

UNIVERSITE TOULOUSE III- PAUL SABATHIER
FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1060

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le **2 Juillet 2015**

Par **CELLA Anne** née le 02/06/1986 à Mont-de-Marsan (40)

L'ETHIQUE MEDICALE DANS LA PRATIQUE DU MEDECIN
GENERALISTE :
IDENTIFICATION DES CONFLITS ETHIQUES
ET DE L'UTILITE D'UNE AIDE

ENQUETE DESCRIPTIVE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION
MIDI-PYRENEES

DIRECTEUR DE THESE : **Monsieur le Docteur Serge BISMUTH**

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Patrick CALVAS

Assesseur : Monsieur le Docteur Serge BISMUTH

Assesseur : Madame le Docteur Marie-Ève ROUGE BUGAT

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. TIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL.
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

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

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

M. ADOUE D.	Médecine Interne: Générale
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LDISEAU H.	Hématologie, Transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Gérontologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHILLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	D.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LUBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gérontie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Développement et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie Générale
M. RASCOLO.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-PAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie Thoracique et Cardio-vascul.
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addic.
M. COGNARD C.	Neurozoologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS I.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLNIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J.M.	Neurologie
M. PARANT G.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J.Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

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

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVON J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Esc. de la Santé et Prévention.
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR M.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J.Ph.	Psychiatrie infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédagogie
M. VELLAS B. (C.E)	Généralité

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE D.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DEGRAMER P.	Pédiatrie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUJCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREELW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIÈRE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URD-COSTE E.	Anatomie Pathologique

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E	Généralité
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSANG S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DÄMSE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENDOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomatologie et Maïeul Fociale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE MESTRE M	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY E.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRIGGIERE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT G.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme GARFAGNA L.	Fœtalité
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme GAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Généralité
Mme CLAVÉ D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL G.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASO D.	Physiologie
Mme GRAPE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET H.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

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

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail. Je suis fier d'avoir pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et d'avoir pu travailler à vos côtés. Je vous remercie aussi pour de votre implication et de tout ce que vous faites pour la médecine générale. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick CALVAS

Je tiens à vous adresser ma profonde reconnaissance pour avoir accepté de siéger à ce jury. Je vous remercie de juger ce travail et d'y avoir porté intérêt. Veuillez trouvez ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH, mon directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse et de m'avoir guidé tout le long de son élaboration. Je tenais à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour m'avoir fait partager votre savoir et votre expérience de la Médecine Générale. Vos enseignements passionnés et votre humilité ont été des exemples pour moi. Soyez assuré de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Marie-Ève ROUGE BUGAT

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jacques LAGUARRIGUE

Nous nous sommes rencontrés dans le cadre d'EREMIP, vous m'avez apporté votre savoir et votre expérience. Je vous remercie d'avoir porté intérêt à ce travail. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

A ma famille

A mes « supers » parents

Pour avoir cru en moi depuis le début (Ce n'était pas gagné !), pour votre soutien inconditionnel et pour m'avoir transmis votre force du travail. Aux « blagues », aux cerises, aux heures passées à me remonter le moral au téléphone... MERCI.

A Laure, ma grande sœur, et à Thomas

Merci pour ton soutien, ton affection et d'être toujours présente à mes côtés.
A Thomas, pour ta bienveillance (et pour la préparation du café !).

A Charlotte, ma nièce

Pour m'apporter tant de joie.

A mes grands-parents

Pour leur modèle de courage et les merveilleux souvenirs.

A toute ma famille

A mes amis

A Cyrielle et la petite Elodie, mes fidèles copines et confidentes, pour notre amitié « olympique » !

A Cyrielle, merci d'être là, présente à toute heure... Pour ta patience et ton écoute.

A la petite Elodie, pour tout ton soutien pendant ces années, pour nos inlassables soirées à Mongui à faire la révolution...

A Laura, ma super coloc', pour me supporter tous les jours – et ô combien c'est difficile-, pour tout nos moments partagés, pour ton renforcement positif.

A Leslie et Elena pour avoir pris le temps de m'appivoiser, pour votre amitié, nos bouts de « route » ensemble, pour être présentes à mes cotés depuis 4 ans.

A Camille, pour avoir le bon mot au bon moment dans toutes les situations, pour nos soirées « films », nos voyages ... merci.

A Patrick pour nos soirées et voyages endiablés, à *Axel* pour ton écoute bienveillante, à *Sirine* pour nos bons moments partagés, à *Thomas (!)*, *Fabien*, *LouLou*, *Hubert* et ses câlins, et tous les autres Ch'tarbais.

A Camille B., pour notre rencontre surprenante à notre premier cours d'internat.

A mes relecteurs, *Astrid et Martin*, et à mon traducteur, *Thomas*, merci.

A tous mes autres copains toulousains,

A Marie, pour ton soutien pendant ces 10 années d'études ensemble, pour nos souvenirs dacquois.

A Camille et Loulou, pour toutes ces années passées vos cotés.

A mes camarades bordelais, pour ces sept belles années.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenu pendant toutes ces années et tous ceux présents en ce jour si symbolique.

A tous les médecins que j'ai eu la chance de côtoyer ou de croiser pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former et ceux qui m'ont marqué par leur humanité.
Sans oublier les **équipes soignantes** qui ont accompagné le fil des mes études.

A Martine Lacarrière, pour votre soutien lors de mon premier remplacement gersois.

Aux médecins qui ont répondu au questionnaire.

Aux patients, pour leurs richesses et leurs diversités.

TABLE DES ABREVIATIONS :

AMM : Association Médicale Mondiale

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EREMIP : Espace de Réflexion Ethique Midi-Pyrénées

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

Introduction	4
Limites entre éthique, morale, déontologie et droit	5
L'éthique médicale	7
L'éthique en médecine générale	8
Objectif	10
Matériel et méthodes	11
Type d'étude	11
Population étudiée.....	11
Questionnaire	11
Objectifs et critères de jugement.....	11
Recueil des données.....	12
Traitement des données et analyse statistique	12
Résultats	13
Caractéristiques générales de la population étudiée	13
Taille de l'échantillon.....	13
Description de la population	13
Les conflits éthiques rencontrés dans la pratique des médecins généralistes	15
Nombre de conflits éthiques rencontrés	16
Les conflits éthiques rencontrés	17
Utilité d'un interlocuteur pour résoudre les questions d'ordre éthique	19
Utilité d'un interlocuteur disponible	19
Les différentes formes d'interlocuteur éthique souhaitées.....	20
Aide de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG)	21
Discussion.....	22
Population étudiée.....	22
Conflits éthiques dans la pratique des médecins généralistes.....	22
Utilité d'une aide pour résoudre les questions d'ordre éthique en libéral	24
Limites	26
Perspectives	26
Conclusion.....	27
Bibliographie	28
Annexe.....	33
Annexe I Les fondements historiques de l'éthique médicale	33
Annexe II Le questionnaire diffusé aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées	36

Annexe III Lettre de présentation du questionnaire.....	38
Annexe IV Comparaison de la prévalence des cinq problématiques éthiques avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins généralistes.....	39
Annexe V Tableau récapitulatif des différentes formes d'interlocuteur éthique souhaitées.....	44
Serment d'Hippocrate.....	47

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont les médecins traitants de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. »[1]

Introduction

La médecine dispose aujourd'hui d'outils diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus performants pour soigner, même si ceux-ci restent encore bien souvent insuffisants. Ces outils et la sur-spécialisation de la Médecine accroissent la tentation pour le médecin de considérer le patient comme un « cas clinique ». Si la vocation du médecin reste d'alléger la souffrance du patient et si possible de le guérir, il ne doit pas oublier que la prise en charge de son patient nécessite de prendre en compte l'Homme dans sa globalité. La relation médecin-patient, qualifiée de « rencontre singulière » par Paul Ricœur [2] demeure, au-delà des outils techniques, au premier plan.

Une des singularités de cette rencontre est qu'elle place le médecin face à des conflits éthiques lors de la prise en charge de ses patients.

Le terme « éthique », dissimulé depuis plus de 2000 ans, connaît une inflation socio-médiatique depuis la Seconde Guerre mondiale et le procès de Nuremberg [3]. Les débats, les publications, les médias, qu'ils soient médicaux ou non, y font sans cesse référence.

Est-ce une exaltation passagère voire un effet de mode, ou un réel besoin de réflexion sur l'évolution de notre société ? Comment ce terme « éthique » s'articule avec tout ce que nous avons à notre disposition pour nous guider dans nos décisions, à savoir la morale, la déontologie et la règle de droit.

Le terme « éthique » apparaît en 345 avant Jésus-Christ dans les trois ouvrages du corpus d'Aristote : « l'éthique à Nicomaque », « l'éthique à Eudème » et « la Grande Ethique ».

Étymologiquement, le mot « éthique » s'expose à une ambivalence avec une double racine : grecque et latine, et un double sens.

Il vient de la racine grecque « *ethos* » qui selon la prononciation pouvait avoir deux sens différents : « *èthos* » correspond à la vertu, au bien et « *éthos* » correspond aux conduites et aux mœurs. En latin, « *ethicus* » signifie morale ou mœurs.

L'éthique investit tous les domaines de la vie sociale et pourtant sa définition reste difficile tant elle est dépendante des courants philosophiques [4] et des valeurs sociétales qui la portent.

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

Limites entre éthique, morale, déontologie et droit

« Ethique » et « morale » ont été considérées comme synonymes pendant longtemps. Ces deux mots ont la même étymologie, l'une grecque, l'autre latine. Elles font toutes les deux références aux mœurs.

La morale s'exprime par un ensemble de règles et de principes de bonnes conduites imposant de faire le bien et d'éviter le mal [5]. Elle est impérative, directive et normative. L'éthique est une réflexion sur les valeurs humaines : la qualité de vie, l'identité, la liberté des personnes. Elle est réflexive, tolérante et interactive et s'exprime à travers le dialogue, l'échange et la confrontation. La visée de l'éthique n'est pas le Bien, puisque justement la réflexion éthique s'engage, par définition, quand nous ne savons plus ce qui est bien. Certains philosophes ont distingué ces deux concepts. Ici nous citerons Kant E, Comte-Sponville A et Ricœur P.

