes. Recours et besoins des médecins généralistes face aux différentes problématiques éthiques identifiées au cours de leur exercice. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04404964

HAL Id: dumas-04404964

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04404964v1>

Submitted on 19 Jan 2024

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

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



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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITE

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 04/07/2023

Par

Cécile GUILLE DES BUTTES

Recours et besoins des médecins généralistes face aux différentes problématiques éthiques identifiées au cours de leur exercice

Dirigée par Mme la Docteure Sophie MOULIAS

JURY

M. le Professeur Laurent Teillet

Président

Mme la Docteure Sophie Moulias

Directrice

Mme la Docteure Leïla Bouzlafa

Membre du jury

M. le Docteur Yves Puš

Membre du jury

Remerciements

Aux membres du jury M. le Professeur Laurent Teillet, Mme la Docteure Sophie Moulias, Mme la Docteure Leïla Bouzlafa et M. le Docteur Yves Puš, d'avoir accepté de prendre de votre précieux temps pour évaluer ce travail de thèse :

À Mme la Docteure Sophie Moulias, médecin spécialisée en médecine interne et gériatrie, docteure en éthique médicale, praticienne hospitalière à l'AP-HP et directrice de ce travail de thèse pour sa motivation, son expertise, son sens critique, sa bienveillance, son aide tout au long du travail de thèse. Notre rencontre en stage de gériatrie à l'hôpital Ambroise Paré m'a beaucoup marquée. Tu m'as fait découvrir la richesse des études qualitatives. Ta franchise et ton courage m'impressionnent. Merci de prendre le temps de me guider dans ce travail de thèse. Je suis chanceuse de travailler une nouvelle fois avec toi.

Au Professeur Laurent Teillet, gériatre, chef du service de gériatrie de l'hôpital Ambroise Paré, d'avoir supervisé mon stage en gériatrie dont je garde de très bons souvenirs. Je me souviens de votre calme et de votre sang-froid à toute épreuve pendant les staffs en pleine vague de covid. Je suis honorée que vous présidiez ma soutenance de thèse.

À Mme. la Docteure Leïla Bouzlafa, médecin généraliste à Wissous, CCU-MG à l'université Paris Cité, mon ancienne co-secrétaire au syndicat SRP IMG. Je suis admirative de ta personnalité aventureuse, engagée, ouverte et créative. Tu mènes tes projets avec une grande énergie et un sens de l'organisation légendaire. J'espère que nos vies continueront à se croiser d'une manière ou d'une autre.

À M. le Docteur Yves Puš, médecin généraliste à Gif-sur-Yvette, mon ancien maître de stage de niveau 2, de m'avoir accueillie chaleureusement dans ton cabinet, de m'avoir mise en confiance, de m'avoir fait ré-aimer la médecine générale, d'avoir revu consciencieusement avec moi chacune des consultations. Merci également d'avoir composé avec les aléas de ma vie de jeune maman.

À M. le Docteur Philippe Guille des Buttes, mon oncle, médecin algologue et en soins palliatifs à l'hôpital d'Orléans, de me parler avec enthousiasme et passion de son courageux travail, de me coacher dans mes études et dans la vie. Tu peux être fier de toi, tonton !

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude : grand merci de m'avoir consacré ce temps et de porter de l'intérêt pour cette thèse !

À tous mes maitres de stage universitaires de médecine générale, dans l'ordre chronologique de rencontre les Docteur.e.s Charlotte Gaspard, Christine Janot, Stéphane Hellequin, Christian Miodowski, Yves Puš et Christine Bridet-Tari, pour leur gentillesse, leurs apprentissages patients, leur volonté de partage. Vous êtes tous et chacun des personnages uniques et riches en qualités humaines. Aux docteurs Patricia Gonzalez et Isabelle Maitrepierre de m'avoir permis de faire un stage de médecine pédiatrique en ville.

À la Docteure Dorothee Rambaud, médecin généraliste au Plessis-Robinson, ma tutrice d'internat. Merci pour ton accompagnement tout en douceur.

Aux nombreux médecins hospitaliers qui m'ont enseigné la médecine en stage avec bienveillance.

À monsieur Pierre-Emmanuel Brugeron, responsable du pôle ressources de l'espace de réflexion éthique de la région Île-de-France, pour ces informations sur le lien entre le comité et la médecine générale.

À M.A. de me faire grandir tous les jours et de m'avoir appris -parfois à mes dépens !- ce qu'était de se trouver à l'hôpital de l'autre côté du stéthoscope. Cela ne peut que m'être utile pour exercer la médecine. En espérant que ton expérience des soins médicaux te soit la plus douce et surtout la plus distante possible...

À mes proches de m'avoir soutenue dans ces études longues, parfois intenses et éprouvantes. Merci de ne pas me voir comme une super héroïne. Un merci particulier à mon super mari, à nos précieux baby-sitters et à mes deux correcteurs anglophones préférés de m'avoir aidé à achever ce travail.

Résumé : Selon plusieurs études, l'exercice de la médecine générale soulève des dilemmes éthiques. Peu de travaux portent sur la gestion de ces dilemmes éthiques et sur les besoins d'aide ressentis par les médecins généralistes. L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les recours des médecins généralistes face à des situations de problématiques éthiques rencontrées dans leur pratique. L'éventualité de besoins d'aide ressentis et le champ des thèmes des problématiques éthiques y sont également explorés. Des entretiens qualitatifs semi-dirigés en visioconférence ont été réalisés auprès de neuf médecins généralistes d'Île-de-France. Pour les médecins généralistes interrogés, les situations mettant en jeu des problématiques éthiques au cours de leur exercice sont fréquentes et variées. Ces derniers développent de multiples stratégies pour y faire face, dont certaines ne sont pas toujours systématisées. Dans quelques situations, des médecins identifient le besoin d'accéder à des retours pluriprofessionnels et extérieurs à leur équipe. La manière dont les consultations d'éthique s'organisent, leur rôle et leur pertinence ne semblent pas clairs dans l'esprit de tous. D'autres médecins souhaitent pouvoir facilement faire remonter leurs difficultés auprès des décideurs en politique de santé. Certains médecins soulignent la mauvaise qualité de l'enseignement d'éthique au cours de leur formation. Pour que les médecins généralistes s'impliquent davantage dans la réflexion éthique, il ressort de ces entretiens qu'il est essentiel de leur ménager un temps dédié rémunéré et de réduire la pression liée au manque d'accessibilité des consultations de médecine générale.

Spécialité :

[DES médecine générale](#)

Mots clés français :

[\[médecine générale\]](#) [\[éthique\]](#)

[Gestion, recours, ressources](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Abstract :

It has already been noted that general practice gives rise to ethical dilemmas. Only a small number of studies focus on the management of these ethical dilemmas and on the need for assistance felt by general practitioners. The main objective of this thesis is to explore the coping strategies of general practitioners in situations involving ethical dilemmas. The needs of general practitioners and the scope of the themes of ethical issues encountered in general medicine are also explored. Qualitative study, employing semi-structured video interviews was performed. Nine general practitioners (Ile-de-France) were interviewed for this work. For the general practitioners interviewed, situations involving ethical dilemmas are frequent and varied, some quite specific to general practice. In these situations, they identify different and multiple coping strategies, not always systematized. In some situations, physicians identify the need to access multi-professional and external feedback. The way ethics consultations are organized, their role and their relevance do not seem clear in their mind. Other doctors would like to be able to easily escalate their difficulties to health policy decision-makers. Some doctors bring up the poor quality of ethics teaching during their training. For general practitioners to become more involved in ethical reflections, it emerged from these interviews that it is essential to provide dedicated paid time and to reduce the pressure linked to the lack of accessibility of general practice consultations.

English keywords :

[\[general practice\]](#) [\[ethic\]](#) [\[family practice\]](#)

[Issues, coping strategies](#)

Publication type :

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence
- CCNE : Comité Consultation National d'Ethique
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CEGGID : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
- CS : consultations
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- Dispositif MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- DU : Diplôme Universitaire
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- Formation FAF : Fonds d'Assurance Formation
- F : Femme
- H : Homme
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- IST : infection sexuellement transmissible
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- MSU : Maitre de Stage Universitaire
- P1 : première année de médecine
- PASS : permanences d'accès aux soins de santé
- PMA : Procréation Médicalement Assistée
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SCM : Société Civile de Moyens
- TCS : téléconsultations
- UGA : Unité de Gériatrie Aiguë

- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	8
TABLE DES MATIERES	10
INTRODUCTION	12
1 : CONTEXTE	13
1.1 QU'EST-CE QUE L'ETHIQUE ? QU'EST-CE QU'UNE PROBLEMATIQUE ETHIQUE ?	13
1.2 LES EPIDEMIES DE COVID NOUS FONT REFLECHIR	16
1.3 RESSOURCES DES MEDECINS GENERALISTES	18
1.4 HORS CONTEXTE EPIDEMIQUE, QUELLE PLACE L'ETHIQUE OCCUPE-T-ELLE EN MEDECINE GENERALE ?.....	19
2 : MATERIEL ET METHODES	24
3 : POPULATION D'ETUDE	26
4 : RESULTATS	27
4.1 RECRUTEMENT	27
4.2 CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET PROFIL DES PARTICIPANTS (CF. ANNEXE 3).....	27
4.3 ANALYSE DU VERBATIM	28
4.3.1 Définition du mot éthique	28
4.3.2 Thèmes des problématiques éthiques abordées par les médecins	28
4.3.3 Recours face aux problématiques éthiques.....	34
4.3.4. Besoins face aux situations de problématiques éthiques	42
5. DISCUSSION	48
5.1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	48
5.1.1. Faiblesses	48
5.1.2. Forces :	49
5.2. REPONSES A LA QUESTION POSEE ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	50
5.2.1. Thèmes des problématiques éthiques rencontrées.....	50
5.2.2. Recours des médecins généralistes face aux situations de problématiques éthiques	51
5.2.3. Besoins pour faire face aux situations de problématiques éthiques	56
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	74

ANNEXE N°1 CARTE MENTALE ET GUIDE D'ENTRETIEN.....	74
ANNEXE N°2 : NOTE D'INFORMATION	76
ANNEXE N°3 PROFIL DES PARTICIPANTS.....	77
ANNEXE N°4 NUAGE DE MOTS.....	79
PERMIS D'IMPRIMER.....	80

Introduction

Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai choisi d'aborder le thème des problématiques éthiques en médecine générale par une étude de méthodologie qualitative.

Ce choix est d'abord motivé par une sensibilité personnelle -génétique ? si ce n'est culturelle- au questionnement éthique. L'adoption d'un point de vue d'aidante de proches vulnérables atteints de maladies chroniques a renforcé mon intérêt pour l'éthique des soins. Enfin, le sujet de cette thèse est né d'une rencontre... celle de la Docteure Sophie Moulias, directrice de ce travail de thèse, pendant mon stage de gériatrie à l'hôpital Ambroise Paré au début de l'internat. En staffs, cette médecin Docteure en éthique a le courage de remettre les prises en charge en question et de poser à voix haute les interrogations que certains soignants ne formulent que dans leur tête, contextualisant ses décisions. La méthodologie qualitative la passionne et me passionne en ce qu'elle permet de rentrer au contact de l'Autre, de ses points de vue, et offre une grande richesse de données.

Dans un premier temps, je vais vous proposer une définition de l'éthique et vous présenter le contexte médical ayant fait émerger le sujet de ce travail de thèse. Ensuite, j'exposerai le choix de la méthodologie de l'étude puis les résultats de l'analyse du verbatim des 9 médecins généralistes interrogés. Enfin, je discuterai la pertinence de ces résultats, leur concordance avec la littérature médicale et ferai émerger certaines pistes d'ouverture et de réflexion.

1 : Contexte

1.1 Qu'est-ce que l'éthique ? Qu'est-ce qu'une problématique éthique ?

Dans ce travail, je parlerai principalement d'éthique médicale, c'est-à-dire d'une éthique appliquée -contextualisée à la situation du patient ce qui implique de bien le connaître-, centrée sur le patient, issue d'une réflexion pluridisciplinaire menée « à froid », au calme, sans le patient, de manière pluridisciplinaire, en recoupant divers points de vue, des données et concepts juridiques, philosophiques et déontologiques.

Il existe plusieurs définitions de l'éthique, dont la notion se définit et évolue depuis l'Antiquité Grecque.

Je retiendrai celle de la commission de l'éthique en sciences et technologies québécoise (1).

La définition de l'éthique, liée à celle de la morale, s'en distingue toutefois : la morale d'un individu correspond à ses principes, à ses idées sur ce qui est bien et sur ce qui est mal. La morale, théorique, catégorise. Elle implique pour l'individu de se représenter un monde idéal. L'éthique médicale, quant à elle, est une démarche de réflexion pour « bien-agir », c'est-à-dire agir dans une situation donnée en respectant ses valeurs morales, en conformité avec ses principes. Le mot « éthique » dérive d'*ethos* qui signifie « manière de vivre ». L'éthique renvoie à la conduite des individus, à leurs actions... guidées -entre autres- par la morale. L'éthique médicale se distingue de la déontologie médicale en ce qu'elle fait intervenir une pluralité d'acteurs et de disciplines et donc une richesse particulière de points de vue.

La commission de l'éthique en sciences et technologies québécoise parle de l'éthique médicale comme d'une éthique appliquée (2): la réflexion éthique s'inscrit dans un contexte, en réponse à une situation vécue. Elle est utile dans des situations de conflits entre plusieurs valeurs morales auxquelles l'individu acteur du soin accorde de l'importance. Par problématiques éthiques,

nous entendons ces situations de conflits de valeurs rencontrées fréquemment par les soignants. *Exemple : un patient mineur relativement âgé, adolescent, consulte seul. Faut-il respecter - tous ? - ses secrets ou le médecin se doit-il d'informer -parfois ?- les parents ?* Pour le soignant vivant une situation de conflit éthique, il s'agit de s'interroger : dans ce contexte, quelle valeur a la plus grande importance à mes yeux ? Et pour quelles raisons ? Répondre à ces questions, c'est hiérarchiser des valeurs importantes et parfois contradictoires pour pouvoir prendre plus facilement une décision. En pratique, on parle de dilemme éthique lorsque la réflexion semble trop lourde à porter par un soignant seul. La discussion avec d'autres interlocuteurs aux points de vue différents permet alors de rétablir une certaine impartialité.

Dans leurs pages de présentation internet, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (3) et l'Espace Éthique d'Île-de-France (4) prêtent une grande importance au dialogue dans la réflexion éthique. Ces deux comités organisent d'ailleurs régulièrement des débats publics. L'éthique est rarement directive. Le but de ses débats n'est pas d'arriver à un consensus, d'apporter une conduite à tenir universelle dans une situation de dilemme éthique. D'abord, chaque patient étant différent, deux situations qui se ressemblent ne sont pourtant pas les mêmes. D'autre part, en faisant émerger des points de vue différents, ces débats font réfléchir chacun des participants, qui devra trouver sa propre réponse. L'éthique est autonomie.