Pour Kant E, la morale est un impératif catégorique (où l'action est déterminée par un impératif inconditionné qui s'impose de façon catégorique : la conscience agit alors par devoir.). Et l'éthique est un impératif hypothétique (où l'action est déterminée par une hypothèse qui lui impose un comportement) [6].

Comte-Sponville A distingue les termes « morale » et « éthique » quant à leurs finalités. La morale tend vers la vertu et culmine dans la sainteté. L'éthique tend vers le bonheur et culmine dans la sagesse [7].

Pour Ricœur P, ces deux termes renvoient tous deux à l'idée intuitive des mœurs. Il réserve le thème éthique pour la visée d'une vie accomplie, et celui de morale pour l'articulation de cette visée dans des normes caractérisées à la fois par la prétention à l'universalité et par l'effet de contrainte [8].

En résumé, l'éthique est animée par des valeurs, celles du respect, de la réciprocité, de la sollicitude pour autrui. Mais ces valeurs ne sont fondatrices que si chaque membre de la société vit comme « sujet moral ». L'éthique est une réflexion sur des situations hors normes. La morale aborde les problèmes sous l'angle des normes et des contraintes.

Le terme « déontologie » a été inventé par le philosophe anglais Bentham J (1748-1832). La déontologie est synonyme de morale pour lui. Etymologiquement, elle vient du grec « *deon* », devoir et « *logos* », discours. Elle est définie par « la science des devoirs ». Elle représente les règles de bonnes conduites constituant la morale pour une profession [5]. Elle tient sa spécificité du rapport qu'elle entretient avec la profession et le droit [8]. L'exercice de la médecine est régi par le Code de Déontologie médicale [9] depuis 1941, qui est intégré à la partie réglementaire du Code de la santé publique. Nous pourrions dire que la déontologie sert de cadre de référence à la réflexion éthique.

Le droit correspond à la règle organisant les rapports entre les Hommes groupés dans des liens sociétaires. Il est le reflet de l'évolution d'une société à un moment donné. La loi assure la généralisation d'une situation donnée. Un droit non respecté est assorti d'une sanction sociale organisée, alors que la réflexion éthique en est dénuée et ne regarde que la conscience [8].

En conclusion :

- La réflexion éthique est une interrogation sur les actes et les abstentions.
- La morale gouverne les actes et les abstentions mais aussi les intentions.
- La déontologie guide les actes et les abstentions.
- Le droit s'intéresse aux actes.

Il est un domaine dans lequel l'éthique n'est pas uniquement une réflexion mais la recherche de la meilleure décision possible : il s'agit de l'éthique clinique ou médicale.

L'éthique médicale

Après la Seconde Guerre mondiale, le procès de Nuremberg [3] a présenté l'interaction entre la médecine et l'idéologie nazie. Dans les années 1947, il est devenu nécessaire de replacer l'éthique au centre de la médecine. Les fondements historiques de l'éthique médicale sont présentés en Annexe I.

Nous pourrions définir l'éthique médicale comme une réflexion sur les orientations données à l'action clinique dans une situation singulière à travers des cas concrets, analysés dans leurs enjeux éthiques en vue de la meilleure décision possible [10]. Elle tente de résoudre des conflits entre valeurs, droit et obligations concurrentes. C'est une démarche de réflexion individuelle ou pluridisciplinaire face aux choix possibles se présentant dans une situation médicale complexe. Le but était de rechercher une solution compatible avec la singularité des différents protagonistes, la loi, la déontologie et les contraintes socio-économiques. Ainsi le recours à une aide éthique pluridisciplinaire paraît intéressant. Leur avis n'a qu'une valeur consultative, le médecin est le seul à prendre la décision médicale finale et à en avoir la responsabilité.

Elle s'appuie sur quatre principes éthiques, établis par Beauchamp TL et Childress JF [11] :

- Le principe d'autonomie : il implique de respecter le choix et les positions personnelles ainsi que les décisions qui en découlent, sauf si ces décisions causent préjudices aux autres.
- Le principe de bienfaisance : il implique d'agir pour le bien des autres, faire et promouvoir le bien.
- Le principe de non malfaisance : « primum non nocere », implique de ne pas faire subir de mal aux autres.
- Le principe de justice ou d'équité : il vise à l'égalité d'accès aux soins sans discrimination.

En France, l'éthique médicale est institutionnalisée essentiellement au sein de comités d'éthique. Les premiers comités d'éthiques sont créés en 1975, suite au rapport Belmont [12], dont la fonction principale était de valider les protocoles de recherche. Il faudra attendre 1983 pour que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) soit créé.

Dans ce contexte, qu'en est-il de l'éthique en soins primaires ?

L'éthique en médecine générale

Les conflits éthiques engendrés par la pratique médicale quotidienne, en particulier dans les soins primaires, sont peu évoqués [13]. De nombreux articles médicaux internationaux existent [14-25], évaluant les difficultés des médecins dans la gestion des conflits éthiques ainsi que l'utilité des consultations et des comités d'éthique clinique. Cependant, ces différentes études sont axées préférentiellement sur les médecins exerçant en service hospitalier. Parallèlement, les comités d'éthique clinique concernent essentiellement le milieu hospitalier [16,19,26,27,28] voire les réseaux de soins [29,30], et sont peu accessibles aux médecins généralistes libéraux.

Le questionnement des médecins généralistes couvrent des domaines variés avec quelques fois plusieurs problématiques éthiques soulevées par une même situation clinique. Il ne s'agit plus de choisir entre le bien et le mal, mais entre deux situations impliquant des considérations différentes et défendables. Les médecins généralistes n'ont qu'une formation initiale limitée pour répondre à ces questions [31,33]. Ces réponses nécessitent un investissement personnel du médecin afin que la médecine reste au service du bénéfice du patient. Cette formation fragile semble d'autant plus paradoxale qu'avec le développement des moyens thérapeutiques et diagnostiques, la médecine est de plus en plus confrontée directement, en particulier les médecins de premier recours, aux problèmes de la vie, de la mort et de la représentation du corps humain.

Dans cette étude, nous avons choisi d'étudier cinq problématiques éthiques les plus fréquemment rencontrées et qui ont fait l'objet de travaux spécifiques, d'après l'interrogation des bases de données *PubMed/Medline* et de certains ouvrages [34,35,36, 37,38]. Elles ont été délibérément choisies sur des thématiques générales, pour avoir une approche dans leur globalité.

La problématique du consentement et du principe d'autonomie du patient

La notion de consentement explicite aux soins et par conséquent la reconnaissance de l'autonomie des personnes est depuis 1994 encadrée par la loi. Elle entre dans le Code civil à l'article 16-3 à la suite de la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain [39], puis l'année suivante, elle apparaît dans le nouveau Code de Déontologie médicale [9] et la chartre du patient hospitalisé [40]. La loi du 4 mars 2002 [41] renforce ce droit et introduit l'obligation d'information claire et adaptée au patient (Code de la santé publique L.1111-4). Le patient est devenu donc « acteur de sa santé ». Les conflits éthiques viennent de l'opposition de deux valeurs : le respect de l'autonomie du patient et le principe de bienfaisance [42].

La problématique de début de vie

Elle peut concerner la question de la contraception. Celle-ci étant un droit qu'ont les femmes pour contrôler leur fertilité, mais pouvant devenir conflictuelle lors d'une demande chez le mineur ou lors de l'explication des risques inhérents à chaque méthode de contraception. Elle peut concerner également les conflits engendrés par la procréation médicalement assistée, le diagnostic génétique prénatal, l'avortement, ou dans le cas d'un nouveau-né dont la survie est gravement compromise [34].

La problématique de la fin de vie

Elle est la problématique la plus débattue médiatiquement malgré son encadrement législatif (loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [43]) et déontologique récent (réécriture de l'article 38 et 36 du Code de Déontologie médical en 2009).

Les questions relatives à la fin de vie vont de la tentative de reculer le date de la mort de façon substantielle par le progrès thérapeutique à celle de terminer la vie prématurément par l'euthanasie. Entre ces deux extrêmes, d'autres conflits se posent : les soins palliatifs [29,44], l'utilisation des directives anticipées, la mise en place ou le retrait de traitements susceptibles de prolonger la vie [34].

La problématique du secret professionnel

Le secret médical est considéré depuis Hippocrate comme un principe absolument nécessaire à la construction de la relation de confiance entre un médecin et un malade. Depuis son entrée dans le Code pénal (art. 371 ou 226-13) et dans le Code de Déontologie médicale [9] sous le nom de secret professionnel, il s'impose comme un devoir au médecin. Depuis la loi du 4 mars 2002 [41], il est considéré comme un droit à la personne à laquelle s'applique le secret. Les conflits éthiques surgissent quand sa transgression est réclamée au nom du droit, de la demande sociale de la transparence, au nom du principe de précaution et de sécurité, et plus généralement, au nom du changement d'exercice de la médecine [37].

La problématique des situations de vulnérabilité des patients

Lorsque nous nous interrogeons sur ce qu'est un patient vulnérable, il apparaît évident que la fragilité sous-tend la vulnérabilité. Au-delà de la fragilité physique, d'autres facteurs générateurs de dépendance caractérisent également le patient vulnérable. Ce dernier est une personne qui est physiquement, psychologiquement, socialement et/ou économiquement dépendant (les démences, les malades psychiatriques, les grands précaires...). Les conflits éthiques peuvent apparaître si s'oppose le principe de respect de l'intégrité de la personne et sa capacité de décision voir de discernement [37].

Une attention insuffisante à ces conflits dans les soins primaires persiste donc. Peu d'enquêtes relatent la gestion des conflits éthiques en soins primaires. Les médecins généralistes rencontrent-ils des conflits éthiques dans leur exercice ? Souhaiteraient-ils avoir recours à un soutien éthique en cas de situation critique ?

Objectif

L'objectif de ce travail est d'interroger les médecins généralistes sur ces conflits éthiques et de mettre en évidence leurs besoins éventuels d'un soutien éthique pour la résolution de ces conflits en soins primaires.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive et observationnelle réalisée auprès des médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Elle a été menée de décembre 2014 à avril 2015.

Population étudiée

La population étudiée était constituée de médecins généralistes installés et exerçant en libéral dans la région Midi-Pyrénées, inscrits sur la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi-Pyrénées.

Questionnaire

Un auto-questionnaire (Annexe II) a été élaboré à partir d'une revue de la littérature réalisée au préalable. Il comportait treize questions à choix unique ou multiple et était composé de trois parties :

- La première partie étudiait les données socio-démographiques des médecins.
- La deuxième partie concernait les conflits éthiques rencontrés dans leur pratique.
- La troisième partie s'intéressait à l'utilité d'une aide éthique pour résoudre ces conflits.

Le questionnaire a été testé pour validation auprès de quelques médecins volontaires afin d'évaluer sa compréhension. Une lettre d'introduction (Annexe III) a été jointe au questionnaire, expliquant l'objectif de cette étude ainsi que les modalités pour le remplir. Tous les questionnaires ont été anonymisés.

Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la présence de conflits éthiques dans la pratique des médecins généralistes. Le critère principal de jugement était la présence de conflits éthiques dans la pratique des médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient :

- De déterminer l'utilité d'une aide pour résoudre les conflits éthiques en libéral.
- De savoir si les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, mode et milieu d'exercice) des médecins étaient associées à la présence de conflits éthiques.
- D'estimer la prévalence au cours de l'année 2014 des cinq problématiques éthiques étudiées.
- De déterminer si les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, mode et milieu d'exercice) des médecins et la présence de conflits éthiques dans leur pratique étaient associées au souhait d'une aide éthique.

Les critères de jugement secondaires étaient les caractéristiques socio-démographiques des médecins (le sexe, l'âge, le mode et le milieu d'exercice), l'utilité d'une aide éthique et la prévalence des conflits éthiques.

Recueil des données

Début mars 2015, le questionnaire (Annexe II) a été distribué par courriel aux médecins généralistes par l'intermédiaire de la plateforme de l'URPS de Midi-Pyrénées. Deux relances ont été faites (début avril et mi-avril) afin d'accroître au maximum le taux de répondants. Les réponses étaient directement envoyées par les médecins sur la plateforme de recueil de l'URPS de Midi-Pyrénées.

Traitement des données et analyse statistique

Le recueil des données a été effectué, après anonymisation, à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007.

Les analyses descriptives ont été effectuées à l'aide d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives et à l'aide de moyennes et d'écart-types pour les données quantitatives. Les analyses comparatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi² ou, en cas d'effectifs insuffisants du test exact de Fischer (à l'aide du site [biostaTGV \[45\]](#)). Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives si $p < 0.05$.

La bibliographie analysée a intégré les résultats d'interrogation de la base de données bibliographique *PubMed/Medline*.

Résultats

Caractéristiques générales de la population étudiée

Taille de l'échantillon

Sur les 2353 questionnaires envoyés, nous avons reçu 139 réponses (taux de participation initial de 5.9%) de la part des médecins généralistes, dont 127 réponses exploitables. Nous avons exclu 12 questionnaires car ils étaient incomplets. Le taux de participation final était de 5.4%.

Description de la population

Les caractéristiques socio-démographiques des 127 médecins de l'étude, présentées dans le Tableau 1, étaient proches de celles de l'ensemble des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le sexe, l'âge et le département d'exercice. Nous notons une différence statistiquement significative pour le milieu d'exercice avec une sur-représentation de l'exercice en milieu semi-rural (57 médecins, 44.9% *versus* 1194, 36% pour l'ensemble de la région; $p < 0.05$).

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes inclus et des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées

Caractéristiques	Médecins généralistes inclus n=127 (%)	Médecins généralistes de Midi-Pyrénées n= 3511 (%)	p
<i>Sexe</i>			0.26
Homme	75 (59.1)	2258 (64.3)	
Femme	52 (40.9)	1253 (35.7)	
<i>Age en années</i>			0.74
Moyenne		51.7	
< 35	12 (9.4)	277 (7.9)	
35-40	15 (11.8)	291 (8.3)	
41-45	9 (7.1)	330 (9.4)	
46-50	15 (11.8)	387 (11.0)	
51-55	25 (19.7)	667 (19.0)	
56-60	20 (15.7)	625 (17.8)	
> 60	31 (24.4)	934 (26.6)	
<i>Durée d'installation</i>			
Moyenne (écart-type)	20.8 (11.9)		
<i>Départements</i>			0.79
Ariège	5 (3.9)	180	
Aveyron	10 (7.9)	285	
Gers	7 (5.5)	216	
Haute-Garonne	57 (44.9)	1637	
Hauts-Pyrénées	12 (9.4)	318	
Lot	9 (7.1)	197	
Tarn	13 (10.2)	426	
Tarn et Garonne	14 (11.0)	252	
<i>Milieu d'exercice</i>			<0.05
Urbain	40 (31.5)	1264 (34)	
Semi-rural	57 (44.9)	1194 (36)	
Rural	30 (23.6)	1053 (30)	
<i>Mode d'exercice</i>			
Seul	36 (28.3)		
En groupe	91 (71.7)		

Les conflits éthiques rencontrés dans la pratique des médecins généralistes

Au total, 95 (74.8%) médecins généralistes ont été confrontés à au moins un conflit éthique dans leur exercice médical (Graphique 1). Il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins (Tableau 2).

Graphique 1 Confrontation à des conflits éthiques dans l'exercice médical

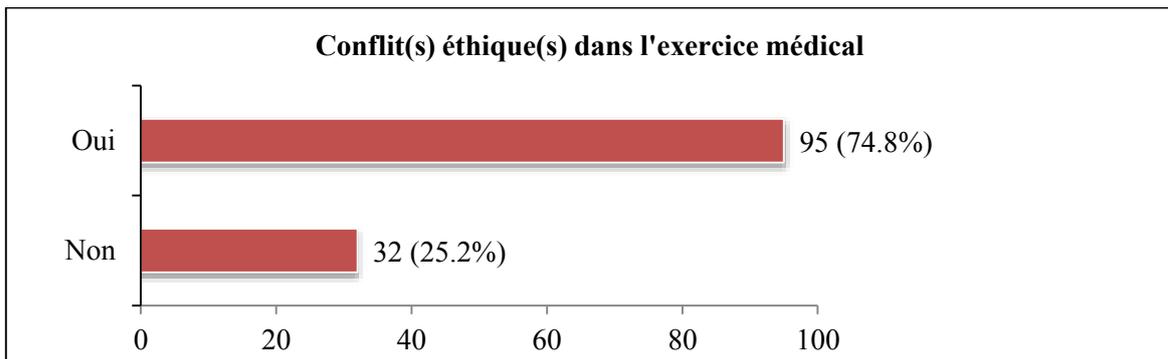


Tableau 2 Comparaison de la présence de conflits éthiques dans l'exercice médical avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins généralistes

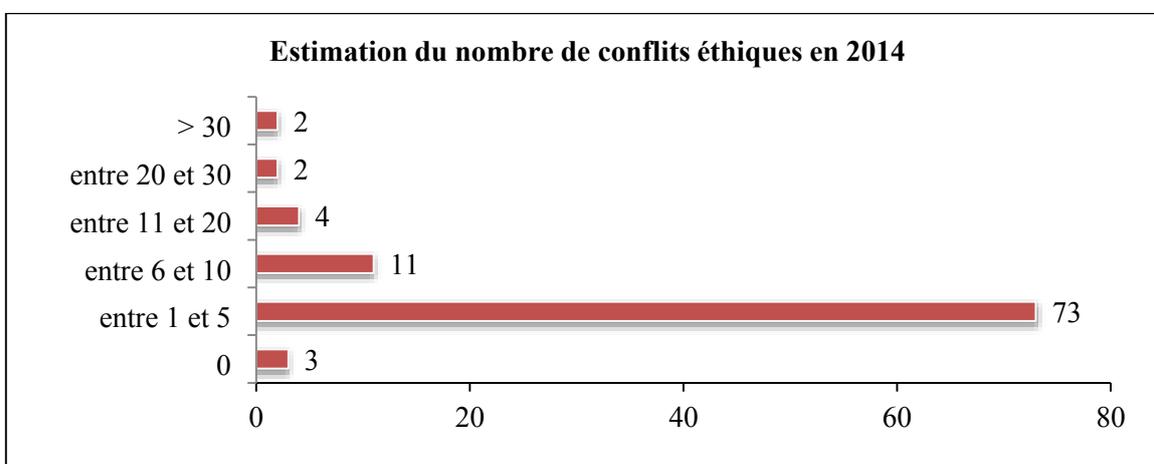
	Non n=32 (25.2 %)	Oui n=95 (74.8 %)	<i>p</i>
<i>Sexe</i>			0.87
Homme n=75	19	56	
Femme n=52	13	39	
<i>Age en années</i>			0.07
<35	6	6	
35-40	3	12	
41-45	0	9	
46-50	3	12	
51-55	3	22	
56-60	5	15	
> 60	12	19	
<i>Milieu d'exercice</i>			0.61
Urbain	8	32	
Semi-rural	15	42	
Rural	9	21	
<i>Mode d'exercice</i>			0.95
Seul	10	26	
En groupe	23	68	

Les 95 réponses des médecins généralistes ayant été confrontés à au moins un conflit éthique dans leur pratique médicale, ont été analysées.

Nombre de conflits éthiques rencontrés

Parmi les 95 médecins généralistes, la majorité (n=73, 76.8%) estimait entre 1 et 5 le nombre de conflits éthiques rencontrés durant l'année 2014 (Graphique 2).

Graphique 2 Estimation du nombre de conflits éthiques rencontrés en 2014 par les 95 médecins généralistes



Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le nombre estimé de conflits éthiques rencontrés et le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins (Tableau 3).