L'éthique, pourtant, s'inscrit dans le contexte d'une société et de ses institutions. Ainsi, certaines décisions médicales sont régies par la loi. Ex : loi Claeys Léonetti pour la fin de vie, lois sur le secret médical, modalités d'accès à la PMA... L'histoire de la médecine, notamment la réalisation d'expérimentations médicales inacceptables sur des populations vulnérables au début du XXème siècle, a montré que, pour éviter les dérives, certaines décisions médicales devaient être encadrées par la loi. Si la loi s'impose aux médecins et dicte la conduite à tenir dans certains cas de dilemmes éthiques, elle ne les résout pas toujours et n'empêche pas la réflexion éthique. En limitant l'autonomie du médecin dans sa prise de décision, la loi fait même émerger

de nouveaux dilemmes éthiques dans certaines situations particulières. *Exemple : suivi dans une maternité d'une patiente VIH positive enceinte, au VIH mal contrôlé. La patiente ne souhaite pas informer le père de l'enfant. Selon les recommandations, l'enfant reçoit un traitement antirétroviral à la naissance. Les médecins savent qu'il existe un risque de contamination de la mère au père -et réciproquement, peut-être la mère a-t-elle d'ailleurs été contaminée par le père- et de la mère à son enfant. D'après la loi, le médecin a le devoir de respecter le secret médical de la mère. D'après la loi, le second responsable légal a un droit d'information sur les traitements de son enfant. Comment faire ? D'après la loi : ne pas mentionner le VIH de la mère. Expliquer le traitement antirétroviral de l'enfant au père s'il pose des questions. Dans cette situation médicale particulière, il peut donc y avoir un conflit entre ces deux obligations légales.*

Les dilemmes éthiques, y compris les plus anciens dilemmes, peuvent-ils être définitivement résolus ? Ils ne le peuvent pas, car l'éthique est contextualisée. La société évolue ainsi que ses normes. D'où l'intérêt de continuer à réfléchir en permanence...

Il existe de nombreuses approches de l'éthique. En éthique médicale, la réflexion utilise plusieurs approches, plusieurs outils. Citons-en deux exemples complémentaires :

Le principisme

Développé par Beauchamp et Childress, le principisme est un cadre de référence d'aide à la prise de décision. Il admet quatre principes moraux « universels » car communs : respect de l'autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice (5). L'arbitrage entre ces différents principes généraux est laissé aux acteurs de santé. La « spécification » est l'application de ces quatre principes aux différents contextes et situations cliniques.

L'approche dialogique ou socratique (6,7)

Inspirée par *l'Apologie de Socrate* de Platon, la finalité de cette approche n'est pas de concevoir des théories mais d'apprendre à se poser des questions pour mieux agir. « *Par le paradigme du dialogue, le clinicien teste et développe son expérience éthique à travers les trois volets de compétences que sont l'identification, la délibération et la traduction de la décision dans une action clinique dont il peut répondre.* » La réflexion éthique se fait en groupe avec les étapes suivantes :

. Partir d'une situation vécue

. La raconter

. Accepter un reflet critique constructif de ses propres raisonnements et de la gestion de cette situation pour développer sa réflexivité. « *Identifier les malaises, les inconforts, les sentiments d'indignité pour chacune des personnes impliquées, pour ensuite cibler les besoins de tous et imaginer par la suite des possibilités qui permettraient d'arriver à une solution raisonnable pour tous.* »

. Prendre conscience de tous les conflits entrant en jeu, de l'implication de valeurs

Le postulat préalable est que cette prise de conscience est une aide à prendre la décision la plus raisonnable possible.

Le dialogue de l'approche socratique répond à certaines règles, comme par exemple les principes d'Habermas, visant à obtenir une discussion équitable et décentrée : toutes les personnes concernées sont incluses dans la discussion, les exigences de chacun des participants sont équitablement reconnues par tous les autres,... (8)

1.2 Les épidémies de covid nous font réfléchir

Plusieurs articles (9–21) soulèvent l'apparition de problématiques éthiques liées au covid en médecine générale.

La majorité de ces articles portent sur la première vague épidémique de covid.

Le tiers de ces articles sont des études, qui interrogent ou exposent essentiellement le ressenti de professionnels de santé en soins primaires recueilli via des questionnaires (peu interrogent le ressenti de patients ou de leurs aidants). Les deux tiers de ces articles recensent des avis d'experts (comités d'éthique, collèges de médecins généralistes ou de soignants en soins primaires, expérience d'une « aidante-experte » d'une proche atteinte de la maladie d'Alzheimer...).

Ces articles abordent entre autres :

- Des problématiques éthiques liées à la contagiosité du covid, notamment
 - un manque d'équipements de protection individuels et d'accessibilité aux tests diagnostiques compromettant la santé des professionnels et des patients,
 - un retard de prise en charge des problématiques de santé non-covid (par peur de la contagion dans le cabinet de médecine générale)
 - des difficultés dans la protection du secret médical vis-à-vis du statut covid/ non-covid
 - les deuils confisqués (arrêt des visites aux proches mourants ou à la morgue, des cérémonies,...)
 - les problématiques de communication associées au port du masque : distanciation symbolique, parfois émotionnelle, difficultés à communiquer avec des patients sourds lisant sur les lèvres...
- Des problématiques associées au développement de la télémédecine (développée afin de réduire les risques de contagion) notamment :
 - un manque d'accessibilité aux téléconsultations pour certains patients

- des questionnements sur la qualité des téléconsultations par rapport aux consultations présentes où il est plus facile d'examiner les patients
- Des difficultés à suivre les recommandations changeantes pour les professionnels de santé
- Les conséquences sanitaires négatives de l'épidémie et des différents confinements (pourtant perçu comme un frein à la contagiosité du covid), notamment
- une augmentation de l'angoisse des patients (hausse des soins liés à la santé mentale)
- l'isolement des personnes fragiles, les conséquences de leur limitation d'activités
- Des enjeux éthiques liées aux restrictions de visite en EHPAD (confrontation entre intérêt général et principe d'autonomie)
- Des enjeux éthiques liées à la gestion des fins de vie au domicile et en EHPAD
- Des enjeux éthiques liés à la vaccination
- Des enjeux éthiques liés aux formes longues de COVID, notamment la stigmatisation des patients
- Un renforcement des inégalités d'accès aux soins dans un contexte de saturation des établissements de santé, notamment en défaveur des patients âgés (triage sur critère d'âge des patients admissibles en réanimation pendant la première vague, services d'UGA fermés et transformés en services de médecine adulte COVID,...)

1.3 Ressources des médecins généralistes

Face à ces problématiques spécifiques, quelques études (22–26) rapportent des stratégies locales mises en place à l'initiative des professionnels de santé en médecine de ville : l'usage de

la télé-médecine (encouragé et facilité par le gouvernement), la création de plages horaires spécifiques pour recevoir les patients suspects de covid ainsi que l'ouverture de centres dédiés covid, par exemple, font partie des stratégies pour réduire la contagiosité du covid. Le travail en équipe a parfois été renforcé (surtout lorsqu'il existait des dynamiques de coordination antérieures) avec parfois même la création de cellules de soutien éthique pluriprofessionnelles au sein de certaines structures de santé pluriprofessionnelles (22). Certaines structures de santé ont fait appel au bénévolat pour pallier au manque de matériel et de moyens humains et ont mis en place des procédures de diffusion d'informations. Des aides financières de l'Etat, des dons de particuliers et d'entreprises ont aidé ces adaptations. Ces études concernent en grande majorité la période du premier confinement.

Pendant la première période de confinement, certains médecins généralistes semblent avoir élaboré des stratégies locales pour répondre aux problématiques éthiques spécifiques à l'épidémie de coronavirus.

1.4 Hors contexte épidémique, quelle place l'éthique occupe-t-elle en médecine générale ?

En dehors de l'épidémie de covid, les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des problématiques éthiques.

En 2015, dans le cadre de sa thèse de médecine générale (27), A. Cella enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrits au registre de l'URPS. Parmi les 137 répondants à son questionnaire, 74% déclarent avoir déjà été confrontés à un conflit éthique. 72% seraient intéressés par l'aide d'un interlocuteur éthique spécifique.

Si la grande majorité des études s'intéresse à l'éthique hospitalière, l'importance et la fréquence des problématiques éthiques en médecine générale ont déjà été relevées dans la littérature (28–30). En 2001, sur les 47 médecins généralistes suédois interrogés par entretiens semi-dirigés

(30), 87% déclarent être fréquemment confrontés à des conflits éthiques (au moins une fois par semaine).

En 2023, pourtant, peu d'études abordent les recours des médecins généralistes face aux problématiques éthiques rencontrées au cours de leur exercice.

Les médecins généralistes semblent peu impliqués dans des comités et centres de réflexion éthiques multidisciplinaires. Ces dispositifs, essentiellement reliés au milieu hospitalier et à certains réseaux de soins (réseaux de soins palliatifs, dispositifs MAIA...), leur sont-ils connus et accessibles ? Peut-être pas : par exemple, en novembre 2020, le Comité Consultatif National d'Éthique recommande la création de cellules de soutien éthique régionales pour répondre aux différentes problématiques éthiques liées au covid (31). En avril 2020, l'Espace éthique Île-de-France déclare qu'« en écho avec les préconisations du Comité consultatif national d'éthique, des cellules éthiques de soutien se sont mises en place dans un grand nombre d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'Île-de-France. » (32) Pourtant, si certaines régions ont mis en place des dispositifs facilement accessibles sur internet, comme la région Bourgogne Franche-Comté (33), depuis le début de la recherche bibliographique en 2021, aucun formulaire de contact ne semble disponible en ligne pour saisir une cellule de soutien éthique en Ile-de-France. Alors, comment la solliciter en tant que médecin généraliste ?

La définition même de l'Espace de réflexion Éthique d'Île-de-France (34), sans doute liée à son origine -initialement Espace éthique de l'AP-HP-, semble attribuer une priorité à l'éthique hospitalière par rapport à l'éthique des soins primaires : « Un Espace éthique se définit comme un lieu d'échange, d'enseignements universitaires, de formations, de recherches, d'évaluation et de propositions *portant sur l'éthique hospitalière et du soin* ». Les soins autres qu'hospitaliers (dont les soins primaires) sont relayés au second plan. En théorie, il est toutefois possible de contacter l'Espace Éthique d'Île-de-France et le CCNE via des adresses mails ou un formulaire mis à disposition sur leurs sites internet respectifs.

—> Hors situation de crise (adaptation à l'épidémie de covid), quels sont les recours des médecins généralistes face aux différences problématiques éthiques qu'ils identifient dans leur exercice ?

Ces stratégies d'adaptation constructives me semblent intéressantes à connaître (et à réutiliser ?). Il me semble également important d'identifier d'éventuels besoins des médecins généralistes face aux problématiques éthiques rencontrées au cours de leur exercice (besoin ressenti ou non d'un recours à des interlocuteurs spécifiques ?) afin de pouvoir si nécessaire réfléchir à leur proposer une aide.

En accord avec l'importance des débats relevée par le CCNE et le comité d'éthique d'Ile-de-France, une des études sus-citées semble suggérer l'intérêt pour les médecins généralistes d'échanger par rapport à leurs dilemmes éthiques : cette étude qualitative suédoise (30) interroge 47 médecins généralistes sur un éventuel besoin d'échange -et avec qui ?- par rapport aux différentes problématiques éthiques qu'ils identifient au cours de leur exercice. Certains médecins généralistes déclarent discuter déjà de leurs dilemmes éthiques avec des collègues -de manière plus ou moins formelle-, ou bien avec des amis ou des membres de la famille. L'ouverture des échanges éthiques à des personnes non soignantes, qui pose peut-être encore davantage la question du respect du secret médical, est intéressante : les médecins généralistes recherchent-ils des points de vue différents du leur par rapport aux conflits éthiques qu'ils rencontrent - points de vue de patients, d'aidants ?- ? Certains médecins généralistes déclarent participer à des formations continues ou des groupes Balint, mais très peu échangent sur leurs problématiques éthiques lors de ces occasions. Presque tous les médecins déclarent souhaiter plus de temps d'échange par rapport à leurs problématiques éthiques. Interroger les recours des médecins généralistes face aux différentes problématiques identifiées pendant l'exercice n'est toute-

fois pas l'objectif principal de l'étude. La question des échanges est abordée de manière fermée : « *Do you feel a need of discuss such ethical issues ? If so, with whom ?* », ce qui peut induire, diriger les réponses.

Les formations seraient-elles également un recours face aux problématiques éthiques ?

Les situations de fin de vie sont à l'origine de nombreux conflits éthiques. (27) Deux études finlandaises, dont les résultats ont été collectés sous forme de réponses à des questionnaires, suggèrent que les formations pourraient être un recours dans ces situations. (35,36). La première, réalisée auprès de médecins généralistes, montre une association entre le suivi d'une formation web de 1 an en soins palliatifs et la satisfaction au travail : après avoir été formés, les médecins généralistes se disent plus satisfaits dans leur travail. La seconde compare les prises en charge de médecins formés en oncologie et en soins palliatifs d'oncologie vs d'autres médecins dans une situation virtuelle de fin de vie. D'après cette étude, les médecins compétents en soins palliatifs tendraient vers des pratiques médicales moins « agressives ».

—> En situation de conflits éthiques, les prises de décision sont-elles influencées par la formation et perçues comme plus satisfaisantes ? Ou les médecins choisissant de se former aux soins palliatifs ont-ils une disposition d'esprit particulière, qui les poussent à pratiquer une médecine moins agressive ?

Une étude qualitative (37) réalisée en Corée du Sud interroge les stratégies d'adaptation d'infirmier(e)s hospitalier(e)s dans des situations de dilemmes éthiques. La réflexivité -en l'occurrence, faire l'effort de continuer à se questionner, faire l'effort d'agir selon son intégrité morale, pratiquer l'écriture réflexive, échanger avec les collègues- ainsi que la communication -jouer le rôle d'avocat pour défendre ce qui nous tient à cœur, jouer le rôle de médiateur, par exemple dans une situation de conflit éthique impliquant un patient et un médecin- y sont soulignées comme des ressources importantes.

—> Qu'en est-il pour les médecins généralistes d'Île-de-France en 2023 ?

Dans ce travail de thèse, j'ai voulu m'interroger sur les recours des médecins généralistes d'Île-de-France -région où je souhaite exercer- face aux différentes situations de problématiques éthiques rencontrées au cours de leur exercice. Quelles situations leur posent des problèmes ? Quelles sont leurs stratégies d'adaptation ? Quels besoins identifient-ils en termes de ressources éthiques ? S'ils en formulent le besoin, l'accès à certaines ressources, comme à des formations en éthique ou à l'avis de comités d'éthique pourraient sans doute être créés ou leur être facilités.

2 : Matériel et méthodes

La question des ressources des médecins généralistes français face aux problématiques identifiées pendant leur exercice ayant été, à ma connaissance, très peu étudiée, une exploration par méthode qualitative m'a semblée appropriée, permettant de recueillir des données riches, personnelles et variées. Il s'agit de réaliser des entretiens semi-dirigés sous forme de questions semi-ouvertes, sans à priori, en dirigeant le moins possible les réponses, afin de laisser le plus de champs de réflexion possible aux personnes questionnées.

Le guide d'entretien a été réalisé sous forme de carte mentale pour son ludisme -aspect visuel- et l'absence de questions toutes rédigées, qui permet un échange plus spontané et de ne pas poser une question si les réponses ont été données spontanément. La carte mentale a été réalisée à partir des réflexions de l'étudiante en thèse, de sa directrice de thèse et du travail de recherche bibliographique réalisé en amont de l'étude. (Cf annexe n°1 « carte mentale »).

La première question posée aux participants, question « brise-glace » était la même pour tous : « *Quand je vous dis « problématique éthique », qu'est-ce que ça vous évoque ?* ».

L'analyse du verbatim s'est inspirée de l'analyse qualitative thématique de contenu selon la méthodologie de Braun et Clarke (38), analyse phénoménologique. Le verbatim de chaque entretien est regroupé en sous-thèmes. Puis les sous-thèmes sont regroupés en thèmes. Certains thèmes sont récurrents au sein du même entretien ou d'un entretien à l'autre.

Cette thèse n'impliquant pas la personne humaine, l'étude a fait l'objet d'une simple déclaration à la CNIL. Une note d'information a été envoyée à tous les participants. Voir annexe 2.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Les participants étaient prévenus à l'oral et par mail (voir notice d'information) que l'entretien serait enregistré au format audio avant sa retranscription complète et son analyse.

3 : Population d'étude

L'étude s'intéresse aux médecins généralistes d'Ile-de-France par soucis de praticité. Elle a été réalisée dans les départements 91, 92, 93, 75 et 78. Les médecins généralistes ont été recrutés par convenance. Ils devaient également être recrutés par la méthode de la boule de neige. En pratique, cette méthode ne s'est pas montrée très efficace.

4 : Résultats

4.1 Recrutement

Tous les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont été contactés directement par l'investigatrice principale par SMS ou par mail. Sur les 26 médecins généralistes contactés - directement ou indirectement- 9 ont accepté de participer à l'étude. Aucun médecin contacté indirectement -par des proches, par les médecins interrogés à l'issu des entretiens- n'a répondu positivement à l'annonce.

Parmi les 17 médecins généralistes contactés n'ayant pas participé à l'étude, 15 n'ont pas répondu à l'annonce. Les deux autres médecins n'ayant pas participé ont explicité les raisons de leur refus : un médecin a refusé de participer à l'étude car il n'identifiait pas de problématique éthique au cours de son exercice. Une médecin a refusé de participer à l'étude car elle ne se sentait pas à l'aise avec le format d'entretien (dématérialisé et enregistré).

4.2 Caractéristiques des entretiens et profil des participants (cf. annexe 3)

Sept entretiens ont duré environ 30 minutes, 2 entretiens ont duré environ 1 heure. Les entretiens ont été réalisés sur deux courtes périodes : la première en octobre 2021, la seconde en mars 2022.

Sur les 9 médecins généralistes participants, 4 étaient des femmes, 5 étaient des hommes.

L'expérience professionnelle des praticiens interrogés allait de quelques mois voire quelques années à plus de 30 ans (3/9 médecins).

Les activités des médecins généralistes interrogés étaient assez variées. Près de la moitié (4/9 médecins) étaient maitres de stage. La plupart (6/9 médecins) réalisaient / avaient expérimenté la téléconsultation, en particulier dans le contexte du COVID. Trois médecins travaillaient chez SOS médecin : en plus des visites à domicile, leur activité intégrait des consultations de premier recours et de la régulation. Parmi eux, un médecin travaillait de nuit. Une médecin n'était pas

installée et effectuait des remplacements. Un médecin avait une activité partagée entre la ville et l'hôpital. Les médecins travaillaient soit dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, soient dans des cabinets de groupe. Un médecin effectuait des astreintes au Tribunal.

Tous les médecins interrogés exerçaient en région parisienne dans des communes urbaines (91, 92, 93, 75, 78).

Aucun n'avait reçu de formation particulière et spécifique à l'éthique. La plupart (5/9 médecins) avaient passé des diplômes complémentaires à la thèse de médecine (DU, DESC, masters, CAMU,...). Un médecin avait un DESC de gériatrie. Tous évoquaient une formation continue régulière.

4.3 Analyse du verbatim

4.3.1 Définition du mot éthique

A la question : « *Quand je vous dis « problématiques éthiques », qu'est-ce que ça vous évoque ?* », la plupart des médecins définissent le mot éthique (5/9 médecins).

Selon les médecins interrogés, le mot « éthique » revêt différentes définitions. Alors que pour certains, l'éthique est synonyme de morale... « *Ma morale personnelle. L'éthique c'est déjà l'éthique personnelle.* », pour une autre, il s'agit de respecter à la fois la morale du praticien et celle du patient... « *respecter le patient dans sa globalité* », pour un autre, l'éthique est le respect du médico-légal... « *L'éthique, c'est un peu la loi, quand même !* ». Une autre y voit une contradiction entre la prise en charge idéale et la prise en charge possible « *C'est ça que je devrais faire mais je sais que ça ne va pas être possible à mettre en place.* ». Enfin, pour deux autres, elle correspond à des questionnements sans réponse évidente « *c'est habituellement des soucis qu'on se pose assez fréquemment en médecine qui ont pas de réponse dans nos livres !* »

4.3.2 Thèmes des problématiques éthiques abordées par les médecins

Au cours des entretiens, tous les médecins interrogés ont identifié au moins une situation de problématique éthique au cours de leur exercice. Les thèmes abordés sont variés : la fin de vie, l'identification de conflits d'intérêt (médecin vs patient, conscience professionnelle vs personnelle du médecin ou prise en charge optimale théorique vs moyens réels), la grossesse, la génétique, la transmission, le secret médical, les dérives du droit à l'information et la perte d'autonomie. Les téléconsultations, la régulation ainsi que les visites à domicile ont soulevé des questionnements particuliers. Un médecin effectuant de la recherche a également évoqué les questionnements éthiques au cours de l'encadrement de thèses. A la question sur la fréquence des dilemmes éthiques rencontrés, six médecins généralistes évoquent une occurrence quotidienne. Mais deux d'entre eux précisent que les situations les plus difficiles, « lourdes », « où je me pose pas mal de questions », sont moins fréquentes : mensuelles. Deux autres médecins identifient les situations de problématiques éthiques comme rares. Un médecin ne souhaite pas apporter de réponse à cette « question mathématique ».

Fin de vie

La fin de vie a été citée par six des médecins interrogés.

Deux d'entre eux n'ont pas développé plus précisément le sujet. Pour ceux qui ont fait part d'expériences personnelles, le vocabulaire est puissant -usage de superlatifs-, avec des mots au sens parfois violent : « *à faire des sédations terminales un petit peu sauvages* », « *Un monsieur qui n'en pouvait plus... qui voulait que ça s'arrête. Alors il voulait qu'on débranche la machine* », « *Il était très demandeur d'une euthanasie très active* ». Les médecins expriment des difficultés affectives à gérer les situations abordées : « *j'étais très mal à l'aise* », « *Enfin tu vois, même, d'en reparler, je suis pas...* », « *c'était très très compliqué* », « *des situations très délicates* ».

Conflits de valeurs (évoqués par 6/9 médecins)

Entre une prise en charge idéale et les moyens réellement disponibles (4/9 médecins)

« Si j'envoie un patient aux urgences, le patient va vivre l'enfer ! (...) Je pense que c'est éthique de ne pas faire attendre quelqu'un qui souffre ». Ces conflits sont d'autant plus fréquents pour des patients vulnérables comme les patients non bénéficiaires de la sécurité sociale : « des patients qu'on ne peut pas prendre en charge parce qu'il faut attendre « tant de mois » pour qu'ils aient leur prise en charge ». La difficulté à répondre à l'ensemble des demandes médicales a été soulevée de nombreuses fois au cours des conversations (7/9 médecins) et a parfois (2/9 médecins) été identifiée comme une cause de conflit de valeurs : « j'ai pris le parti d'accepter tout le monde... le tout c'est que maintenant j'ai plus beaucoup de places. », « Plus tu passes de temps avec un patient, moins tu peux en voir ».

Entre le médecin et le patient (4/9 médecins) « des fois on fait des choses qui sont pas politiquement correctes ou médicalement correctes mais qui nous permettent de rester en lien avec le patient et de garder cette alliance thérapeutique dont on parle », « Mais... Est-ce que j'aurais dû être plus agressive : faut aller à l'hôpital, faut traiter cette métastase ! Qui je suis pour imposer ma façon de penser ? »

Entre la conscience professionnelle et personnelle du médecin (2/9 médecins)

« En plus, X comme moi on est profondément croyantes, alors c'était très très compliqué »

Autour de la grossesse et de la transmission (thématique évoquée par 3/9 médecins)

Deux médecins évoquent des problématiques liées à l'IVG « quand il y a désaccord sur les méthodes d'IVG entre les deux partenaires ». Un médecin évoque les problématiques associées à l'éventualité de la transmission génétique d'une maladie (exemple : cancer du sein)... « savoir si j'ai refilé tel gène à mon gamin ou à ma gamine qui va avoir un cancer du sein (...) Je trouve ça lourd à porter ». Cette médecin se questionne sur la manière de présenter le dépistage de la

trisomie 21...« *Avant j'étais beaucoup plus rigide, je disais "bah c'est pas la peine de le faire si vous êtes persuadée que vous ferez pas d'avortement !". J'ai changé d'avis.* »... ainsi que sur l'impact psychologique de l'annonce d'une fausse couche lorsque la grossesse était ignorée « *Si je lui annonce qu'elle a fait une fausse couche je la déprime peut-être pour les années à venir.* ».

Le secret médical

Les questionnements autour du secret médical ont été très souvent cités (7/9 médecins), notamment sur les sujets :

. de la sexualité (3/9 médecins) « *BHCG (...) il faut trouver une autre justification vis-à-vis des parents* »

. de la transmission de maladies infectieuses (3/9 médecins) « *Une femme qui est séropositive pour le VIH, mariée, qui ne veut pas qu'on le dise à son mari* », « *Tu vois ce qui s'est passé avec le covid* »

Certains contextes sont propices à des difficultés à respecter le secret médical....

. les situations de perte d'autonomie « *la patiente commençait à plus être un interlocuteur fiable. Et après... ben... elle s'entendait pas bien avec ses enfants. Comment j'allais communiquer ?* »

. les visites à domicile « *en travaillant la nuit à domicile très souvent, quand j'arrive chez les patients, ils vont être : donc il va y avoir le patient, il va y avoir son conjoint, sa conjointe ou... pour les personnes âgées les enfants vont être présents sur place ! (...) la première chose à laquelle je suis confronté et donc ça va être d'obtenir le consentement du patient pour que son conjoint sorte ou son conjoint reste.* »

. les patients détenus « *on doit communiquer les informations aux agents de police pour la surveillance* »

. l'utilisation d'un logiciel médical commun « *le fait qu'on soit plusieurs médecins, qu'il y ait plusieurs intervenants* »

. l'utilisation d'internet « *on clique à la place de la personne donc déjà je trouve ça un petit peu... Enfin, c'est très pervers !* »

. les « choix implicites » « *ils te demandent de... de t'opposer à la création du dossier du numérique. En fait, tu ne consens pas à ce qu'il soit créé ! Il faut que tu t'opposes, et ça, moi, c'est des principes qui m'agacent beaucoup.* »

. la transmission d'informations médicales d'un personnel à un autre ou d'une structure de soins à une autre « *Donc là, je romps un peu le secret médical là-dessus mais c'est avec un médecin qui va théoriquement prendre en charge le patient juste après* »

Cas particulier de la téléconsultation

Sur les neuf médecins interrogés, sept la pratiquent occasionnellement depuis l'épidémie de covid. Parmi les deux médecins qui ne pratiquent pas la téléconsultation, l'une pense la mettre en place dans quelques temps -après une meilleure connaissance de sa patientèle- tandis que l'autre n'est pas motivée « *on freine des quatre fers* ». La téléconsultation semble soulever des questionnements éthiques particuliers... D'une part, celle du secret médical, car on ne connaît pas l'environnement dans lequel le patient se trouve : « *si vous voulez respecter le secret médical, il faut que vous soyez seul dans la pièce, ou que vous mettiez des écouteurs* ». D'autre part, huit médecins sur neuf décrivent spontanément ce mode d'exercice comme un acte moins qualitatif qu'une consultation présenteielle, n'hésitant pas à employer des mots péjoratifs... Cet exercice leur semble plus à risque, pour les patients et le médecin, malgré sa rentabilité financière et ses quelques avantages, notamment la réduction du risque infectieux pendant l'épidémie de COVID : « *ça reste quand même un acte dégradé !* », « *c'est hyper rentable. (...)* Mais « *douleur abdo* » par téléphone, je vois pas comment... Et puis les procès ils commencent à tomber, hein ! ». De ce fait, deux médecins expliquent convoquer régulièrement les patients au cabinet après une téléconsultation. « *Et c'est un peu frustrant de dire : « bah, va falloir revenir demain !* ».

Les revers du droit à l'information (2/9 médecins)

Deux médecins évoquent les revers du droit à l'information :

. des informations ou des diagnostics parfois anxiogènes « *On arrive dans des modes où soi-disant il faut tout dire au patient. Je pense que c'est faux. (...) Il y a des gens, plus ils en savent, plus c'est anxiogène* »

. des diagnostics parfois inutiles et stigmatisants (exemple : étiquette haut potentiel chez un enfant) « *Tu l'as entouré ! Tu lui as appris qu'il était différent ! (...) et le gamin il en fait quoi ?* »

La régulation

Pour un des médecins interrogés travaillant chez SOS médecin, la régulation soulève des questionnements particuliers : celle de la légitimité des demandes médicales, parfois perçues comme abusives... avec le risque de passer à côté d'une urgence en cas de banalisation. « *Sachant qu'il y a de plus en plus de « chantages » c'est-à-dire des patients qui vont te dire (...) « mais du coup, si je meurs, c'est de votre faute ! » ou en disant « oui mais je vous avais pas dit : j'ai mal dans la poitrine maintenant ! ».* »

Consentement et perte d'autonomie

La question du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et de ses conditions peut poser des difficultés aux médecins généralistes interrogés (cité par 3 médecins) « *Pour les demandes d'EHPAD ? Par exemple : le patient il veut pas, la famille elle en peut plus euh... C'est compliqué.* »

Recherche

Enfin, un des médecins se pose des questions éthiques lors de l'encadrement de thèses : « *je pense au côté « thèses »* ».

4.3.3 Recours face aux problématiques éthiques

Face aux différentes situations de problématiques éthiques sus-citées, tous les médecins ont mis en place des stratégies. Echanger, adapter la communication, chercher une réponse dans la loi, adapter l'organisation des soins pour « court-circuiter » les problématiques éthiques, se former et parfois passer la main en font partie. L'introspection est présente dans certains discours mais n'est pas évoquée comme une stratégie d'adaptation aux dilemmes éthiques.

Echanger (9 médecins sur 9)

L'échange semble occuper une place primordiale dans la gestion des situations impliquant des problématiques éthiques puisqu'il est développé par tous les médecins interrogés. Les mots « appel » et « collègue » (cf. nuage annexe 4 nuages de mots) reviennent d'ailleurs chacun plus de 30 fois dans leur verbatim. Les échanges avec d'autres apporteraient à la fois un autre point de vue, des idées concrètes et nouvelles pour répondre à la problématique éthique... ainsi que de l'écoute. En effet, la plupart des médecins interrogés (7/9 médecins) identifient la réassurance comme essentielle dans ces situations de doute qui leur pèsent : « *ça peut décomplexer par rapport à ce qu'on a pu faire -ou pas-* », « *pour soulager la charge émotionnelle* », « *Soit de la réassurance... soit à l'opposé, une solution à laquelle tu n'as pas pensé* », « *parfois ça permet d'avoir un avis extérieur* ». Pour les médecins interrogés, la diversité des profils des interlocuteurs, à la fois des expériences et des personnalités, semble être un atout particulier dans ces échanges : « *parce que les médecins avec qui je travaille bon il y a un c'est un vieux de la vieille (...) Donc oui moi ça m'apporte.* » -propos rapportés par une jeune médecin-, « *Et comme on est des personnalités assez différentes, ça donne des choses assez variées, quoi !* ». Un climat de respect est également une condition indispensable : « *on essaie d'être dans le non jugement* ». Une bonne entente est parfois perçue comme essentielle... « *Eventuellement, j'appelle un copain avec qui je m'entends bien, un collègue, je lui soumetts la problématique* » ... ou parfois au contraire comme un frein à la diversité d'opinions « *on se*

connaît tous très bien, on s'entend très bien. Parfois, on a du mal à changer de regard, on va tous avoir un peu le même regard sur la situation ». Le covid (cité plus de 20 fois dans les entretiens) est vu comme un perturbateur de l'organisation du cabinet et des échanges « *avant le COVID, l'avantage c'est que on mangeait toujours avec la collègue qui était là...* ». Les échanges avec des collègues ne sont pas nécessairement identifiés comme potentiellement vecteurs de problématiques de rupture du secret médical « *Ils ont dans leur contrat avec SOS médecins... enfin... des clauses qui font qu'on peut leur faire confiance normalement* ». Certains médecins informent toutefois le patient de la possibilité d'échanges avec leurs collègues « *Je leur dis que moi je vais essayer d'en discuter avec mes collègues* ».

Les échanges peuvent s'organiser de manière formelle ou informelle.