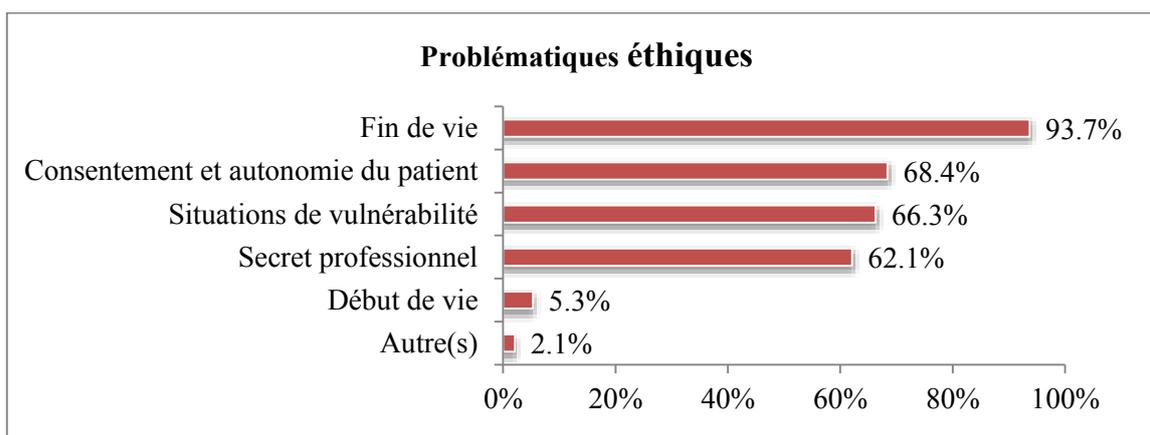
Tableau 3 Comparaison du nombre estimé de conflits éthiques sur l'année 2014 avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins généralistes

	0 n=3	Entre 1 et 5 n=73	Entre 6 et 10 n=11	Entre 11 et 20 n=4	Entre 20 et 30 n=2	> 30 n=2	<i>p</i>
<i>Sexe</i>							
Homme	3	44	4	2	2	1	0.30
Femme	0	29	7	2	0	1	
<i>Age en années</i>							
< 35	0	4	1	1	0	0	0.66
35-40	0	10	1	1	0	0	
41-45	0	5	3	0	0	0	
46-50	0	10	1	0	1	0	
51-55	0	18	3	0	1	0	
56-60	1	12	1	0	0	1	
> 60	2	14	1	2	0	1	
<i>Milieu d'exercice</i>							
Urbain	2	25	2	2	1	1	0.30
Semi-rural	0	36	4	1	1	0	
Rural	1	12	5	1	0	1	
<i>Mode d'exercice</i>							
Seul	0	20	4	1	0	2	0.42
En groupe	3	53	7	3	2	0	

Les conflits éthiques rencontrés

La problématique éthique prédominante dans leur pratique concernait tout d'abord, la fin de vie (93.7%), puis le consentement et le principe d'autonomie du patient (68.4%), les situations de vulnérabilité du patient (66.3%) et enfin le secret professionnel (62.1%). Seulement 5.3% des médecins ont rencontrés des conflits éthiques sur la problématique en lien avec le début de vie (Graphique 3).

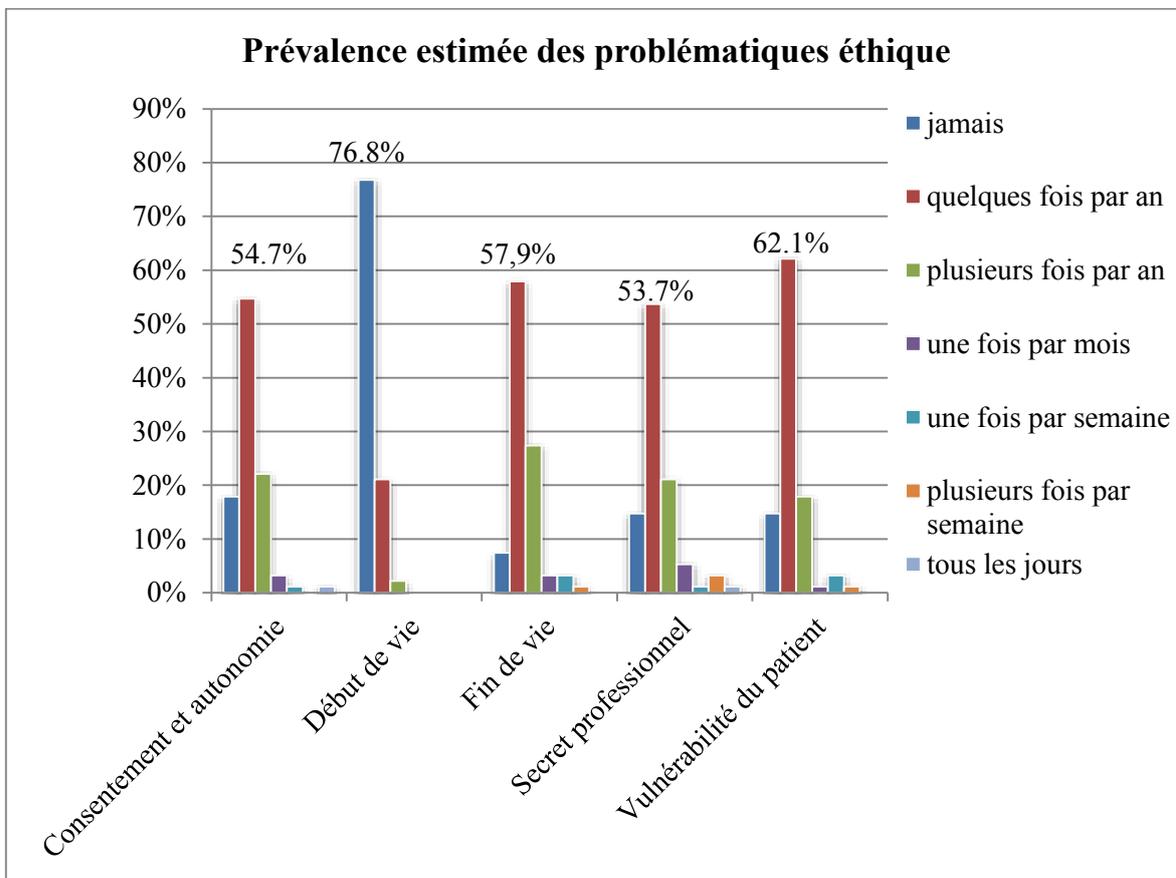
Graphique 3 Problématiques éthiques les plus fréquemment rencontrées



Les cinq problématiques éthiques étudiées avec l'estimation de leur prévalence sur l'année 2014 sont présentées dans le graphique 4. La majorité des médecins était confrontée quelques fois par an à la problématique du consentement et du principe d'autonomie du patient (n=52, 54.7%), ainsi qu'à la problématique de fin de vie (n=55, 57.9%), à la problématique du secret professionnel (n=51, 53.7%) et à la problématique en lien avec des situations de vulnérabilité du patient (n= 59, 62.1%). Concernant la problématique du début de vie, la majorité (n=73, 76.8%) des médecins généralistes n'y était pas confrontée durant l'année 2014.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes interrogés et les cinq problématiques éthiques, mis à part la situation de début de vie, où il semblait exister un lien ($p < 0.01$) entre le milieu d'exercice et la problématique de début de vie. Les différents tableaux de comparaison des caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes et des cinq problématiques éthiques sont présentés en Annexe IV.

Graphique 4 Estimation de la prévalence, durant l'année 2014, des cinq problématiques éthiques.

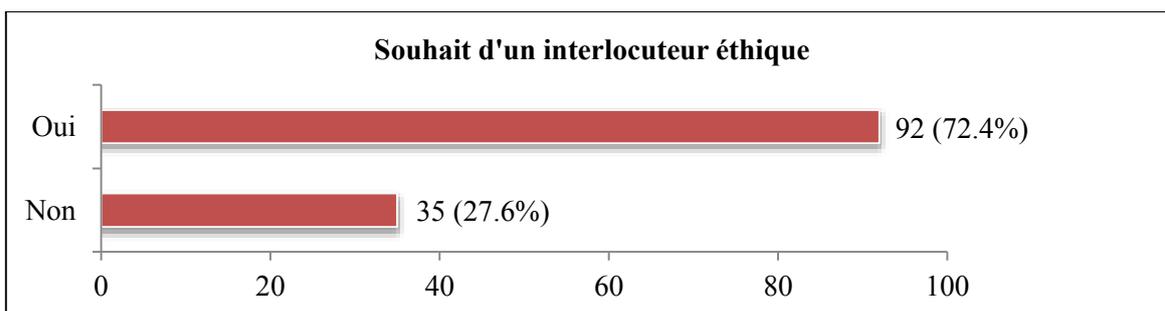


Utilité d'un interlocuteur pour résoudre les questions d'ordre éthique

Utilité d'un interlocuteur disponible

Sur les 127 médecins généralistes, 92 (*versus* 35) souhaiteraient un interlocuteur éthique disponible pour répondre à leurs questions d'ordre éthique (graphique 5).

Graphique 5 Souhait d'un interlocuteur éthique



Concernant le souhait d'avoir un interlocuteur éthique, il n'a pas été montré de différence statistiquement significative en fonction des caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes (tableau 4). Il n'existait pas de différence significative ($p=0.54$) entre la confrontation aux conflits éthiques dans leur pratique et le souhait d'un interlocuteur pour répondre aux questions d'ordre éthique. Parmi les 35 médecins non confrontés aux conflits éthiques, 28 souhaiteraient une aide (80%).