Echanges formels

Réunions de concertation pluriprofessionnelles (citées par 2/9 médecins)

Deux médecins participent aux réunions de concertation pluriprofessionnelles « cas complexes » organisées au sein de leurs maisons de santé. Une occasion d'échanger en cas de problématique éthique non résolue : « *avant la RCP, en vrai, le premier réflexe c'est que je vais en parler à un collègue... (...) et si je sens que le collègue est un peu comme moi en mode « ouh là là, c'est compliqué, blabla » là on se dit « ok, on va faire une RCP ».* » .

Qui participe alors aux RCP ? « *Tous les soignants dispos le jour de la RCP. (...) On est généralistes, sage-femmes, orthophonistes, infirmiers, psychiatres, psychologues. (...) ça peut être un échange avec l'assistante sociale* », « *4 médecins généralistes. (...) Avec une orthophoniste, une podologue, une diététicienne, une psychiatre, trois infirmiers... une dermato maintenant.* »

Groupes de pairs (cités par 3 médecins)

A la différence des réunions de concertation pluridisciplinaire, les groupes de pairs sont des lieux d'échanges entre médecins généralistes uniquement. « *J'en parle beaucoup avec mes...*

enfin, avec le groupe de pairs (...) sur une situation, chacun dit un peu comment il aurait pu le gérer lui... ou il aurait eu envie de le gérer. ». Certains groupes de pairs se sont dissous au moment du covid : « ça s'est délité surtout par la force du covid ».

Ordre des médecins (cité par 4 médecins)

L'Ordre des médecins est également cité comme structure de référence pour des échanges, notamment en cas de doute sur les textes de lois : « *On reçoit un questionnaire des assurances qui doit faire... 5, 6 pages, généralement ! (...) Et ça j'en ai parlé avec le conseil de l'ordre, ils m'ont expliqué que j'avais pas d'obligation de le remplir. ».*

CPTS (cité par 1 médecin)

« C'est une communauté professionnelle territoriale de santé justement pour essayer de discuter un peu. C'est l'ARS qui a mis en place ça. Ce qui a pour but éventuellement de mettre en contact les professionnels de santé et d'améliorer la communication pour faciliter l'accès aux soins des usagers... (...) il y a une équipe de coordinateurs de l'ARS et après il y a des professionnels un peu de tout bord médicaux et paramédicaux du secteur »

Médecins hospitaliers (cités par 2 médecins)

« Il y a toujours la possibilité d'appeler des référents hospitaliers pour avoir des avis »

Formations (citées par 1 médecin)

« il y a des formations FAF où là c'est plus des lieux d'échanges »

Etudiants (cités par 2 /9 médecins)

« l'autre moyen de rester à jour de tout, là aussi, c'est d'être maître de stage, c'est important. On peut pas tout lire non plus hein ! Mais les internes -plus que les externes- ont aussi des cours dans lesquels on les met à jour sur tout ça et on échange avec eux. C'est un moyen aussi d'être à jour avec la réglementation, la législation. »

Consultation à plusieurs

Cette possibilité a été évoquée pour les consultations hospitalières d'un médecin généraliste à l'activité partagée : « à l'hôpital, on peut proposer de recevoir le patient à plusieurs »

Echanges informels

Avec des soignants (évoqués par 7 médecins)

Les échanges informels se font en direct ou par téléphone : « j'appelle un copain avec qui je m'entends bien », « disons que quand on se retrouve entre nous le midi, en fait on en parle quoi. », « Ça peut arriver autour d'un café, de parler d'une situation. C'est pas quelque chose dans tous les cas de bien cadré. », « un peu en mode « discussion de comptoir », « j'étais toujours en lien avec un psychologue donc ça m'a permis d'en parler... d'élaborer avec », parfois sur WhatsApp (cité deux fois) : « On a un groupe WhatsApp sur lequel on discute ».

Les soignants ne sont pas toujours des médecins généralistes « je pense que c'est intéressant d'avoir un regard d'un soignant qui fait pas du tout la même chose ».

Quid des proches non soignants ?

Là où un médecin identifie un danger particulier -rupture du secret médical- et perçoit une plus faible qualité d'échanges avec des proches non soignants... « quand les gens... on échange avec des non soignants, ils peuvent être -bon des fois ils t'apportent un regard intéressant, de toute façon les regards "autres" sont toujours intéressants- mais il leur manque cette dimension-là, quand même, je trouve ! (...) j'attends plus et j'ai plus de retour, je dirais, de satisfaction... En tout cas, d'apports par des gens qui sont dans le soin d'une façon ou d'une autre. (...) et... les amis. Les amis, ça reste des amis. D'abord je veux être toujours respectueuse du secret professionnel donc j'essaie de pas... Et ils réagissent beaucoup avec l'affect aussi, en fonction de ce que tu es toi quoi ! »... d'autres y voient des avantages, comme une facilité à se confier (3/9 médecins) et potentiellement un point de vue intéressant (1/9 médecins) : « Ça fait du bien d'en parler à quelqu'un qui est pas dans le milieu médical (...) savoir si j'ai utilisé le bon niveau de langage ? (...) en parlant avec un non soignant, il se mettra

plus facilement à la place du patient (...) Parce que pour moi, ce qui compte le plus dans ces moments-là, en fait, c'est : « qu'est ce que le patient a ressenti ? comment il a vécu la situation ? » (...) Et bon, voilà, j'ai toute confiance en lui là-dessus », « Donc là je parle de la famille. Je n'attends pas de conseils... juste qu'on m'entende en disant « là c'est vraiment très compliqué » »

Echanges informels avec les patients

Au sujet du dépistage de la trisomie 21, une médecin me dit avoir modifié l'ensemble de sa pratique après avoir entendu le point de vue d'une patiente qu'elle a trouvé particulièrement intéressant « ... probablement par une de mes patientes ! Qui m'avait dit « je ne veux pas, je ne ferai jamais d'avortement thérapeutique (...) » « Par contre je veux me préparer à l'accueillir » Et là j'ai dit « Putain mais c'est bien sûr, comment j'ai pas pensé avant ? » »

Adapter sa communication

Malgré différentes stratégies, la communication n'est pas toujours évidente, notamment en cas de diagnostic ou de suspicion de maladie grave : « Dire que c'est moi qui suis dans l'incertitude (...) comme ça, je reporte un peu la gravité sur mon incertitude », « Il faut que toi tu l'aies accepté ! Parce qu'il y a des diagnostics qui sont hyper violents même pour nous », « Du coup vous allez devoir passer aux urgences. Donc là je leur fais un courrier médical où -si je peux mettre un langage médical suffisamment obscur pour qu'ils puissent lire le courrier mais pas comprendre ». Voici les stratégies identifiées :

Verbaliser la présence d'un dilemme (1/9 médecins)

« généralement je leur dis que c'est complexe, que c'est compliqué »

Utiliser la liberté de rythme et le suivi qu'offre l'exercice de la médecine générale (4/9 médecins)

Consacrer du temps au patient

« L'intérêt de la visite c'est que vraiment on peut prendre le temps qu'on veut »

Temporiser, suivre

« On ne prend pas de décision seul. Je pense qu'on essaye de faire avancer la situation ou de la faire évoluer. (...) Le lien avec le patient, je pense ça joue beaucoup aussi. (...) Il y a aussi comment le patient chemine de son côté. »

En cas de conflit d'intérêt médecin/ patient, écouter le patient, l'informer... et le laisser choisir (4/9 médecins)

Le mot « patient » (cf. annexe 4 nuage de mots) est le mot le plus fréquemment cité dans le verbatim des médecins généralistes interrogés (267 fois), suggérant une place centrale du patient au cœur des réflexions éthiques. Les mots « gens » et « personne », renvoyant à l'humanité des patients font également partie des plus fréquemment employés (plus de 100 fois chacun). Le mot « situation », très répété (plus de 100 occurrences), évoque une contextualisation de la réflexion éthique par rapport à la situation du patient.

« je vais passer en mode « exploration » à poser que des questions ouvertes au patient, à essayer de vraiment décortiquer les situations pour moi arriver à voir comment ce que je trouve complexe... comment ça va pouvoir être démêlé quoi. Et à la fin, on échange sur des propositions éventuelles. », « avec pas mal d'outils qu'on retrouve en entretien motivationnel. », « notre boulot c'est de proposer, c'est de renseigner mais c'est à eux de faire les choix »

Quand le patient est vulnérable au point que sa capacité de jugement est mise en doute, les décisions restent compliquées (3/9 médecins)

Dans certaines situations particulières de vulnérabilité du patient, comme la perte d'autonomie, si le médecin évalue que le respect de la volonté du patient peut le mettre en danger, il ne la respecte pas toujours, dérogeant au principe de l'autonomie : *« pour les demandes d'EHPAD ? Par exemple : le patient il veut pas, la famille elle en peut plus euh... **Silence.** C'est compliqué !*

*(...) donc on fait le papier quand même, et puis voilà. Et puis je le remets avec la carte vitale et en général c'est la personne qui prend la carte vitale qui prend le papier. Pas souvent le patient mais... **Rire.** »*

Poser la question du consentement, parfois plusieurs fois (3/9 médecins)

« Le souci c'est que généralement c'est un consentement initial mais les gens ne savent pas les questions que je vais poser après... Donc moi je... régulièrement je repose la question au fur et à mesure de l'interrogatoire »

Vérifier l'identité de son interlocuteur (évoqué par 1/9 médecins)

« [je leur laisse mon adresse mail] Comme ça, quand ils me recontactent, je leur demande d'envoyer une pièce d'identité pour vérifier que c'est bien un proche au premier degré et pour leur réadresser dans ce cas-là. »

Courriers ouverts (évoqué par 1/9 médecins)

« Tous les courriers que je remets aux patients, ils sont ouverts (...) le patient sait ce que je vais dire au professionnel. Souvent quand c'est un courrier simple je leur lis »

Mentir (évoqué par 1/9 médecins)

Un médecin évoque sa réponse aux demandes de délivrance de tramadol et de subutex par des patients détenus ne présentant aucun symptôme de sevrage depuis 48 heures et qu'il suspecte alors de trafics de stupéfiants : *« C'est des médicaments que j'ai pas. Mais par contre je peux vous donner un atarax et peut-être un seresta si vous êtes sympa ! »*

Chercher une réponse dans la loi

Une aide (6/9 médecins)

La loi est parfois vue comme une aide pour trancher ou justifier des décisions, un moyen de protéger les patient *« Les assurances, pour garder le secret médical, je leur remets rien, j'ai un*

papier prévu à l'avance où je leur remets qu'ils ont pas le droit de me demander, avec des articles de loi (...) et que si ils me demandent ils sont passibles de un an d'emprisonnement », « La loi elle est quand même là pour protéger le patient. », « la législation te dit « pas de violation du secret médical ». Point. »

Des limites à la loi (6/9 médecins)

La loi est parfois identifiée comme une source de préoccupations à l'origine de conflits d'intérêt entre le souci du patient et les craintes du médecin « Après, nous on en voit finalement un peu la limite... avec des patients qui ont tendance à porter de plus en plus souvent plainte. », « En sachant que la médecine, il y a vraiment ce côté « cas par cas ». Avec chaque patient, il faut essayer de s'adapter. Que l'éthique, c'est un cadre rigide qui je pense est relativement bien fait. Qui permet de protéger les patients. Mais que il y a des cas particuliers en fait qui rentreront pas vraiment là-dedans. », « Pour moi faut vraiment bien connaître le cadre de base pour savoir quand le dépasses et savoir comment tu le dépasses. Comme ça tu fais pas vraiment n'importe quoi. C'est un peu le principe de faire un excès de vitesse en étant conscient que tu fais un excès de vitesse. En te disant « bon, ben voilà, je roule un petit peu plus vite que la limite de vitesse, je le sais et si je me fais arrêter je serais responsable de cet excès de vitesse mais bon je vais le faire à l'endroit où ça me semble pas dangereux de le faire ». », « On est obligés, parce que les patients ne veulent pas, de contourner un peu ces règles », « ils m'avaient pas aidée du tout parce que ils m'avaient dit la loi Léonetti pure et dure et tout (...) la loi à la fois bah c'est un rempart et à la fois elle est un peu rigide hein », « on essaye de respecter la loi à chaque fois. Mais des fois c'est pas aussi simple que ça. »

Passer la main (évoqué par 3 médecins /9)

Certains médecins préfèrent parfois passer la main. Cette situation ne semble pas toujours vécue positivement. *« écoutez, de toute façon, vous n'êtes pas satisfait de notre relation et moi non*

plus. Donc voilà quoi. Enfin, peut-être que vous serez plus satisfait ailleurs et autrement quoi ? », « Hospitaliser »

Chercher des solutions concrètes pour éviter les conflits de valeur (évoqué par 2 médecins / 9)

Certains médecins « court-circuitent » les situations de conflits de valeur entre prise en charge optimale et moyens à disposition en trouvant des solutions organisationnelles. Ainsi, pour permettre au patient d'éviter l'attente aux urgences, notamment quand il souffre, des réseaux ambulatoires sont organisés avec des spécialistes et des laboratoires « *On a réussi à mettre en place pas mal de réseaux comme ça. Qui permettent effectivement d'éviter au patient d'aller aux urgences. (...) Et c'est marrant on en parle jamais mais c'est quand même insupportable quand on est patient et qu'on souffre d'être dans de mauvaises conditions* ». Pour faciliter l'accès aux consultations de médecine générale, un médecin réfléchit avec ses collègues en réunion de CPTS à une meilleure communication centralisée sur les plages de consultation d'urgence disponibles : « *si on arrivait à mettre en place un système informatique permettant aux patients d'avoir une vision des places d'urgence qu'on pourrait éventuellement libérer pour des consultations urgentes et donc désengorger les urgences, c'est pas fou...* ». Les médecins travaillant chez SOS médecins indiquent que la hiérarchisation des motifs de consultation en catégories plus ou moins urgentes intègre des considérations éthiques, notamment la douleur du patient : « *il y a déjà un « tri éthique » je dirais qui a déjà été fait (...) Je pense que c'est éthique de ne pas faire attendre quelqu'un qui souffre* ».

4.3.4. Besoins face aux situations de problématiques éthiques

Face aux situations de problématique éthique, les besoins des médecins sont très variables.

Les dilemmes éthiques semblent parfois générateurs d'anxiété. Tous les médecins interrogés expriment des doutes ou des difficultés. Le mot « compliqué » est cité plus de 60 fois au cours

des entretiens (cf. annexe 4 « nuage de mots »). L'expression « c'est compliqué » revient 10 fois. Le mot « difficile » revient plus de 10 fois, le mot « mal » 50 fois. Les problématiques éthiques sont parfois associées à une forme d'urgence, puisque le mot « urgence.s. » revient plus de 50 fois. Dans les entretiens réalisés, les médecins femmes interrogées expriment plus explicitement -ou avec davantage d'aisance ?- leurs difficultés : « *j'avais un peu l'impression de le trahir. Enfin tu vois, même, d'en reparler, je suis pas... voilà* ». Là où certains médecins se sentent parfois extrêmement démunis : « — *Comment tu fais dans ce genre de situations ? — Je stresse. **Rire.*** », un médecin n'identifie d'abord aucun besoin « *les aides qu'il faudrait recevoir c'est pas moi. C'est faire changer les assureurs.* ». Tous les médecins finissent par proposer une/des aide(s) possible(s). Sont mentionnés l'accès à une plus grande diversité d'opinions dans les échanges, notamment à un retour pluriprofessionnel, l'accès à un outil informatisé d'aide à la décision sur les questions médico légales. Une médecin souhaiterait pouvoir parfois interroger des spécialistes du droit médical. Une autre suggère la mise en contact de chaque médecin généraliste avec un référent soignant à qui pouvoir se confier en cas de difficulté. Deux médecins aimeraient pouvoir faire remonter leurs dilemmes auprès de décideurs, notamment pour faire cesser les demandes abusives de certificats violant le secret médical de la part des organismes assurances. L'appel à l'avis d'un comité éthique et les formations à l'éthique ne sont pas spontanément mentionnés. Les représentations des médecins généralistes sur ces deux options sont brièvement questionnées. Le rôle des comités d'éthique semble obscur dans l'esprit de la plupart des médecins généralistes interrogés, et dans tous les cas ne pas être relié à l'exercice de la médecine générale, à part dans la recherche pour les directeurs de thèse. Une médecin souhaiterait pouvoir solliciter l'avis d'un comité d'éthique sur certaines situations. Les formations à l'éthique ne sont pas évoquées spontanément par les médecins. Trois d'entre eux semblent intéressés sous certaines conditions, mais pas dans

l'immédiat. Le manque de temps et de rémunération du travail de questionnement éthique sont identifiés comme des freins à l'amélioration de la réflexion éthique.

L'accès à une plus grande diversité d'opinions dans les échanges

Un point de vue pluriprofessionnel

Les médecins (6/9 médecins) sont nombreux à évoquer le besoin d'une plus grande diversité d'opinions dans les échanges, passant notamment par un retour pluriprofessionnel : *« ce qui manque souvent dans les RCP, ça va être des pluripro soignants. », « entre soignants de la maison de santé, on se connaît tous très bien, on s'entend très bien. Parfois, on a du mal à changer de regard, on va tous avoir un peu le même regard sur la situation. On va avoir du mal à vraiment faire un pas de côté pour regarder le truc avec un regard neuf », « Mais ce qui est aussi intéressant quand tu fais des trucs comme les ados, de l'addictologie aussi c'est que tu travailles avec des gens comme en psychiatrie ils travaillent beaucoup en équipe. Ce qui nous manque, nous, un petit peu quoi. »*

Quid des comités d'éthiques ?

Aucun médecin ne parle spontanément de comités d'éthique. Je demande ce que les mots leur évoquent. Tous les médecins semblent s'accorder à penser que les comités d'éthiques ne concernent pas la médecine générale : *« Ça m'évoque tout de suite le milieu hospitalier (...) quand tu es en médecine libérale, le comité d'éthique en fait c'est quelque chose de très nébuleux où tu as l'impression que ça te concerne pas »...* à part pour la recherche : *« Je pense aux CPP (...) Un médecin qui fait pas de recherche, les comités éthiques, il en connaît pas, il s'en fout, quoi ».* En dehors du contexte de la recherche, la plupart trouvent le concept obscur (7/9 médecins) : *« ça m'évoque une instance officielle nationale, non, c'est ça ? Voilà c'est vrai que j'en sais pas plus en fait ».* Deux médecins -les plus jeunes médecins interrogés- évoquent l'intérêt de pouvoir saisir l'avis d'un comité éthique dans certaines situations de médecine

générale : « alors j'étais en lien avec des gériatres de la Pitié et on pompait un peu de leurs ressources éthiques à eux. », « l'Etat pourrait mettre en place d'avoir des avis consultatifs éthiques sur certaines situations » avec comme participants « des spécialistes de la question éthique (...) les médecins (...) les représentants de patients ». D'autres (4/9 médecins) ne se sentent pas concernés, voire sont effrayés par ces mots : « pour l'instant j'ai pas été confrontée au fait de dire « faut un comité d'éthique » un truc comme ça. », « Un comité d'éthique ça semble quand même être quelque chose qui peut chapeauter tes pratiques. Et beaucoup de médecins aiment cette liberté et surtout veulent pas avoir de droit de regard », « Ça me fait pratiquement peur. **Rire.** Ça me fait penser à un comité qui juge. ».

Autres contacts utiles envisagés

« Des spécialistes du droit ? » (1/9 médecins)

Des décideurs (2/9 médecins) : « Quelqu'un qui aurait éventuellement des pouvoirs au niveau politique de faire changer un peu les situations sans qu'on soit contraint à les subir (...) pour des situations par exemple de certificats médicaux à remplir pour la banque qui me paraissaient injustes »

Un superviseur (1/9 médecins) : « des gens à qui se confier, tu vois ! (...) ce qui serait sans doute bien c'est que ce soit une habitude dans la profession, d'avoir un superviseur ou quelqu'un, un référent permanent, officiel ou pas. (...) quelqu'un qui nous connaît un peu c'est pas mal aussi ! (...) par des gens qui sont dans le soin d'une façon ou d'une autre. »

Formations

A la question : « quelle aide souhaiteriez-vous recevoir ? », la formation n'est évoquée spontanément par aucun des médecins généralistes. En les interrogeant sur leurs représentations, deux médecins déplorent la piètre qualité des formations d'éthique à la fac : « *est-ce qu'on nous forme à la fac ? Un petit peu. Moi je trouve que c'est quand même hyper théorique et pas très manipulable en fait dans la pratique. (...) En P1 c'étaient des articles qu'on apprenait par cœur.* », « *moi, je suis sorti de la fac sans jamais savoir comment se gérer soi-même face à des problématiques d'éthique ou de fin de vie* ». Trois médecins semblent intéressés par une formation sous certaines conditions : « *J'aimerais bien avoir accès à plus de formations sur le sujet... J'aimerais bien de temps en temps -mais bon faut trouver du temps- participer à des formations hospitalières où bon là le débat est posé cartes sur tables et souvent avec de multiples intervenants, enfin notamment en gériatrie...* », « *plutôt le mode groupe de pairs* ». Deux médecins -les plus jeunes médecins interrogés- pensent qu'un minimum d'expérience est nécessaire avant de se former : « *j'ai l'impression que j'ai besoin d'avoir une sorte de socle de connaissances et d'expériences avant de me lancer là-dedans.* », « *on avait envie d'apprendre la médecine au début (...) peut-être que quand on est plus âgé c'est un peu plus intéressant* », « *et finalement la pertinence de la question éthique elle vient peut-être plus avec les années et le fait d'être confrontés vraiment à des situations et de se dire : là il y a quand même besoin de quelque chose.* ». Certains médecins (4/9 médecins) ne sont peut-être pas intéressés : « *non, j'ai jamais réfléchi à une formation d'éthique pure, quoi ! D'échanges avec les autres, oui !* ». L'un d'entre eux, septique, n'est pas du tout intéressé et utilise même un vocabulaire péjoratif : « *Une formation... on va dire... éthique sur des situations, je pense que ça va être quand même chiant* ».

Outil informatisé d'aide à la décision sur les questions médico légales

Un médecin serait intéressé par la mise à disposition d'un « *antibiocliv de l'éthique* » pour les questions faisant l'objet de réponses légales : « *Un programme de type : « j'ai un patient qui vient pour... -voilà, là on met le motif...- Est-ce que je peux faire « ça » ? ».*

Du temps et une rémunération

Cinq médecins évoquent des freins au questionnement éthique dans leur exercice de la médecine générale : le manque de temps et de rémunération : « *C'est un problème aussi financier, soyons clairs* », « *Après ils proposent régulièrement des formations mais pour les médecins remplaçants c'est pas remboursé.* », « *Mais on peut pas appeler l'Ordre pour tout... On a pas le temps, surtout !* ».

5. Discussion

5.1. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude présente des forces et des faiblesses.

5.1.1. Faiblesses

Le recrutement des médecins a été fait par convenance. Seuls les médecins directement contactés par l'investigatrice principale ont accepté de participer à l'étude. Le nombre de médecins ayant accepté de participer est limité (9). La population interrogée était non représentative de l'ensemble des médecins généralistes. Ainsi, les médecins généralistes interrogés ont accepté de prendre du temps pour participer à l'étude. De nombreux médecins sont maîtres de stage. Les médecins généralistes interrogés exerçaient tous en Ile-de-France, dans des environnements urbains. Aucun médecin n'exerçait seul dans un cabinet, ni dans un milieu rural. Les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Sur trois de ces entretiens, j'ai dû faire répéter quelques mots, ce qui a été à l'origine d'une perte ponctuelle de spontanéité et de fluidité (quelques secondes de flou). Réalisant ma première étude qualitative, certaines de mes questions ont été plus directives qu'à l'idéal. Un des médecins interrogés a trouvé le sujet de la thèse peu précis : « *c'est que « problématiques éthiques » ça veut dire beaucoup de choses et pas grand-chose aussi ! C'est pas très précis comme terminologie.* ». En même temps, cette terminologie peu précise a permis aux médecins interrogés de donner leur propre définition de l'éthique. Bien que l'intégralité des entretiens ait été lue par la directrice de thèse qui a approuvé mon travail d'analyse, l'analyse n'a pas été triangulée. L'analyse du verbatim n'a pas été validée à froid par les médecins généralistes interrogés comme cela est parfois réalisé.

5.1.2. Forces :

La méthode qualitative a permis une liberté et une variété de réponses. Elle était adaptée pour répondre à la question des recours des médecins généralistes d'Ile-de-France en situation de dilemme éthique, qui à ma connaissance n'a pas encore été explorée à ce jour. Les premiers entretiens pour tester les guides d'entretien ont été relus et vérifiés par la Docteure Sophie Moulias, directrice de ma thèse, avant réalisation des entretiens suivants. Suite à ces entretiens tests, le guide d'entretien n'a pas été modifié. Les entretiens ont été groupés sur deux périodes limitées, pour une meilleure mémoire et reproductibilité des questions posées. Ils ont été retranscrits très rapidement, permettant de se souvenir de certains éléments du langage non verbal (sourires,...). L'analyse a été entièrement supervisée par la directrice de thèse. Les médecins interrogés décrivaient des exercices très variés : visites à domicile, régulation, consultations de premiers recours, consultations de patients détenus en garde à vue, travail en maison de santé pluridisciplinaire ou en cabinet de groupe de médecins généralistes, activité partagée entre ville et hôpital, maître de stage universitaire, poste universitaire. Leurs parcours étaient variés (DU, formations,...), ainsi que la durée de leurs expériences professionnelles, allant de quelques mois à 38 ans. Hommes et femmes étaient représentés. Les médecins interrogés se sont sentis en confiance, sans doute car la plupart me connaissaient et parce que je suis interne en médecine générale. Ils utilisaient volontairement un langage familier et n'hésitaient pas à donner leur avis sur le travail de thèse. Les entretiens -durée d'une demi-heure à une heure- étaient suffisamment longs pour apporter des données riches. Peu de nouveaux thèmes émergeaient des derniers entretiens, suggérant la proximité de la saturation des données.

5.2. Réponses à la question posée et comparaison aux données de la littérature

5.2.1. Thèmes des problématiques éthiques rencontrées

Tous les médecins généralistes interrogés identifient des situations mettant en jeu des problématiques éthiques au cours de leur exercice, et les thématiques des dilemmes éthiques sont variées, ce qui, comme vu dans l'introduction, est cohérent avec la littérature. (27–31) (39).

Dans l'étude quantitative d'Anne Cella, réalisée dans les Midi-Pyrénées, sur les 127 médecins généralistes interrogés, 95% étaient confrontés à au moins un conflit éthique au cours de leur exercice. Les thèmes de dilemmes étaient variés.

Pour la plupart des médecins interrogés dans ma thèse, les questionnements éthiques sont quotidiens. Les dilemmes les plus lourds sont moins fréquents, de l'ordre d'une fois par mois pour les médecins qui ont répondu.

La thématique la plus souvent citée dans cette étude est celle du secret médical. Il ne s'agit pas de la thématique la plus fréquemment citée par les médecins généralistes interrogés dans la thèse d'Anne Cella : la fin de vie. Cependant, le type d'étude (qualitative) de mon travail n'est pas adapté à une analyse statistique. D'autre part, d'après une étude qualitative réalisée chez des internistes en Norvège, en Suisse, en Italie et au Royaume-Uni, la fréquence des différents thèmes de dilemmes éthiques, variant d'un pays à l'autre, semble influencée par des facteurs culturels. (40) Or, la thèse d'Anne Cella a été rédigée avant l'épidémie de COVID. Les épidémies de COVID et la pratique de la téléconsultation soulèvent des problématiques éthiques particulières pour les médecins interrogés dans mon travail de thèse, en particulier des dilemmes liés au secret médical, ce qui a également été souligné dans la littérature (10–19). Les différentes vagues de COVID ont possiblement augmenté la perception de difficultés liées au respect du secret médical.

Dans mon travail de thèse, les visites à domicile, la régulation médicale, la médecine des détenus ont été citées comme des situations à risque de dilemmes éthiques, les visites à domicile et la médecine des détenus en ce qu'elles génèrent fréquemment des dilemmes liés au secret médical. Si la configuration des visites à domicile -présence possible de la famille- semble propice à l'émergence de dilemmes liées au respect du secret médical, je n'ai pas trouvé d'articles à ce sujet dans la littérature. Les patients détenus, au contraire, ont déjà été identifiés dans la littérature médicale comme des patients vulnérables, notamment vis-à-vis du respect du secret médical, comme en témoigne un article de l'Espace éthique d'Ile-de-France (41). De même, l'article *la Régulation médicale* par la revue Actualité et Dossier de Santé Publique du Haut Conseil de Santé Publique évoque les difficultés pour les médecins régulateurs d'évaluer la légitimité des demandes des patients : « *Les ressources ne sont pas illimitées et il y a un avantage collectif à les utiliser d'une façon adaptée.* » (42)

5.2.2. Recours des médecins généralistes face aux situations de problématiques éthiques

A ma connaissance, les recours des médecins généralistes français en situations de dilemmes éthiques n'ont jusqu'à présent pas spécifiquement été étudiés par des études qualitatives en dehors du contexte du COVID-19. Les études sur le COVID-19, citées dans la partie introductive de cette thèse, n'étaient pas ciblées sur l'éthique. Elles faisaient état de toutes les adaptations des médecins généralistes aux épidémies.

Tous les médecins généralistes interrogés dans cette thèse identifient des stratégies d'adaptation aux dilemmes éthiques rencontrés. Tous expriment l'importance d'échanger, soit pour se rassurer, soit pour trouver des solutions auxquelles ils n'auraient pas pensé. Une diversité d'opinion est alors intéressante. Tous n'ont pourtant pas accès aux retours souhaités, notamment à un retour d'interlocuteurs pluriprofessionnels ou à un « regard neuf », par des soignants extérieurs à la maison de santé. Le COVID est cité comme élément perturbateur et désorganisateur de ces échanges. Le risque de contamination entre professionnels de santé a

conduit à une diminution des échanges informels et à l'extinction de groupes de pairs. La plupart des médecins interrogés adaptent leur communication avec le patient et utilisent la temporalité propre à l'exercice de la médecine générale. Ainsi, un lourd dilemme éthique ne trouve pas de réponse en une unique consultation. En cas de conflit d'intérêt entre le médecin et le patient, les médecins interrogés semblent privilégier la plupart du temps le choix du patient, au cœur de la réflexion éthique. Au contraire, les situations de vulnérabilité du patient, au point d'altérer sa capacité de jugement, induisent une réticence au respect de sa volonté (exemple : maintien à domicile d'un patient ayant des troubles cognitifs). La loi est parfois vue comme une aide, une facilité, car elle réduit le doute en « imposant » certains chemins à suivre. Elle est identifiée comme une protection pour les patients. Au contraire, pour certains médecins interrogés, elle est parfois perçue comme une contrainte, ne semblant pas correctement s'adapter à tous les cas particuliers. Alors, elle devient source de préoccupations. Dans les situations les plus compliquées, les médecins préfèrent parfois passer la main à d'autres collègues. Ils n'en tirent alors pas une grande satisfaction. Enfin, certains médecins court-circuitent les conflits de valeur entre prise en charge optimale et moyens réels en augmentant les services disponibles.