Tableau 4 Comparaison du souhait d'un interlocuteur éthique avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice, et la confrontation aux conflits éthiques des médecins généralistes

	Non n=35 (27.6 %)	Oui n=92 (72.4 %)	<i>p</i>
<i>Sexe</i>			0.05
Homme n=75	26	49	
Femme n=52	9	43	
<i>Age en années</i>			0.29
<35	2	6	
35-40	2	13	
41-45	2	7	
46-50	2	13	
51-55	7	18	
56-60	8	12	
>60	12	19	
<i>Milieu d'exercice</i>			0.21
Urbain	15	25	
Semi-rural	14	43	
Rural	6	24	
<i>Mode d'exercice</i>			0.97
Seul	10	26	
En groupe	25	66	
<i>Conflits éthiques</i>			0.54
Non	7	25	
Oui	28	67	

Les différentes formes d'interlocuteur éthique souhaitées

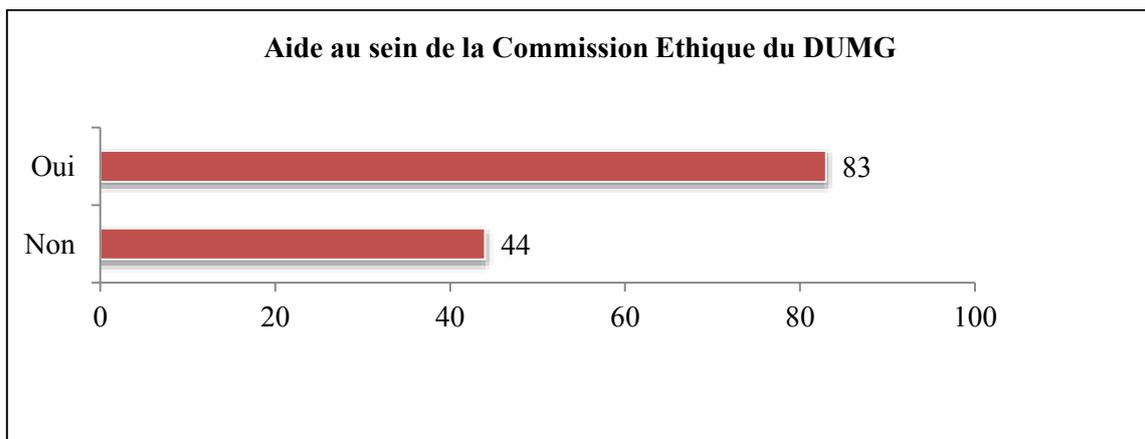
Les différentes formes d'interlocuteur souhaitées par les 92 médecins généralistes sont résumées dans l'Annexe V, 8 médecins n'ont pas répondu (8.7%).

Sur les 84 réponses libres, 51 médecins généralistes (60.7%) souhaiteraient un interlocuteur éthique disponible via boîte mail sécurisée, 13 (15.5%) préféreraient l'avoir par contact téléphonique, 12 (14.3%) par télémédecine et 9 par contact physique direct. Un référent « éthique » était souhaité par 2 des médecins, un comité d'éthique départemental/régional était cité par un médecin, un interlocuteur au Conseil de l'Ordre des Médecins était cité 3 fois.

Aide de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG)

Parmi les 127 médecins généralistes, 83 (65.4%) *versus* 44 (34.6%) souhaiteraient que l'aide éthique soit au sein de la Commission Ethique du DUMG de Toulouse (Graphique 6).

Graphique 6 Aide éthique au sein de la Commission Ethique du DUMG de Toulouse



Discussion

Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes libéraux sont confrontés à des conflits éthiques dans leur pratique et qu'ils semblent favorables à une aide pour les résoudre. Ils préféreraient communiquer au moyen d'une boîte mail sécurisée avec une structure « éthique », comme la Commission Ethique du DUMG de Toulouse.

Population étudiée

Notre population d'étude est comparable pour le sexe ($p=0.26$), l'âge ($p=0.74$) et le département d'exercice ($p=0.79$) à la population de médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées [46]. Cependant, il existe une différence significative pour l'exercice médical en milieu « semi-rural » ($p<0.05$). Le milieu d'exercice en semi-rural est surreprésenté par rapport à celui en milieu urbain dans notre échantillon (57 *versus* 40), comparé à la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées (1194 *versus* 1264). Probablement qu'une définition de l'unité urbaine et semi-rurale aurait dû être attribuée arbitrairement car il n'en existe pas pour les différencier. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, une unité urbaine est définie comme une commune présentant une zone de bâti continu, pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions, et comptant au moins 2 000 habitants [47]. En ce qui concerne la durée d'installation et le mode d'exercice, nous ne retrouvons pas de données fiables chiffrées pour la région Midi-Pyrénées pour les comparer.

Ces éléments témoignent d'une bonne représentativité de notre échantillon d'étude. Notre population comprend des médecins généralistes travaillant exclusivement en libéral, ce qui en fait un sujet d'étude original.

Conflits éthiques dans la pratique des médecins généralistes

La majorité de notre population d'étude (74.8%) est confrontée à des conflits éthiques au cours de leur exercice médical. Les médecins généralistes estiment le nombre de conflits éthiques entre 1 et 5 au cours d'une année. Bien que ces résultats soient déclaratifs, ils sont compatibles avec la littérature. Aucune prévalence n'est retrouvée dans les études concernant spécifiquement la médecine générale. Dans l'étude de Hurst SA et al. [14],

90% des oncologues, internistes et réanimateurs interrogés sont confrontés à un dilemme éthique récent. Dans l'étude de Saarni SI et al. [19], 75.6% des médecins toutes spécialités confondues ont rencontré des difficultés éthiques sur la gestion d'un traitement. Dans la revue de la littérature de Rogers WA [18], deux études ont traité de la prévalence de différents problèmes éthiques dans la pratique libérale. Ces études ont concernées principalement les spécialités hospitalières où les cas sont « graves » ou/et « urgents » et/ou « fréquents ». Elles sont donc plus concentrées sur le milieu hospitalier et peu sur la pratique libérale. Cependant, comme les autres médecins spécialistes, tout médecin généraliste libéral a été ou sera confronté un jour à un conflit éthique dans son exercice.

Dans notre étude, les trois problématiques éthiques les plus rencontrées sont tout d'abord la problématique de la fin de vie (93.7%) puis celle du consentement et du principe d'autonomie des patients (68.4%) et enfin celle des situations de vulnérabilité des patients (66.3%). La prévalence pour les cinq problématiques éthiques étudiées est de quelques fois par an, sauf pour la problématique de début de vie, la majorité des médecins généralistes ne l'a jamais rencontrée. Ces résultats sont superposables aux résultats des études.

Il existe un grand nombre d'études traitant de la problématique de fin de vie des patients [15,29,34,36,44,48]. Dans l'étude de Hurst SA et al. [15], la problématique liée à la fin de vie est déclarée conflictuelle par 79.3% des médecins. Comme dans notre enquête, cette problématique, même bien encadrée par la législation française [43], suscite des questionnements permanents pour les professionnels de santé,

En ce qui concerne les autres problématiques, nous les retrouvons en première ligne dans la littérature. Contrairement à notre étude, l'étude de Roger WA et al. [18] montre que les médecins généralistes ont rencontré fréquemment voire très fréquemment, des problématiques liées à la contraception et au consentement éclairé du patient. Dans l'étude de Braunack-Mayer AJ [16], les médecins ont individualisés 44 problèmes éthiques. Une thèse de médecine générale [36], a répertorié les différents dilemmes éthiques rencontrés en cabinet de médecine générale.

Les dilemmes éthiques sont extrêmement complexes et variables d'un médecin à un autre. Cette enquête nous confirme bien que l'éthique médicale fait partie intégrante du quotidien du médecin généraliste.

Dans notre étude, les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes ne semblent pas être associées aux conflits éthiques. Notons seulement que le milieu d'exercice du médecin semble associé ($p < 0.01$) à la prévalence de la problématique du début de vie. Les médecins travaillant en milieu urbain et semi rural semblent plus susceptibles de rencontrer ce type de problématique par rapport à ceux exerçant en milieu rural. Cela peut probablement s'expliquer par le fait que la population pédiatrique, d'adolescent et d'adulte jeune habite préférentiellement en zone urbaine. Dans la littérature, les conclusions divergent sur l'influence des caractéristiques socio-démographiques des médecins en ce qui concernent les conflits éthiques.

Dans l'étude de Hoffmaster CB et al. [17], les décisions éthiques ont semblé être plus influencées par le sexe, l'âge, le type de pratique et le milieu d'exercice. L'étude de Klemenc-Ketis Z et al. [49] et l'étude de Saarni SI et al. [19] ont retrouvé cette tendance. Les médecins de sexe féminin, plus jeunes et ayant une sur-spécialisation ont tendance à avoir plus de difficultés avec les dilemmes éthiques. Cependant dans l'étude de Klemenc-Ketis Z et al. [49], le milieu, le mode et les années d'exercice ne semblaient pas liés. Dans l'étude européenne de Hurst SA et al. [15], l'âge et les années d'exercice ont semblé être des facteurs associés à la gestion des conflits éthiques alors que le sexe des médecins, non. La disparité des résultats de ces études montre la complexité d'étudier ce sujet. La gestion des conflits éthiques semblent légèrement influencée par les caractéristiques socio-démographiques des médecins. Dans notre étude, compte tenu du faible effectif de notre population, une simple tendance ne peut être qu'observée.

Utilité d'une aide pour résoudre les questions d'ordre éthique en libéral

Les médecins généralistes souhaitent l'aide d'un interlocuteur éthique dans 72.4% des cas. Parmi les médecins n'ayant pas été confrontés à un conflit éthique, 80 % sont ainsi favorables à cette aide. Ces résultats sont comparables avec la littérature. Dans l'étude de Hurst SA and al. [15], 81% des médecins généralistes ont estimé qu'au moins un type d'aide serait utile en libéral. Ils la considéraient plutôt comme un soutien pour les rassurer ou leur donner des conseils. Dans une autre étude, Hurst SA et al. [14] ont confirmé l'utilité d'une aide, sollicitée par les médecins, plutôt en dernier recours.

Des réticences de la part des médecins (perte de responsabilité, intrusion dans la relation médecin/patient) envers les consultations éthiques sont ressorties de certaines études [14,21]. Dans notre enquête, les raisons du refus d'aide éthique par les médecins généralistes n'ont pas été explorées. Une étude sur leurs facteurs influençant l'utilisation ou non d'une consultation éthique, serait préférable. Nous pourrions ainsi adapter au mieux l'aide éthique aux attentes des médecins généralistes.

Une boîte mail sécurisée est proposée par les médecins de Midi-Pyrénées pour communiquer avec l'aide éthique. Ils sont favorables à ce que cette aide soit issue de la Commission Ethique du DUMG de Toulouse.

Les comités d'éthique clinique améliorent la prise en charge du patient. L'étude de Schneiderman LJ et al. [25] a montré le bénéfice d'une consultation éthique en soins intensifs pour résoudre les conflits. La prise en charge des patients a été meilleure après la consultation.

En France, les comités d'éthique clinique sont clairement identifiés [50] et encadrés par la loi [51]. Nous les retrouvons au sein des réseaux de soins et au sein des centres hospitaliers, peu accessibles pour les professionnels de santé exerçant en libéral. De Goulet C avait mis en évidence dans sa thèse [35], que les médecins généralistes feraient appel à un comité d'éthique clinique si son existence était connue et son accès plus facile.

A Toulouse, l'Espace de Réflexion Ethique de Midi-Pyrénées (EREMIP) a constitué un groupe de travail pluridisciplinaire pour les soins primaires. Il réfléchit à des problématiques éthiques rencontrées dans la prise en charge des patients à leur domicile.

Quelle est la situation des comités d'éthique clinique en dehors de la France ?

En Belgique, les comités d'éthique clinique jouent un rôle limité par rapport aux comités de réflexion d'éthique [26]. Ils se situent, comme en France, au sein de service hospitalier. Dans les autres pays, anglo-saxons [28,24,52] et en Allemagne [27], les comités d'éthique sont présents, avec une utilité et un bénéfice démontré. Ces aides restent au niveau hospitalier ou dans les centres de soins. Prenons l'exemple des Etats-Unis, les médecins généralistes travaillent essentiellement au sein de grands groupes médicaux. Nous retrouvons un système de soin similaire au Canada où peu de médecins généralistes travaillent de manière « solitaire ».

Les systèmes de soins étant disparates d'un pays à l'autre, la comparaison de nos résultats sur l'aide éthique est difficile.

Limites

Bien qu'il s'agisse d'un sujet original reflétant les difficultés éthiques en soins primaires, notre étude comporte certains biais et l'interprétation des résultats doit être pondérée.

Cette étude, avec un taux de participation de 5.4%, est basée sur un faible échantillon de médecins généralistes (n=127) de la région Midi-Pyrénées. Nous avons exclu 12 questionnaires car incomplets sans que nous n'en connaissions la raison exacte. Au total, notre échantillon représente 3.6% des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées (sur l'effectif de 2013 [46]).

Cette enquête entraîne un certain nombre de biais : biais de mémorisation, de déclaration et de sélection. Il s'agit d'une enquête déclarative et rétrospective sur une population de médecins généralistes inscrits volontairement sur la liste de l'URPS de Midi-Pyrénées. De plus, nous pouvons nous demander si les médecins ayant répondu à ce questionnaire sont des médecins plus disponibles et/ou plus sensibilisés et intéressés par ce sujet. L'exhaustivité aurait pu être améliorée en élargissant à d'autres problématiques éthiques.

Cette enquête manque de puissance, elle ne permet donc pas d'obtenir des résultats suffisamment fiables pour les extrapoler à la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Elle montre juste des tendances.

Perspectives

La présence de conflits éthiques dans la pratique des médecins généralistes libéraux et leurs avis favorables à un soutien éthique pour les résoudre, nous laisse penser que la mise en place d'une « structure éthique » serait utile en libéral. La communication entre les professionnels de soins primaires et le soutien éthique devrait se réaliser par un moyen facile et rapide. Internet semble être pour les médecins généralistes un moyen de communication satisfaisant. La majorité sollicite une boîte mail sécurisée.

De plus larges études pourraient confirmer l'utilité et les attentes d'une aide à la décision éthique pour les professionnels de santé travaillant en libéral.

Conclusion

Les médecins généralistes ont un rôle complexe dans le parcours de soins de leurs patients. Acteurs de soins primaires, ils sont en première ligne dans la prise en charge de leurs patients. La relation médecin-malade, construite au fil des années, place le soignant face à l'histoire singulière de chaque patient.

Les médecins généralistes libéraux sont confrontés, comme les autres soignants, à des conflits éthiques dans leur exercice. Il apparaît que la problématique du début de vie est peu rencontrée tandis que celle de la fin de vie est souvent conflictuelle.

Notre enquête montre que les médecins généralistes ont des besoins de soutien éthique. Ils souhaiteraient avoir un interlocuteur éthique dans une structure, et ils sont favorables qu'elle soit au sein de la Commission Ethique du DUMG de Toulouse.

D'autres études, à plus grande échelle, pourraient confirmer les besoins en éthique des médecins généralistes et évaluer leurs attentes. Cela aiderait à la mise en œuvre d'un espace éthique qui leur est adapté. La mise en place d'une antenne éthique organisée au sein du DUMG de Toulouse pourrait également être évaluée.

Pourquoi ne pas ouvrir également cet espace éthique aux internes de médecine générale ?

Bibliographie

- [1]. Définition européenne de la médecine générale. WONCA EUROPE 2002.
- [2]. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Le Seuil; 1990, 424p.
- [3]. Trials of war criminals before the Nuremberg military tribunals under Control Council law n°10. Volume II, p181-184, Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1949 -1953.
- [4]. Smadja D. Les fondements philosophiques de l'éthique médicale. Médecine Palliative 2003;2:91-95.
- [5]. Gueibe R. Le droit, la déontologie, la morale et l'éthique. La lettre du Groupe Francophone d'Etude et de Formations en Ethique de la Relation de Service et de Soins 2009;3:1-2.
- [6]. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris : Delagrave ; 2000, 212p.
- [7]. Comte-Sponville A. Lettre internationale, n° 28, printemps 1991. In: Comte-Sponville A. Valeur et vérité, Etudes cyniques. 3ème édition. Paris:PUF ;1998.p.183-205.
- [8]. Jaunait A. Ethique, morale et déontologie. In: HIRSCH E. Traité de Bioéthique, Tome I. Fondements, principes, repères. Toulouse:Erès ;2010. 3 volumes. p.107-120.
- [9]. Code de Déontologie Médicale, Figurant dans le Code de la Santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (Mise à jour du 14 déc. 2006).
- [10]. Cobbaut JP, Boitte P. Ethique clinique, normativités et application des normes. In: Herve C, Knoppers BM, Molinari PA, Moutel G. Ethique médicale, bioéthique et normativités. Paris:Dalloz,2003. p.185-199.
- [11]. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4e éd. New York, Oxford: Oxford University Press; 1994, 546 p.

- [12]. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Belmont Report, 1974, 14 p.
- [13]. Baumann F. L'éthique médicale au quotidien : un concept d'efficacité d'éthique clinique. *Ethique et santé* 2004;1:131-133.
- [14]. Hurst SA., Hull SC, Duval G, and al. How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *J Med Ethics* 2005;31:7–14.
- [15]. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, and al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics* 2007;33:51-7.
- [16]. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics* 2001;27:98-103.
- [17]. Hoffmaster CB, Moira A, Christie RJ and al. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. *Soc Sci Med.* 1991;33:647-653.
- [18]. Rogers WA. A systematic review of empirical research into ethics in general practice. *British Journal of General Practice* 1997;47:733-737.
- [19]. Saarni SI, Halila R, Palmu P, and al. Ethically problematic treatment decisions in different medical specialties. *J Med Ethics* 2008;34:262-267.
- [20]. Papanikitas A, Toon P. Primary care ethics: A body of literature and a community of scholars? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2011;104:94–96.
- [21]. Unnikrishan B, Kanchan T, Kulkarni V, and al. Perceptions and practices of medical practitioners towards ethics in medical practice – A study from coastal South India. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014;22:51-56.
- [22]. Robillard HM, Sebastian JG, Perritt LJ. and al. Ethical issue in primary health care : a survey of practitioners' perceptions. *Journal of Community Health* 1980;14:9-14.
- [23]. Orłowski, Hein, Christensen, et al. Why doctors use or do not use ethics consultation ? *J Med Ethics* 2006;32: 499–502.

- [24]. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, et al. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004;19:251–258.
- [25]. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al. Effet de consultations l'éthique sur non bénéfique survie traitements dans le cadre de soins intensifs: un essai contrôlé randomisé. *JAMA* 2003;290:1166-1172.
- [26]. Meulenbergs T, Vermylen J, Schotsmans PT. The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium. *J Med Ethics* 2005;31:318–21.
- [27]. Reiter-Theil S. Ethics consultation in Germany: the present situation. *HEC Forum* 2001;13:265–80.
- [28]. Szeremeta M, Dawson J, Manning D, et al. Snapshots of five clinical ethics committees in the UK. *J Med Ethics* 2001;27(Suppl 1):09–17.
- [29]. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine palliative - Soins de support – Accompagnement – Ethique* 2011;10:286-291.
- [30]. Gonzales-De Paz L, Kostov B, Lopez-Pina J and al. Ethical behaviour in clinical practice: a multidimensional Rasch analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain). *Qual Life Res* 2014;23: 2681–2691.
- [31]. Cordier A. Rapport « Ethique et profession de santé ». Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, mai 2003, 65 p.
- [32]. Moussaoui D. The challenge for medical ethics in the 21st century is it education. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2007; 191: 131-137.
- [33]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis sur la formation à l'éthique médicale. Avis n°84 2004, 32 p.
- [34]. Association Médicale Mondiale. Manuel d'Ethique Médicale. 2^{ème} édition, 2009.

- [35]. De Goulet C. Éthique et comités d'Éthique en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Dijon : Université de Bourgogne, 2009, 88p.
- [36]. Lerey E. Quelques cas d'éthique en Médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Lille : Université du Droit et de la Santé Lille 2, 2002, 124 p.
- [37]. Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. Que sais-je ? 2013 ; 128 p.
- [38]. Baumann F. Les cas de conscience du médecin généraliste, l'éthique médicale au quotidien. Paris : Josette Lyon, 1999 ; 137 p.
- [39]. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
- [40]. Charte du patient hospitalisé, annexe de la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.
- [41]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.
- [42]. Conseil national de l'ordre des médecins. Du droit au consentement au droit de refus de soins. 2004.
- [43]. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- [44]. Grouille D, Sardin B, Terrier G. Aide à la réflexion et à la décision éthique en soins palliatifs. Ethique et santé 2013;10:192-199.
- [45]. Site de statistiques BiostaTGV. [en ligne] <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>. Consulté le 2 avril 2015.
- [46]. Sicard D. Les médecins au premier janvier 2013. Série statistiques. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques 2013, 179p.
- [47]. Site de l'Insee. Rubriques définitions et méthodes. [en ligne] <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.html>. Consulté le 25 mars 2015.