Une revue de la littérature a été réalisée sur les stratégies employées par les médecins généralistes en situation de dilemmes éthiques. (43) Elle intègre 9 études quantitatives menées au Canada, en Ecosse, aux Etats-Unis et en Angleterre. La plupart du temps, des situations prédéfinies étaient soumises aux médecins généralistes, qui devaient alors justifier leur prise en charge. Le type d'études (quantitatives) n'était pas le plus adapté à une exploration car les questions étaient très fermées et dirigées. En conclusion de cette revue de la littérature, les auteurs suggèrent la réalisation d'explorations qualitatives. Ils remarquent que les problématiques éthiques qui préoccupent les médecins généralistes diffèrent des problématiques éthiques couramment rapportées dans la littérature de bioéthique hospitalière.

Par exemple, la problématique de la gestion du temps de consultation (combien en accorder à chaque patient ?), également abordée par les généralistes interrogés dans ma thèse, semble assez spécifique à la médecine générale. Les auteurs concluent que les stratégies employées par les médecins généralistes ne respectent pas systématiquement les cadres admis comme des références en éthique hospitalière (exemple : principisme, notamment le respect de l'autonomie du patient). Les stratégies des médecins généralistes leur semblent personnelles et peu systématisées.

Après mon travail d'analyse, je ne porte pas tout à fait les mêmes conclusions. Toutes les stratégies des médecins généralistes que j'ai interrogés dans mon étude ne sont pas personnelles. Pour s'adapter, faire face aux difficultés en cas de dilemmes éthiques, certains utilisent des techniques de communication validées comme poser des questions ouvertes afin de mieux appréhender la situation clinique. La recherche d'une réponse objective dans la loi -parfois perçue comme un cadre trop rigide- est également fréquemment invoquée. Si le besoin d'échanger en cas de problématique éthique est exprimé par tous, la modalité de ces échanges -avec qui échanger, comment s'organise le dialogue...- n'est pas toujours bien systématisée. Rappelons toutefois qu'il existe plusieurs approches de la réflexion éthique, même en médecine hospitalière, certains médecins n'hésitant pas à décrire l'éthique comme un Art plutôt que comme une science (6). De par sa mise en jeu de capacités communicationnelles, d'une grande diversité de thèmes, d'une subjectivité souhaitée de points de vue -ne pouvant pourtant jamais être tout à fait exhaustifs- et d'interlocuteurs, la réflexion éthique ne peut être totalement et rigoureusement standardisée. Notons également que deux des médecins généralistes interrogés dans ma thèse déclarent échanger à froid sur leurs dilemmes éthiques en équipe pluriprofessionnelle lors des RCP, avec tous les professionnels présents le jour de la réunion, remplissant au moins une partie des conditions jugées essentielles à la réflexion éthique. D'autres le font en groupe de pairs, permettant déjà d'enrichir le débat d'une relative diversité

de points de vue. Les échanges évoqués par certains médecins généralistes lors des réunions en groupes de pairs ou lors des RCP semblent parfois s'inscrire dans une approche dialogique, basée sur l'amélioration de la réflexivité et présentée dans la partie introductive de ce travail. Les médecins participants à ces réunions en tirent de la satisfaction. *« Tu vois, on élabore quand même beaucoup. On... oui... ça m'apporte aussi du savoir, parce qu'en général... voilà, chacun en sait plus sur un truc que les autres ! Et puis voilà ça porte aussi différents points de vue, c'est à dire qu'on peut regarder sur une situation, chacun dit un peu comment il aurait pu le gérer lui... ou il aurait eu envie de le gérer. Et comme on est des personnalités assez différentes, ça donne des choses assez variées, quoi ! Et donc ça oblige aussi à changer de regard, à sortir de sa routine et de son cocon. »*. Sans avoir eux-mêmes réussi à le mettre en place, certains participants souhaiteraient pouvoir accéder à un retour pluriprofessionnel et/ou pouvoir disposer d'un regard extérieur. Le patient dans son humanité et dans son contexte particulier est au cœur du discours des médecins généralistes interrogés. La présence chez le patient de facteurs de vulnérabilité (troubles cognitifs,...) peut être cependant un motif de dérogation au principe d'autonomie.

Les recours sont-ils les mêmes pour les médecins d'autres spécialités médicales ?

Trois cent quarante-quatre médecins spécialistes américains (médecine interne, oncologie, réanimation) sont interrogés dans une étude qualitative sur la manière de faire face aux conflits éthiques, sans faire appel à des comités éthiques. (40) Dans cette étude, les questions ouvertes sont moins dirigées que dans mon travail de thèse : les médecins doivent raconter la prise en charge globale de la dernière situation mettant en jeu un dilemme éthique rencontrée au cours de leur exercice. Les réponses des médecins spécialistes ont été classées en trois grands thèmes :

- Chercher de l'assistance (auprès de soignants impliqués ou pas dans la situation) : trouver de nouvelles idées ou de la réassurance. Cette recherche d'assistance se retrouve dans mon analyse au sein du thème nommé « échanges ».
- Fuir le conflit (se retirer, accepter malgré un désaccord,...). Cette « stratégie » demande des efforts et du temps supplémentaire au médecin. Elle ne résout pas tous les conflits et génère de l'insatisfaction. On retrouve cette « solution » également génératrice d'insatisfaction dans le thème « passer la main » des résultats présentés ici. « Accepter malgré un désaccord » entre également dans la partie « Adapter sa communication, informer le patient... et le laisser choisir », mais elle ne semble pas génératrice d'insatisfaction pour les médecins interrogés dans ma thèse car elle respecte l'autonomie du patient : « *notre boulot c'est de proposer, c'est de renseigner mais c'est à eux de faire les choix* ».
- Protéger l'intégrité de sa conscience et de sa réputation.

Au cours des entretiens de mon travail, les médecins interrogés semblent également apporter de l'importance à la protection de l'intégrité de leur conscience, notamment lorsqu'ils ont conscience de sortir du cadre légal : « *Donc là, je romps un peu le secret médical là-dessus mais c'est avec un médecin qui va théoriquement prendre en charge le patient juste après, donc... ça passe pour moi ?* ». La protection de l'intégrité de leur conscience passe parfois par l'invocation de la loi : « *la législation te dit « pas de violation du secret médical. Point. ».* Mais dans certains cas ça peut être compliqué à gérer, quoi ». Elle n'est toutefois pas identifiée par les médecins généralistes interrogés dans ma thèse comme un recours.

Dans mon étude, peut-être parce que les questions ne concernent pas la gestion d'un unique cas, mais celle des problématiques éthiques en général, les médecins généralistes décrivent de nombreuses autres stratégies pour faire face aux dilemmes éthiques.

Je m'attendais à ce que la réflexivité puisse faire partie des recours cités par les médecins généralistes, car il s'agissait d'une des stratégies d'adaptation développées en introduction par des infirmières coréennes en situation de dilemme éthique (37). Si la réflexivité n'a pas été identifiée comme une ressource dans cette étude, une certaine introspection se ressent parfois dans les discours. L'identification par les médecins généralistes interrogés de leurs propres biais d'interprétation, peut-être parce qu'ils ne sont pas systématiquement confrontés à un avis extérieur, ne semble pourtant pas toujours résoudre les conflits : « *En plus, X comme moi on est profondément croyantes alors c'était très très compliqué.* ».

5.2.3. Besoins pour faire face aux situations de problématiques éthiques

Tous les médecins interrogés éprouvent/ ont éprouvé des doutes ou des difficultés en situation de conflit éthique. Pour faire face aux dilemmes éthiques, certains médecins se sentent désemparés. Tous les médecins généralistes interrogés identifient des aides possibles.

Certains souhaitent l'accès à une plus grande diversité dans les échanges, notamment à un retour pluriprofessionnel et à un retour de soignants extérieurs à leur maison de santé. Un médecin mentionne l'intérêt d'un outil informatisé d'aide à la décision sur les questions médico-légales. Si cet outil binaire peut être utile, il ne me semble pas favoriser la réflexion. Une autre, la possibilité de s'informer auprès de spécialistes du droit médical. Une autre, la mise en contact de chaque médecin généraliste avec un référent soignant à qui pouvoir se confier en cas de difficulté. Deux médecins aimeraient pouvoir faire remonter leurs dilemmes auprès de décideurs, notamment pour faire cesser les demandes abusives de certificats violant le secret médical de la part des organismes assurances. L'un d'eux participe d'ailleurs à des réunions de CPTS, ce qui lui permet d'être en contact avec l'ARS. Les besoins d'un accès à l'avis d'un comité d'éthique et à des formations à l'éthique ne sont pas spontanément mentionnés par les médecins généralistes interrogés. Le rôle des comités d'éthique n'est pas clair dans l'esprit des participants, et semble pour tous les médecins interrogés se cantonner à l'exercice de la

médecine hospitalière et à la recherche. Le besoin identifié par certains d'un retour d'interlocuteurs pluriprofessionnels et d'un retour de soignants extérieurs à la maison de santé pourrait pourtant trouver une réponse dans la sollicitation de l'avis d'un comité d'éthique. Une meilleure communication serait sans doute intéressante sur les rôles et l'intérêt des comités éthiques ainsi qu'une augmentation de son accessibilité pour les médecins généralistes... ou bien même la création de comités éthiques par les médecins généralistes pour la médecine de ville. Certains médecins interrogés déplorent la mauvaise qualité de l'enseignement de l'éthique qu'ils ont reçu à la fac, estimé absent ou trop théorique. La plupart ont du mal à se représenter à quoi pourrait ressembler une formation d'éthique intéressante. Après des questions plus dirigées sur la représentation que les médecins se font des comités éthiques et des formations d'éthique, quelques médecins semblent être intéressés sous certaines conditions. D'autres n'y voient pas d'intérêt, voire expriment un *a priori* négatif : recevoir l'avis d'un comité éthique les effraie car ils ont peur d'un jugement et d'un chapeutage des pratiques, l'idée d'une formation éthique leur semble rébarbative. Le manque de temps et de rémunération du travail de questionnement éthique sont identifiés comme des freins à la réflexion éthique. La difficulté à répondre à l'ensemble des demandes médicales a été maintes fois soulevée au cours des conversations. L'inadéquation entre la demande et les offres de médecine générale disponibles et l'absence de temps dédié rémunéré seraient un frein à l'implication des médecins généralistes dans la réflexion éthique.

—> Ces résultats sont-ils concordant avec la littérature ?

Dans sa thèse quantitative, A. Cella (27) identifie déjà des besoins des médecins généralistes face aux situations éthiques. A la question : « Souhaiteriez-vous avoir un interlocuteur disponible pour vos questions d'ordre éthique ? », 72% des 137 médecins généralistes interrogés répondent « oui ». A la question : « Souhaiteriez-vous l'aide de la commission

Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse ? Son objectif serait de pouvoir soumettre et débattre vos questions éthiques », 65% des médecins répondent « oui ». Remarquons que les questions d'A. Cella sont plus dirigées que dans mon travail.

—> Et pour les médecins d'autres spécialités ?

Dans une étude quantitative réalisée chez 656 internistes européens (44) (en Norvège, en Suisse, en Italie et au Royaume-Uni), seuls 17% des médecins interrogés disaient avoir recours à des consultations éthiques dans des cas particuliers. Les besoins identifiés par les médecins, communs dans tous les pays de l'étude, étaient : la réassurance, les conseils, une aide à éclaircir les problématiques et à peser les conséquences de chaque décision. Ces besoins sont également exprimés par les médecins généralistes interrogés dans notre étude.

—> Qu'est-ce qu'une consultation d'éthique ?

Je reprendrai la définition de la Cochrane pour sa simplicité (45) « *Les interventions sur des cas éthiques (p. ex. comité d'éthique, délibération sur des cas moraux) identifient et analysent les conflits éthiques qui surviennent dans le contexte des soins aux patients. Les interventions sur des cas éthiques impliquent des experts en éthique, qui discutent des défis éthiques des soins aux patients (situations spécifiques aux patients) avec différents professionnels de la santé responsables des soins au patient, mais également avec le patient et sa famille. L'objectif des interventions sur des cas éthiques est de soutenir la prise de décision dans la pratique clinique.* ».

—> Concrètement, comment se passe une consultation éthique ?

Dans le cadre de la préparation de ce travail de thèse, je me suis rendu compte que je ne savais moi-même pas à quoi pouvait ressembler une consultation d'éthique. Docteure Moulias m'a proposé d'assister à une des consultations d'éthique qu'elle animait en EHPAD. Deux cas cliniques y ont été présentés par un médecin urgentiste. Ces cas concernaient la prise en charge aux urgences de patients vivants en EHPAD et abordaient la thématique de la fin de vie. Se posaient des questions sur l'intérêt de discussions anticipées pour réfléchir à la légitimité de certains transferts de patients de l'EHPAD vers les urgences et éventuellement pour mettre en place des protocoles permettant de mieux gérer la fin de vie de ces patients en EHPAD. En tant que gériatre, la docteure Moulias a rappelé que les médecins hospitaliers pouvaient être contactés et participer à la réflexion du transfert et/ou de la limitation des soins, surtout s'ils connaissaient déjà le/la patient.e. D'autres cas cliniques ont été présentés par des médecins coordonnateurs d'EHPAD et se rapportaient à la question de la vie amoureuse et de la sexualité (notamment du consentement) en EHPAD. Parmi les personnes présentes à la réunion se trouvaient des médecins coordonnateurs d'EHPAD, une infirmière, des psychologues travaillant en EHPAD, des représentants de l'accueil et de la direction de l'EHPAD, ainsi que la Docteure Moulias. Il s'agissait d'une discussion « à froid », distanciée. Chacun des participants donnait son avis sur les situations, qu'ils en aient été -ou pas- acteurs, avec son propre point de vue. La connaissance du patient par divers acteurs occupant un rôle différent dans sa prise en charge était également un atout, permettant de mieux appréhender l'ensemble de la situation clinique, sa complexité et ses enjeux. Lorsqu'elle intervenait, Docteure Moulias, formée à l'éthique et extérieure à l'équipe de soin, tentait de recentrer la réflexion sur les intérêts du patient et d'amener les participants à prendre conscience de leurs propres biais d'interprétation de la situation (exemple : attachement moral discutable de la part des soignants au respect de la fidélité amoureuse pour des patients atteints de troubles cognitifs en EHPAD).

J'ai trouvé intéressant -peut-être en tant que soignante extérieure à l'équipe- d'entendre des points de vue extrêmement différents des miens sur les questions évoquées... Je pense que la participation de représentants de patients -non présents en l'occurrence- apporterait une véritable plus-value à ces réunions... voire dans certaines situations une première partie de consultation éthique avec le patient concerné et d'éventuels aidants de confiance, pour que chacun puisse entendre par lui-même, sans interprétation ni jugement interposé, l'avis exprimé par le patient.

—> Les consultations d'éthique sont-elles utiles ?

En l'absence d'une approche universelle de l'éthique et d'un protocole standardisé, des études de causalité sont difficiles à réaliser et il n'existe à ce jour pas de preuve scientifique rigoureuse d'une amélioration de la qualité des soins par les consultations éthiques. (45,46). Toutefois, certaines études semblent indiquer qu'elles ont un intérêt, au moins dans certaines situations. En 2003, plus de 500 patients sont répartis en 2 groupes randomisés dans les services de réanimation de 7 hôpitaux américains (47). Les soins des patients d'un des groupes font intervenir des consultations d'éthique. Dans l'autre groupe, aucune consultation d'éthique n'est réalisée. L'étude observe une réduction des traitements curatifs et de la durée du séjour en unité de soins continus significative dans le groupe bénéficiant de consultations d'éthique. Le taux de mortalité est comparable dans les 2 groupes. Les soignants décrivent également un ressenti plus positif en cas de consultation éthique.