- [48]. Mantz JM. Problèmes éthiques médicaux d'actualité. Bulletin de l'Académie National de Médecine 2008;259-275.
- [49]. Klemenc-Ketis Z, Kernisk J, Ojstersek J. Perceived Difficulties in Managing Ethical Problems in Family Practice in Slovenia: Cross-sectional Study. Croat Med J. 2008;49:799-806.
- [50]. Byk C. Ethic Committees in France : An irresistible progression. Médecine et droit 2013;118:9-11.
- [51]. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.
- [52]. Slowther A, Johnston C, Goodall J, et al. Development of clinical ethics committees. BMJ 2004;328:950–9522.
- [53]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Serment d'Hippocrate. 5 janvier 2012.
- [54]. Celis R. L'éthique médicale à l'épreuve de la sagesse hippocratique. Ethique et santé 2006;3:8-17.
- [55]. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris : Flammarion, 2013 ; 381p.
- [56]. Bentham J. Déontologie médicale ou des droits et des devoirs des médecins dans l'état actuel de la civilisation.
- [57]. Code de Nuremberg. 1947. [en ligne]. <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad>. Consulté le 10 mars 2015.
- [58]. Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale-Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. [en ligne] <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/index.html>. Consulté le 10 mars 2015.
- [59]. Conseil européen des Ordres de Médecins. Charte européenne d'Ethique Médicale. 10 juin 2011.

Annexe

Annexe I Les fondements historiques de l'éthique médicale

- La médecine hippocratique

Hippocrate (né en 420 avant Jésus-Christ), médecin grec, laisse une double empreinte à la médecine occidentale jusqu'au XIX^{ème} siècle. Il a écrit d'une part les fondements de la pratique médicale avec le Serment d'Hippocrate [53], dictant quelques grands principes : respect de l'homme, les soins aux personnes sans distinction ni discrimination, le secret médical. Et d'autre part, il décrit le concept de nature médicatrice [54].

- La médecine expérimentale de Claude Bernard (1813-1877)

Au XIX^{ème} siècle, apparaît grâce à Claude Bernard, l'explication physiologique de la maladie. Il va expliquer les phénomènes pathologiques par leur rapport avec l'état normal en se fondant sur une méthode, l'expérimentation médicale. La difficulté majeure est la nécessité d'étudier le vivant par le vivant. Des relations étroites vont s'établir entre la méthode expérimentale et l'éthique. Il est confronté à des problèmes moraux et donc, naît le questionnement éthique lié à l'expérimentation sur l'Homme qu'il aborde dans « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » [55].

- Emergence de la déontologie

En 1845, Bentham J crée le concept de déontologie comme science de la morale. Initialement circonscrite au domaine philosophique, ce terme est introduit en France dans la pratique médicale par la publication de « Déontologie médicale ou des droits et des devoirs des médecins dans l'état actuel de la civilisation » [56].

- L'eugénisme

Parallèlement à l'essor de la médecine expérimentale, Darwin C met en évidence la sélection naturelle, Mendel découvre des lois de l'hérédité et Weismann défend la théorie du plasma germinatif. L'eugénisme est quant à lui, inventé par Galton F en 1883. Cette notion peut être définie par l'ensemble des pratiques visant à intervenir sur le patrimoine génétique de l'espèce humaine, dans le but de le faire tendre vers un idéal déterminé.

- Le procès de Nuremberg et la crise de l'éthique médicale

Après la Seconde Guerre mondiale, le Code de Nuremberg [57] est élaboré en 1947, à la suite du procès [3] du même nom.

Ce procès a présenté l'interaction entre la médecine et l'idéologie nazie, ou comment la médecine est devenue un instrument de la politique raciale. L'homme est considéré comme un objet scientifique et non comme un être humain. Il est devenu nécessaire de replacer l'éthique au centre de la médecine. Ce code, en dix articles, pose les règles de protection de la personne humaine en matière d'expérimentation médicale. A la différence des directives allemandes de 1931, le consentement éclairé est le principe, premier énoncé, absolu à la conduite de recherche scientifique mettant en jeu des sujets humains.

Le monde médical et les gouvernements ont ressenti le besoin de réflexion concernant la pratique médicale, les conditions de travail et l'être humain.

L'Association Médicale Mondiale (AMM) est créée en 1947 et elle élabore le Serment de Genève en 1948.

Le 10 décembre 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme est adoptée.

En 1949, l'AMM édite le Code International d'Éthique Médicale et en 1964, la première Déclaration d'Helsinki [58] énonçant les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables.

- Le rapport Belmont et la création des comités d'éthique

Dans les années 1960, suite aux différents scandales médicaux qui ont éclaté aux États-Unis, des organismes gouvernementaux et médicaux ont rédigé des normes relatives à la recherche clinique chez l'homme. En 1974, la « National Commission for the Protection of Human Subjects and Behavioral Research » est créée. Elle élaborera en 1979, le Rapport Belmont [12].

Ce rapport trace la voie aux comités d'éthique de la recherche et fonde son analyse sur trois principes éthiques fondamentaux : le respect de la personne, le principe de bienfaisance et le principe de justice. Ces trois principes seront repris la même année par Beauchamp TL et Childress JF [11] en y ajoutèrent le principe de non-malfaisance.

Un mouvement éthique international se met donc en place avec la création de commissions d'éthique. En France, les premiers comités d'éthique sont créés en 1975 dont la fonction principale était de valider les protocoles de recherche. Il faut attendre 1983 pour que CCNE soit créé.

En juin 2011, le Conseil Européen de l'Ordre des Médecins a adopté la Charte Européenne d'Ethique Médicale [59].

Annexe II Le questionnaire diffusé aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées

I) Données socio-démographiques

1. Êtes-vous ?

- Homme
- Femme

2. Quel est votre âge ?

- <35ans
- 35-40ans
- 41-45ans
- 46-50ans
- 51-55ans
- 56-60ans
- >60ans

3. Quelle est votre année d'installation ?

4. Dans quel département êtes-vous installé ?

- Ariège
- Aveyron
- Gers
- Tarn
- Tarn et Garonne
- Lot
- Haute-Garonne
- Hautes-Pyrénées

5. Quel est votre milieu d'exercice ?

- Rural (<2000 habitants)
- Semi-rural
- Urbain

6. Quel est votre mode d'exercice ?

- Seul
- En groupe

II) Les conflits éthiques dans votre pratique

7. Avez-vous été confronté à des conflits éthiques ?

- Oui
- Non (passez à la question 11)

8. Durant l'année 2014, quel est le nombre moyen de conflits rencontrés ?

- Aucun
- Entre 1 et 5
- Entre 6 et 10
- Entre 11 et 20
- Entre 20 et 30
- Plus de 30

9. Dans votre pratique, quels sont les trois problématiques les plus fréquemment rencontrées ?

- Sur le consentement du patient et le principe d'autonomie
- Sur le début de vie
- Sur la fin de vie
- Sur le secret professionnel
- Sur les situations de vulnérabilité

10. Au cours de l'année 2014, à quelle fréquence estimez-vous avoir rencontré ces problématiques ?

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Consentement du patient et principe d'autonomie							
Début de vie							
Fin de vie							
Secret professionnel							
Situations de vulnérabilité							

III) Pour aller plus loin :

11. Souhaiteriez-vous avoir un interlocuteur disponible pour vos questions d'ordre éthique ?

Oui Non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) (télé médecine/ boîte mail sécurisée/ présentation de dossier...) ?.....

.....

12. 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.

Oui Non

13. Vos commentaires éventuels :

.....

Je vous remercie de votre participation. Si vous souhaitez connaître les conclusions de cette enquête :

Votre e-mail :

Annexe III Lettre de présentation du questionnaire

Cher Confrère(s), Consœur(s),

Je réalise un travail de thèse sur les conflits éthiques que vous rencontrez dans votre pratique.

Ce travail est dirigé par le Dr Serge Bismuth, Maître de Conférences des Universités au Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse. L'Espace de Réflexion Ethique Midi-Pyrénées (EREMIP) nous soutient et nous aide pour ce travail.

Le 9 octobre 2002 le rapport CORDIER « Ethique et Professions de Santé » recommande « la formation d'Espace de réflexion éthique dans chaque région, localisé dans le ou les hôpitaux universitaires ». La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique inscrit un article L.1412-6 dans le code de la Santé Publique prévoit désormais la mise en place d'espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux, et cette loi renvoie à l'arrêté du 4 janvier 2012 définissant les règles de constitution, de composition et de fonctionnement de ces espaces.

Les conflits éthiques rencontrés par les médecins généralistes ont été partiellement étudiés dans la littérature. Le problème n'est pas tant que les médecins libéraux n'abordent pas les questions éthiques, mais le fait qu'ils n'ont pas de lieu, ni le temps pour formaliser leur réflexion éthique.

Notre objectif est d'identifier vos principales problématiques en matière d'éthique dans votre pratique et de connaître votre avis sur l'utilité d'une aide à votre décision dans ces situations.

A partir d'une revue de la littérature, nous avons dégagé les 5 principales problématiques éthiques :

Le consentement du patient et le principe d'autonomie : conflit entre le respect de l'autonomie du patient et la bienfaisance, problématiques de l'information du patient...

Le début de vie : problématiques concernant la contraception, l'interruption de grossesse, le diagnostic prénatal, la procréation médicale assistée...

La fin de vie : problématiques de soins palliatifs, d'arrêt/limitation des thérapeutiques, de demande d'euthanasie, des directives anticipées...

Le secret professionnel : problématiques concernant le « secret partagé », les maladies infectieuses contagieuses (VIH...), le mineur, le dossier médical ...