En 2006, toujours aux Etats-Unis, une étude quantitative (48) étudie chez les spécialistes hospitaliers les raisons influençant les éventuels recours à un comité d'éthique. Des échelles de Likert sont utilisées comme outils d'évaluation. Sur les 121 réponses obtenues, 98 émanaient de médecins usagers de comités d'éthique. Dans cette étude, les spécialistes qui ont recours à des comités d'éthiques sont motivés par leur confiance en la prise de décision partagée. Au

contraire, les médecins n'y faisant pas appel se considèrent comme compétents et responsables d'une prise de décision solitaire. Ces résultats expliquent peut-être que les médecins généralistes interrogés dans notre étude sont partagés par rapport à l'envie (ou non) de solliciter un avis éthique. Ils résonnent avec les réticences de certains médecins généralistes interrogés vis-à-vis de la sollicitation d'un comité d'éthique : « *beaucoup de médecins aiment [leur] liberté* ». Les médecins interrogés se disant volontaires pour obtenir le contact d'un comité d'éthique étaient également les médecins qui souhaitaient pouvoir bénéficier d'un retour pluriprofessionnel et/ou de la part de soignants extérieurs à leur équipe de travail.

—> Quel est le rôle du CCNE et de l'espace de réflexion éthique d'Île-de-France ?

Les comités d'éthique sont des instances interdisciplinaires et consultatives d'aide à la réflexion et à la prise de position ou de décision. Les comités d'éthique nationaux et régionaux en sont des instances très récentes aux noms connus.

- Le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) :

En France, le CCNE est né en 1983, après la première fécondation *in vitro*. Ses membres médecins, nommés par le pouvoir politique, ne comportent que des spécialistes hospitaliers. (49). Le président du jury est nommé par le Président de la République. Le CCNE est constitué de 47 membres nommés : médecins, chercheurs, philosophes, juristes, théologiens... et depuis la loi de la bioéthique de 2021, de six représentants d'association de personnes malades et d'usagers. (50) La composition est paritaire. L'avis du CCNE est saisi soit par le ministère, par les autorités sanitaires, par des organismes de recherche ou par le Président de la République. Le CCNE peut également s'auto-saisir sur des questions faisant débat dans la société. Comment le CCNE émet-il un avis ? De grandes discussions en huit-clos sont organisées. Chaque membre a le droit à un temps de parole équivalent. Chacun s'exprime en son nom propre et non au nom

de son institution. Environ 4 fois par an, le CCNE rend des avis consultatifs, communiqués sous forme de conférences de presse. Le CCNE n'a pas de pouvoir de décision politique. Les lois sont votées par l'Assemblée Nationale et le Sénat. En pratique, ces avis sont souvent respectés par le pouvoir politique. En 2013, François Hollande déclarera par exemple se ranger à l'avis du CCNE sur le sujet de l'éventuelle accessibilité de la PMA à un couple de femmes, lui conférant un pouvoir décisionnaire. Dans le domaine éthique, les propositions de lois s'appuient très souvent sur les avis du CCNE. C'est le cas par exemple de la loi Claeys Léonetti (51), qui s'appuie à la fois sur le « rapport Sicard » de 2012 (52) et sur l'avis 121 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) du 28 juin 2013 (53). En pratique, les comités d'éthique sont donc reconnus pour disposer de compétences normatives. (27)

- L'espace de réflexion éthique d'Ile-de-France

L'espace de réflexion éthique d'Ile-de-France a été fondé en 1995 au sein de l'AP-HP. Son premier nom était « Espace Ethique de l'AP-HP ». En théorie, son avis peut être saisi par toute personne physique ou morale, qui souhaite proposer des travaux ou des thèmes de réflexion. Dans le cadre de mon travail de thèse, je leur ai écrit un mail non urgent pour parler du lien entre leur comité et la médecine générale. J'ai obtenu une réponse relativement rapide (dans un délai de 5 jours). Ses membres sont nommés par le ou les directeurs des centres hospitalo-universitaires concernés. (54) Il comporte deux collèges : l'un est constitué de personnalités du soin et de la recherche médicale, l'autre de personnalités n'appartenant pas à ce secteur mais reconnues comme expertes sur des questions éthiques. L'Espace éthique d'Ile-de-France a été repris en 2004 comme modèle de dispositif de réflexion éthique régional dans le cadre de la loi relative à la bioéthique. Il travaille en collaboration avec le CCNE. Certains membres de l'Espace éthique d'Ile-de-France sont également membres du CCNE. Or, les médecins généralistes ne sont pas représentés au CCNE et sont très peu représentés dans l'Espace éthique d'Île-de-France : selon mes recherches, en tapant les mots clés *Espace éthique Ile-de-France médecin*

généraliste, un médecin généraliste a fait partie d'un collège de 50 participants, dont de nombreux médecins, pour l'enquête nationale « Refonder ensemble la démocratie en santé ». Ce médecin est également praticien hospitalier honoraire. En France, les médecins généralistes représentent pourtant la moitié des médecins et rencontrent des problématiques éthiques bien particulières comme nous l'avons vu plus haut, en particulier la problématique de la gestion du temps de consultation... D'où l'intérêt pour les médecins généralistes de créer ou de se rapprocher de comités d'éthique qui donnent des avis et font indirectement évoluer les lois ?

—> Réponse de l'espace de réflexion éthique d'Île-de-France sur les aides proposées aux médecins généralistes (mail retranscrit avec l'aimable autorisation de monsieur Pierre-Emmanuel Burgeron, responsable de son pôle ressources)

De : BRUGERON Pierre-Emmanuel
Envoyé : mercredi 8 février 2023 17:10
À : Cecile GUILLE DES BUTTES
Objet : RE: Lien médecine générale - comité d'éthique ?

Bonjour Madame et merci de votre message,

Votre remarque sur les liens entre les espaces éthiques (il en existe similaire au nôtre par Région) et la médecine générale, ou plutôt le lien plus naturel entre les structures d'éthique au sens large et le monde hospitalier, est selon moi tout-à-fait pertinent.

De notre côté, en IDF donc, nous pouvons toucher les médecins généralistes via notre offre de formation (DU, Master 1 et 2) mais il s'agit déjà d'un biais de recrutement. Nous travaillons à identifier des moyens d'*aller vers* cette population mais pour l'instant cela ne donne rien de comparable au travail mené avec des grandes structures (hospitalières, fédérations, associations...)

Pour répondre à votre question, nous proposons donc une offre de formation (<https://www.espace-ethique.org//formations>) qui mobilise plusieurs médecins généralistes tous les ans.

Des médecins généralistes, à travers notre réseaux, peuvent fréquemment être mobilisés dans nos projets et groupes de travail.

Enfin, nous avons plusieurs retours de médecin généralistes qui utilisent notre chaîne youtube comme base de formation/veille (elle permet de suivre des événements passés, organisés à des horaires difficilement compatibles avec la pratique de médecine générale) : [youtube.com/user/Espacethique](https://www.youtube.com/user/Espacethique)

Les cellules de crise [pendant l'épidémie de COVID] étaient, il me semble, principalement tournées vers le monde hospitalier mais cela doit être vérifié.

Je serais très intéressé d'être tenu informé de vos travaux, c'est un domaine sur lequel il me semble que nous pouvons proposer des solutions pertinentes qui ne sont encore que peu développées.

Bien cordialement,

Je retiens de ce mail qu'il existe peu de partenariats entre la médecine générale et l'espace éthique d'Ile-de-France, en dehors d'une offre de formations accessibles à tous les médecins. L'espace éthique d'Ile-de-France semble réactif et ouvert à des propositions de travail collaboratif. En juin 2023, selon monsieur Brugeron, deux médecins généralistes -dont je ne connais pas les modalités d'exercice- sont inscrits au master d'éthique proposé par l'espace éthique d'Ile-de-France.

—> Comment augmenter l'attractivité des formations d'éthique ?

Le faible niveau de satisfaction des internes en médecine générale pour les formations éthiques proposées au cours de leur cursus a déjà été relevé dans un travail de thèse (55), alors que les étudiants en médecine (55), les internes de médecine générale (56) et les médecins généralistes identifient des besoins de formation en éthique. Alors qu'un enseignement bien mené pourrait présenter des bénéfices, comme le renforcement de la confiance et de la satisfaction du médecin généraliste ainsi qu'une amélioration de ses compétences de prise de décision, d'après une

revue de la littérature menée aux Etats-Unis. (39) Comme nous l'avons vu dans la partie introductive, il existe de nombreuses et diverses approches de formation et de pratique à/de l'éthique. (6,7,57) Jugée trop « *théorique* », la formation facultaire expérimentée par une des médecins généralistes interrogées : « *En P1 c'étaient des articles qu'on apprenait par cœur* », semble s'inscrire dans une approche comportementale (apprendre des règles et les conséquences de leur non-respect) dont les limites ont déjà été pointées du doigt car cette approche ne favorise pas l'autonomie du médecin (57). Cette méthode d'enseignement isolée est peut-être à éviter à la faculté.

L'importance du dialogue rendant les étudiants actifs dans leurs apprentissages ainsi que de la contextualisation de l'enseignement de la médecine générale en partant de situations cliniques vécues a été soulignée par un article sur l'évaluation des GEPT (Groupes d'Echanges de Pratiques Tutorés), mis en place pendant l'internat de médecine générale et paru dans la revue *Exercer* (58). Dans sa thèse quantitative d'état des lieux sur l'enseignement de l'éthique dans les facultés médecine françaises (55), M. Correc souligne l'intérêt d'un enseignement de l'éthique sous différentes formes (interactions en petit groupe, en plus grands groupes,...) et la nécessité de l'application de l'éthique à la clinique : les apprentissages doivent être contextualisés, par exemple en les rattachant à des situations vécues en stage. Ces constats sont partagés par A. Bonnaud dans l'évaluation (par une méthodologie à la fois quantitative et qualitative) d'un nouvel enseignement concernant la relation médecin-malade en deuxième et troisième années d'études de médecine. (59)

Conclusion

Tous les médecins généralistes d'Ile-de-France interrogés identifient des dilemmes éthiques, certains spécifiques à l'exercice de la médecine générale. Ces conflits génèrent des difficultés ou des doutes parfois non résolus. Tous identifient des stratégies d'adaptation intéressantes, certaines validées, d'autres non systématisées, certaines semblables à celles déjà identifiées par d'autres médecins ou soignants, d'autres plus spécifiques à leur exercice, comme l'utilisation du suivi et la modification de la durée de consultation. Malheureusement, le temps de réflexion éthique est « limité » par de fortes demandes en médecine générale.

Tous identifient également des besoins, comme une facilitation de la communication avec les décisionnaires en politique de la santé ou l'accès à des retours extérieurs et pluriprofessionnels sur les situations leur posant des problèmes.

Les médecins généralistes interrogés ne se sentent pas bien formés à l'éthique. Le rôle et la pertinence des consultations d'éthique leur semblent obscurs et ne concerner que la médecine hospitalière. La création de comités d'éthique de médecine générale ou l'ouverture de comités d'éthique hospitaliers aux médecins généralistes pourrait pourtant permettre les retours pluriprofessionnels et extérieurs recherchés par certains. Faire partie d'instances éthiques régionales ou nationales permettrait également aux médecins généralistes de faire remonter leurs problématiques éthiques et peut-être de faire évoluer la politique de santé. Une meilleure communication serait sans doute intéressante sur les rôles des comités et des consultations éthiques auprès des (futurs) médecins généralistes, notamment en leur proposant de participer à une consultation d'éthique.

Les médecins interrogés ne se représentent pas tous comment une formation à l'éthique pourrait être intéressante. Une information sur l'existence et les modalités de formations d'éthique interactives et contextualisées pourrait leur être dispensée.

Pour que les médecins généralistes s'impliquent davantage dans la réflexion éthique, il semble essentiel de leur ménager un temps dédié rémunéré et de réduire la pression liée au manque d'accessibilité des consultations de médecine générale.

De nouvelles études sont nécessaires pour identifier les recours, les besoins et les attentes des médecins généralistes en situation impliquant des problématiques éthiques, notamment hors de la région Ile-de-France ou pour les médecins installés solitairement dans un cabinet.

Bibliographie

1. Qu'est-ce que l'éthique? - Commission de l'éthique en science et technologie [Internet]. Commission de l'éthique en science et en technologie. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/qu-est-ce-que-l-ethique/>
2. CEST Québec. L'éthique appliquée [Internet]. Commission de l'éthique en science et en technologie. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quelques-notions-d-ethique/l-ethique-appliquee/>
3. Présentation du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé | Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/pages/presentation-du-comite-consultatif-national-dethique-pour-les-sciences-de-la-vie-et-de-la>
4. L'Espace éthique, histoire, gouvernance et missions | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. Espace Ethique Région Ile-de-France. 2013 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/presentation>
5. CCNPPS I national de santé publique Q. Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique. 2016; Disponible sur: https://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ethique_Principisme_Fr.pdf
6. Quintin J. Enseignement de l'éthique : une approche socratique. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2008;9(3):166-70.
7. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Jeliu G, Brazeau-Lamontagne L. L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2001;2(2):71-80.
8. Pagoni-Andréani M. Chapitre IV. Morale et communication selon Habermas. In: *Le développement socio-moral : Des théories à l'éducation civique* [Internet]. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2019 [cité 5 avr 2023]. p. 53-61. (Savoirs Mieux). Disponible sur: <http://books.openedition.org/septentrion/51207>
9. C.Rat, B. Tudrej, A. Penchaud, Comité d'éthique du CNGE. Enjeux éthiques associés à la crise sanitaire du Covid-19. *Exercer*. avr 2020;n°162:165-7.
10. Verger P, Scronias D, Monziols M, Ventelou B, Barlet M, Rey S, et al. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et Résultats*

DREES [Internet]. mai 2020 [cité 10 août 2021];(N° 1151). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-0>

11. Gzil F, Clause AC, Hirsch E, Brugeron PE. Covid 19 : EHPAD et domicile [Internet]. Espace Ethique Région Ile-de-France. 2020 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/d/4208/4245>

12. Bourgueil Y, Falcoff H, Ramond-Roquin A, Savigneau G, Bouchez T, Groupe international francophone en soins primaires. La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires. Revue Medicale Suisse [Internet]. nov 2020 [cité 24 août 2021];Médecine générale et santé publique(713). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-en-france-et-les-soins-primaires>

13. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment [Internet]. World Health Organization. 2020 [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240010291>

14. Crozier S, Delmas-Goyon P, Worms F, Lefevre K, Aubry R, Duee PH, et al. Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD | Comité Consultatif National d’Ethique [Internet]. Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. 2020 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/reponse-la-saisine-du-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-sur-le-renforcement-des>

15. Chovrelat-Péchoux G. Covid-19 en Ehpad : quelle place pour les familles ? Cairn. 9 juin 2021;43 / n° 164(1):191-202.

16. Piccoli M, Tannou T, Hernandorena I, Koeberle S. Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. Ethics, Medicine and Public Health. 1 juill 2020;14:100539.

17. Espace éthique Région Ile-de-France, HIRSCH E. COVID-19 - Se préparer, y répondre | Observatoire covid 19, éthique et société Première synthèse des travaux de l’observatoire [Internet]. Espace Ethique Région Ile-de-France. 2020 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/actualites/covid-19-se-preparer-y-repondre>

18. CCNE Ethique. Enjeux éthiques soulevés par la vaccination contre la Covid-19 | Comité Consultatif National d’Ethique [Internet]. 2021 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/388>
19. Verduzco-Gutierrez M, Rydberg L, Sullivan MN, Mukherjee D. In This for the Long Haul: Ethics, COVID-19, and Rehabilitation. *PM R*. mars 2021;13(3):325-32.
20. Moulias. Humanité et soin en gériatrie fin 2020 [Internet]. *Revue Pratiques*. 2023 [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://pratiques.fr/Humanite-et-soin-en-geriatrie-fin-2020>
21. Moulias S, Pépin M. Nouvelles questions éthiques liées au grand âge, notamment révélées par la pandémie de Covid-19. *Regards*. 2021;59(1):103-15.
22. Réseau Accord, Beaupin A, le Breton J, Gendry P, Genevois E, Vuattoux P, et al. Enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au COVID-19 Résultats des deux vagues d’enquête [Internet]. *Les Centres de Santé / USMCS*. 2020 [cité 25 août 2021]. Disponible sur: <https://lescentresdesante.com/enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19-resultats-des-deux-vagues-denquete/>
23. Bergeat M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Lutaud R, Barlet M, et al. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients atteints de la Covid-19 ? | *Etudes et Résultats DREES* [Internet]. janv 2021 [cité 10 août 2021];1177. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-prennent-ils-en-charge-les>
24. Fournier C, Clerc P. La construction d’une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l’épidémie de Covid-19 : apports d’une étude de cas à l’échelle d’un canton. *Revue francophone sur la santé et les territoires* [Internet]. 11 mars 2021 [cité 7 août 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rfst/869>
25. Schweyer FX, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géal A, et al. Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales. *Revue francophone sur la santé et les territoires* [Internet]. 17 mars 2021 [cité 27 août 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rfst/976>
26. Fournier C, Michel L, Morize N, Pitti L, Suchier M, Bourgeois I, et al. Les soins primaires face à l’épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. *Questions d’économie de la Santé* [Internet]. août 2021 [cité 24 août 2021];(260). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>
27. Cella A. L’éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification des conflits éthiques et de l’utilité d’une aide. *Enquête descriptive auprès des médecins généralistes*

de la région Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/899/>

28. Gágyor I, Heßling A, Heim S, Frewer A, Nauck F, Himmel W. Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Family Practice*. 20 mars 2019;36(2):225-30.

29. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Ojsteršek J. Perceived Difficulties in Managing Ethical Problems in Family Practice in Slovenia: Cross-sectional Study. *Croat Med J*. déc 2008;49(6):799-806.

30. Bremberg S, Nilstun T. The variety of ethical issues in everyday practice Interviews with Swedish GPs. *European Journal of General Practice*. 1 janv 2001;7(4):143-7.

31. Aubry R, Canto-Sperber M, Crozier S, Delmas-Goyon P, Didier E, Duée PH, et al. Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19 [Internet]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. 2020 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/enjeux-ethiques-de-la-prise-en-charge-et-de-lacces-aux-soins-pour-tous-en-situation-de>

32. Ponnelle V, Gzil F, Alexandra JF, Angellier E, Benveniste R, Blot F, et al. COVID-19 : Aide à la décision en situation d'urgence ou de crise | Groupe de travail | [Internet]. Espace Ethique Région Ile-de-France. 2020 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/groupe-de-travail/covid-19-aide-la-decision-en-situation-durgence-ou-de-crise>

33. EREVFC. Cellule de Soutien Ethique - EREBFC - EREBFC [Internet]. Espace réflexion éthique Bourgogne Franche-Comté. 2020 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.erebfc.fr/cellule-de-soutien-ethique/presentation-4/>

34. Espace éthique / Ile-de-France. L'Espace éthique, histoire, gouvernance et missions | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. 2013 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/presentation>

35. Piili RP, Lehto JT, Luukkaala T, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen PLI. Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making? *BMC Palliat Care*. 18 juill 2018;17:94.

36. Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi U, Kellokumpu-Lehtinen P. General practitioners' attitudes and ethical decisions in end-of-life care after a year of interactive internet-based training. *Journal of Cancer Education*. 1 mars 2002;17(1):12-8.

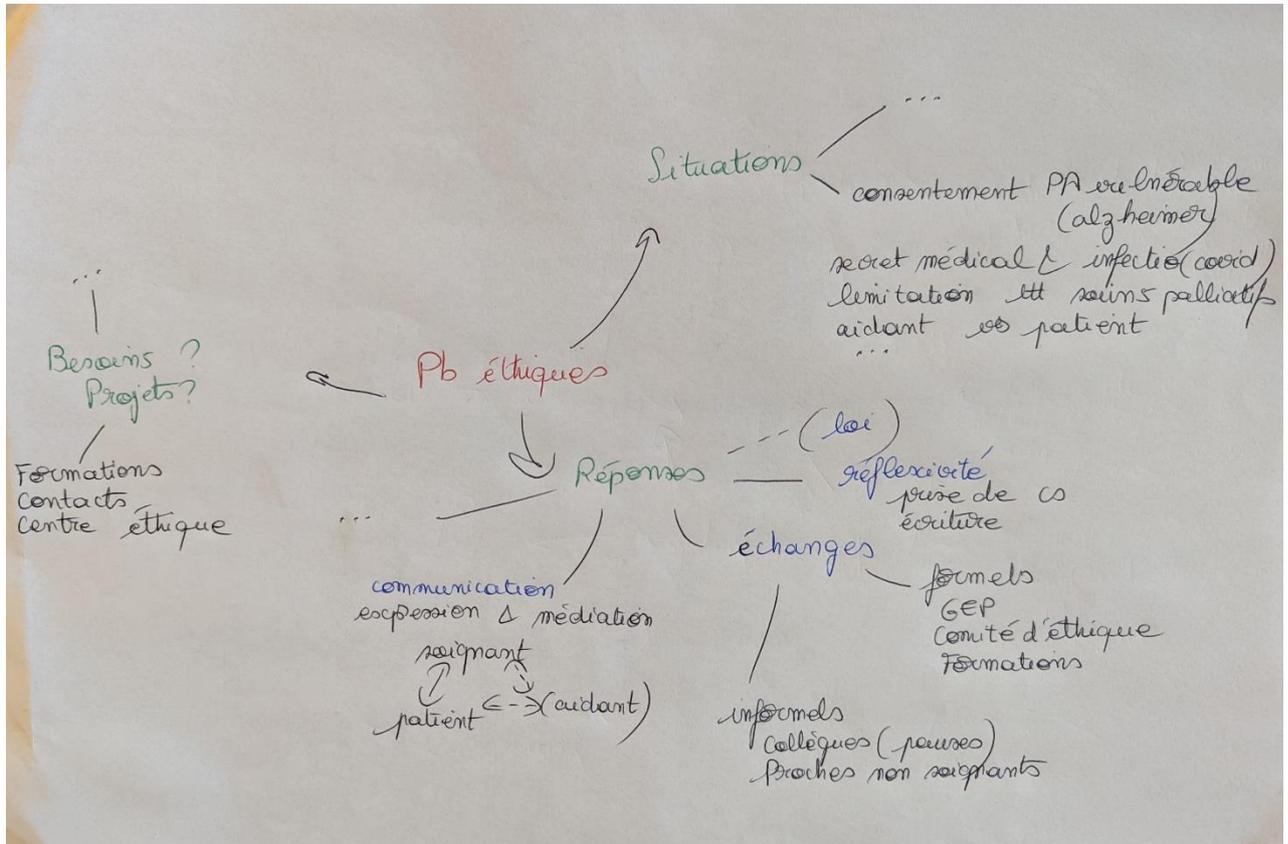
37. Kim YH, Kang Y ah, Ok JH, Choe K. Expert nurses' coping strategies in ethically challenging situations: a qualitative study. *BMC Nurs.* 29 sept 2021;20(1):183.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 1 janv 2006;3(2):77-101.
39. Manson H. The need for medical ethics education in family medicine training. *Fam Med.* 2008;40(9):658-64.
40. Hurst S, Hull S, DuVal G, Danis M. How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *J Med Ethics.* janv 2005;31(1):7-14.
41. Lagarrigue Aude E éthique/Ile-de-France. Le médecin face aux conflits éthiques en prison | article | [Internet]. 2014 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-medecin-face-aux-conflits-ethiques-en-prison>
42. HCSP G. La régulation médicale. 2005;(52):33.
43. Rogers WA. A systematic review of empirical research into ethics in general practice. *Br J Gen Pract.* nov 1997;47(424):733-7.
44. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics.* janv 2007;33(1):51-7.
45. Les interventions sur des cas éthiques peuvent-elles améliorer les soins de santé ? [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD012636/EPOC_les-interventions-sur-des-cas-ethiques-peuvent-elles-ameliorer-les-soins-de-sante
46. Bell JAH, Salis M, Tong E, Nekolaichuk E, Barned C, Bianchi A, et al. Clinical ethics consultations: a scoping review of reported outcomes. *BMC Med Ethics.* 27 sept 2022;23(1):99.
47. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* 3 sept 2003;290(9):1166-72.
48. Orłowski JP, Hein S, Christensen JA, Meinke R, Sincich T. Why doctors use or do not use ethics consultation. *J Med Ethics.* sept 2006;32(9):499-503.
49. CCNE. Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/qui-sommes-nous>
50. CCNE. Renouvellement du CCNE [Internet]. 2022 [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/519>
51. Assemblée Nationale. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.

52. Sicard D. Rapport de la Commission de réflexion sur la fin de vie en France [Internet]. 2012 déc. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
53. CCNE. Avis 121 Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. | Comité Consultatif National d’Ethique [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-121-fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir>
54. Legifrance. Arrêté du 4 janvier 2012 relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025208399>
55. Manon Correc - Enseignement de l’éthique : état des lieux dans les facultés de médecine françaises et satisfaction des étudiants de la Faculté de Médecine de Poitiers - UPthèses - Les thèses en ligne de l’Université de Poitiers [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/57556>
56. Arrêté du 4 janvier 2012 relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux.
57. Marcoux H, Patenaude J. L’éthique et la formation médicale Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? Pédagogie Médicale. 1 oct 2000;1(1):23-30.
58. Cohen. Les groupes d’échanges de pratiques tutorés pendant l’internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspectives pour l’enseignement. Exercer. 2013;(N°107):126-30.
59. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d’un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. 1 août 2004;5(3):159-66.

Annexes

Annexe n°1 Carte mentale et guide d'entretien

Carte mentale



Guide d'entretien

Présentez votre exercice

Quand je vous dis « problématiques éthiques », qu'est-ce que ça vous évoque ?

Relance : quelle situation ?/ un exemple de situation ?

Comment faites-vous pour gérer ce genre de situations ?

Si échanges, faire développer (comment ? qui participe ? qu'est-ce que ça apporte ?...)

Pour vous, quelle place la loi occupe dans la gestion des problématiques éthiques ?

Quelles aides aimeriez-vous recevoir (ou pas) ?

A qui souhaiteriez-vous pouvoir vous adresser ?

Un contact ?

Souhaiteriez-vous recevoir une formation ? (*Si oui : quelle formation ? Comment ?*)

Quand je vous dis « comité éthique », qu'est-ce que ça vous évoque ?

Annexe n°2 : Note d'information

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à la gestion des problématiques éthiques en médecine générale. Le but de ma recherche est d'identifier vos ressources et vos éventuels besoins face aux problématiques éthiques que vous rencontrez au cours de votre exercice.

Pour cela, je vous propose un entretien en visioconférence d'environ une demi-heure. L'entretien sera enregistré au format audio. Les données recueillies au cours de l'entretien seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Aucune donnée nominative ne fera l'objet d'une saisie informatique.

Les résultats globaux de l'enquête pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous pouvez me contacter à tout moment en cas de question.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche à laquelle vous pouvez à tout moment décider d'arrêter de participer sans avoir à vous justifier.

Merci,

Cécile Guille des Buttes

06 43 88 75 87

cecile.guille-des-butttes@etu.u-paris.fr

Annexe n°3 Profil des participants

N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9
F	F	H	H	H	F	H	F	H
25 minutes	31 minutes	53 minutes	30 minutes	37 minutes	1H	30	35	35
Exercice : 4 ans	Exercice : Qlq mois	Exercice : 5 ans	Exercice : 5 ans	Exercice : 30 ans	Exercice : 30 ans	Exercice : 8 ans	Exercice : 38 ans	Exercice : 12 ans
Activité partagée : MSP PASS SAMU social (précarité) Cours à la fac MSU 0 TCS	Remplacem ents : MSP SCM (asso médecins) (Qlq TCS à la demande)	SOS médecins nuit TCS, CS, tribunal, régulation	Recherche ,MSU, cabinet de groupe, MSU, (TCS covid qlq)	SOS médecins jour, TCS, CS, régulation	Maison médicale partagée Maison de garde 0 TCS	MSP (TCS qlq)	MSU, Maison de santé, (qlq TCS)	SOS méd CS, MSU, régulation 0 TCS
Précarité Pédiatrie Gynéco	Beaucoup d'aigu Un peu de suivi (notamment addicto)	Aigu+++ Gériatrie, pédiatrie, infectiolog ie, obstétriqu	« Tout »	Infectiolog ie, Gériatrie	Psychiatrie Peu de gériatrie	Tout, popul ation aisée	Tout TCS covid	1 ^{er} recours

		e, urgences, fins de vie						
93	91	75	91	75	91	78	91	75/92
DU pédiatrie IVG médicame nteuse	Stage en psy et au planning familial + CEGIDD	Remplace ments	Master statistique	CAMU médecine d'urgence SAMU		DES C gériat rie	DU acupu ncture Méde cine tropic ale médec ine d'urge nce	Remplace ments puis SOS
Problématis ques éthiques au quotidien Problématis ques compliqué es : tous les mois	Une par mois où je me pose pas mal de questions. C'est plus fréquent qu'on ne pense	Quotidien, lourde tous les mois	Peu	Quotidien	?	Quoti dien	Quoti dien	Rare

Annexe n°4 Nuage de mots

Voici un nuage de mots représentant les mots significatifs les plus fréquemment cités par les médecins généralistes interrogés. Ce nuage de mots a été réalisé à partir du logiciel de bureau R (langage) -travail hors connexion internet-. Seul le verbatim des médecins généralistes interrogés a été analysé (retrait de mes questions).

Demande(s)
Problème Question
Urgence(s) Situation Vie
Gens Patient Ethique
Personne Médecin Compliqué
Appel Collègue(s) Mal
Savoir Essayer

Nombre d'occurrences de chaque mot dans le verbatim des généralistes interrogés :
> 200 fois entre 100 et 200 fois entre 50 et 100 fois entre 30 et 50 fois

Permis d'imprimer

Vu, le Président de thèse
Université Versailles Saint-Quentin
Professeur Laurent TEILLET

Vu, le Doyen de l'UFR de Médecine
Université de Paris
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date : *le 30 mai 2023*

Vu, la Présidente d'Université de Paris
Professeure Christine CLERICI

Pour la Présidente et par délégation,
Le Doyen Philippe RUSZNIEWSKI

Titre de la thèse : Recours et besoins des médecins généralistes face aux différentes problématiques éthiques identifiées au cours de leur exercice

Résumé : Selon plusieurs études, l'exercice de la médecine générale soulève des dilemmes éthiques. Peu de travaux portent sur la gestion de ces dilemmes éthiques et sur les besoins d'aide ressentis par les médecins généralistes. L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les recours des médecins généralistes face à des situations de problématiques éthiques rencontrées dans leur pratique. L'éventualité de besoins d'aide ressentis et le champ des thèmes des problématiques éthiques y sont également explorés. Des entretiens qualitatifs semi-dirigés en visioconférence ont été réalisés auprès de neuf médecins généralistes d'Île-de-France. Pour les médecins généralistes interrogés, les situations mettant en jeu des problématiques éthiques au cours de leur exercice sont fréquentes et variées. Ces derniers développent de multiples stratégies pour y faire face, dont certaines ne sont pas toujours systématisées. Dans quelques situations, des médecins identifient le besoin d'accéder à des retours pluriprofessionnels et extérieurs à leur équipe. La manière dont les consultations d'éthique s'organisent, leur rôle et leur pertinence ne semblent pas clairs dans l'esprit de tous. D'autres médecins souhaitent pouvoir facilement faire remonter leurs difficultés auprès des décisionnaires en politique de santé. Certains médecins soulignent la mauvaise qualité de l'enseignement d'éthique au cours de leur formation. Pour que les médecins généralistes s'impliquent davantage dans la réflexion éthique, il ressort de ces entretiens qu'il est essentiel de leur ménager un temps dédié rémunéré et de réduire la pression liée au manque d'accessibilité des consultations de médecine générale.

Spécialité :

[DES médecine générale](#)

Mots clés français :

[\[médecine générale\]](#) [\[éthique\]](#)

[Gestion, recours, ressources](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Université de Paris — UFR de médecine

Site Bichat 16, rue Henri Huchard 75018 Paris