Les situations de vulnérabilité : problématiques pouvant concerner les personnes âgées, les malades psychiatriques, les grands précaires...

Le questionnaire ci-joint est anonyme et confidentiel, en aucun cas un jugement de votre pratique. La durée du questionnaire est estimée à 2 minutes.

Je vous remercie par avance de votre attention et de votre participation à ce questionnaire. Les résultats seront à votre disposition si vous le souhaitez. (Merci de nous adresser votre adresse mail à la fin du questionnaire pour un retour d'informations).

Bien fraternellement, Anne Cella

Annexe IV Comparaison de la prévalence des cinq problématiques éthiques avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins généralistes

Tableau comparatif la prévalence de la problématique « **Consentement et autonomie du patient** » avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins.

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	<i>p</i>
<i>Sexe</i>								0.16
Homme	12	33	9	2	0	0	0	
Femme	5	19	12	0	1	1	1	
<i>Age en années</i>								0.74
< 35	0	3	2	1	0	0	0	
35-40	1	9	1	0	0	1	0	
41-45	2	5	2	0	0	0	0	
46-50	2	6	4	0	0	0	0	
51-55	4	10	7	0	0	0	1	
56-60	4	7	3	1	0	0	0	
> 60	4	12	2	1	0	0	0	
<i>Milieu d'exercice</i>								0.34
Urbain	7	17	5	1	0	1	1	
Semi-rural	7	26	9	0	0	0	0	
Rural	3	9	7	2	0	0	0	
<i>Mode d'exercice</i>								0.48
Seul	7	11	7	1	0	1	0	
En groupe	10	41	14	2	0	1	0	

Tableau comparatif la prévalence de la problématique « **Début de vie** » avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins.

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	<i>p</i>
<i>Sexe</i>								0.14
Homme	47	8	1	0	0	0	0	
Femme	26	12	1	0	0	0	0	
<i>Age en années</i>								0.61
< 35	4	2	0	0	0	0	0	
35-40	8	4	0	0	0	0	0	
41-45	6	3	0	0	0	0	0	
46-50	10	2	0	0	0	0	0	
51-55	17	3	2	0	0	0	0	
56-60	12	3	0	0	0	0	0	
> 60	16	3	0	0	0	0	0	
<i>Milieu d'exercice</i>								<0.01
Urbain	23	8	9	0	0	0	0	
Semi-rural	33	9	0	0	0	0	0	
Rural	17	3	1	0	0	0	0	
<i>Mode d'exercice</i>								0.07
Seul	20	5	2	0	0	0	0	
En groupe	53	15	0	0	0	0	0	

Tableau comparatif la prévalence de la problématique « **Fin de vie** » avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins.

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	<i>p</i>
<i>Sexe</i>								0.14
Homme	5	35	10	3	2	1	0	
Femme	2	20	16	0	1	0	0	
<i>Age en années</i>								0.34
< 35	0	1	4	0	1	0	0	
35-40	1	7	4	0	0	0	0	
41-45	2	5	1	0	1	0	0	
46-50	1	8	1	1	1	0	0	
51-55	0	14	7	1	0	0	0	
56-60	2	7	5	0	0	1	0	
> 60	1	13	4	0	0	0	0	
<i>Milieu d'exercice</i>								0.19
Urbain	2	23	4	1	2	0	0	
Semi-rural	2	22	15	2	1	0	0	
Rural	3	10	7	0	0	1	0	
<i>Mode d'exercice</i>								0.34
Seul	3	16	7	0	0	1	0	
En groupe	4	39	19	3	3	0	0	

Tableau comparatif la prévalence de la problématique « **Secret professionnel** » avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins.

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	<i>p</i>
<i>Sexe</i>								0.87
Homme	9	29	12	3	1	1	1	
Femme	5	22	8	2	0	2	0	
<i>Age en années</i>								0.34
< 35	1	2	2	0	0	1	0	
35-40	1	8	3	0	0	0	0	
41-45	1	6	2	0	0	0	0	
46-50	2	4	5	0	1	0	0	
51-55	2	11	7	1	0	1	0	
56-60	4	7	1	2	0	1	0	
> 60	3	13	0	2	0	0	0	
<i>Milieu d'exercice</i>								0.86
Rural	3	12	3	2	0	1	0	
Semi-rural	7	24	9	1	0	1	0	
Urbain	4	15	8	2	1	1	1	
<i>Mode d'exercice</i>								0.54
Seul	4	11	9	2	0	1	0	
En groupe	10	40	11	3	1	2	1	

Tableau comparatif la prévalence de la problématique « **Situations de vulnérabilité** » avec le sexe, l'âge, le milieu et le mode d'exercice des médecins.

	Jamais	Quelques fois par an	Plusieurs fois par an	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	<i>p</i>
<i>Sexe</i>								0.25
Homme	11	35	7	0	2	1	0	
Femme	3	24	10	1	1	0	0	
<i>Age en années</i>								0.16
< 35	0	4	1	1	0	0	0	
35-40	0	10	2	0	0	0	0	
41-45	3	5	1	0	0	0	0	
46-50	2	10	0	0	0	0	0	
51-55	3	10	7	0	2	0	0	
56-60	2	9	3	0	0	1	0	
> 60	4	11	3	0	1	0	0	
<i>Milieu d'exercice</i>								0.18
Urbain	6	21	5	0	0	0	0	
Semi-rural	5	28	5	1	3	0	0	
Rural	3	10	7	0	0	1	0	
<i>Mode d'exercice</i>								0.33
Seul	6	15	5	0	0	1	0	
En groupe	8	44	12	1	3	0	0	

Annexe V Tableau récapitulatif des différentes formes d'interlocuteur éthique souhaitées

Les différentes formes d'interlocuteur souhaitées par les médecins généralistes pour leurs questions d'ordre éthique.

Numéro du questionnaire	Sous quelle(s) forme(s) souhaiteriez-vous votre interlocuteur pour vos questions d'ordre éthique ?
120	Présentation de dossier en télémédecine
121	Tchat ou email
122	Médimail
123	Boite mail
125	Boite mail sécurisée/téléphone
126	Présentation de dossier à un interlocuteur
127	Présentation de dossier par mail
128	Mail sécurisé
129	Choix d'un superviseur
131	Présentation de dossier/discussion de vive voix (téléphone ou réunion)
132	Mail
133	Présentation de dossier par mail sécurisé
135	Présentation de dossier
137	Boite mail sécurisée
139	Mail sécurisé
141	Contact humain quelque soit le mode de communication et en direct
142	Mail
144	Au téléphone mais disponibilités parfois moins faciles que par mail
145	Boite mail sécurisée
146	Entretien direct
147	Présentation de dossier
151	-
152	Contact téléphonique avec un membre du CDOM /Boite mail sécurisée
153	Téléphone ou mail
155	Téléphone ou mail sécurisé
156	Un interlocuteur par boite mail sécurisée serait intéressant
157	Présentation de dossier/mail sécurisé + téléphone
158	Entretien téléphonique pour échange confraternel +/- avis juridique
159	Boite mail

Les différentes formes d'interlocuteur souhaitées par les médecins généralistes pour leurs questions d'ordre éthique.

Numéro du questionnaire	Sous quelle(s) forme(s) souhaiteriez-vous votre interlocuteur pour vos questions d'ordre éthique ?
160	Comité éthique départemental ou régional
163	-
164	Boîte mail
165	Boite mail sécurisée
168	Mail sécurisé
169	Boite mail
170	Entretien oral +/- vidéo
171	Mail
174	Télémédecine
175	Mail
177	Un numéro de téléphone
178	Dossier personnalisé sur la fin de vie et gestion des familles
180	Conseiller ordinal
181	Mail sécurisé
182	Mail en premier lieu (sous réserve de réponse effective), avec possibilité de rencontre "physique" si besoin
184	Boite mail sécurisée
185	Présentation de dossier par mail
187	Boite courriel
188	-
191	-
193	Boite mail
197	Boite mail sécurisée
200	Mail sécurisé pour présenter le cas et lorsque je suis en difficulté un interlocuteur téléphonique
201	Mail sécurisé
202	Présentation par mail
203	Boite mail
206	Boite mail
207	Présentation de dossier par télémédecine
210	Boite mail
214	Télémédecine/boite mail sécurisée
217	-
219	Boîte mail
222	Boite mail sécurisée

Les différentes formes d'interlocuteur souhaitées par les médecins généralistes pour leurs questions d'ordre éthique.

Numéro du questionnaire	Sous quelle(s) forme(s) souhaiteriez-vous votre interlocuteur pour vos questions d'ordre éthique ?
223	Par contact physique
225	Présentation du dossier en direct
226	-
228	Présentation de dossier par boîte mail sécurisée
229	Présentation dossier en direct
230	En direct
232	Boîte mail
233	Mail / télémédecine
237	Présentation de dossier par boîte mail sécurisée (Médimail)
238	Boîte mail sécurisée
239	Mail / télémédecine
240	Sous formes rapides et actuelles
242	Boîte mail
244	Boîte mail
245	Téléphone
247	Mail
248	Boîte mail sécurisée ou contact téléphonique avec interlocuteur direct et identifiable
249	-
250	Boîte mail
251	Télémédecine
253	Boîte mail sécurisée (Médimail)
256	Présentation de dossiers par mail sécurisé
259	Présentation de dossiers par mail sécurisé
260	En fait pour les conflits d'ordre éthique je me rapproche du CDOM qui m'a toujours apporté des réponses adaptés en relation avec le service juridique du CNOM
263	Utilisation Médimail plus vidéoconférence
264	Rencontres
265	Contact téléphonique (numéro de téléphone dédié)
266	Référent auquel on peut s'adresser si problème insurmontable
267	-
268	Boîte mail

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Toulouse, le 2 juillet 2015

L'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification de conflits et de l'utilité d'une aide**-Enquête auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées –**

Introduction Les conflits éthiques rencontrés par les médecins généralistes libéraux ont été peu étudiés. Cette étude est centrée sur cinq problématiques éthiques : le consentement et l'autonomie des patients, le début de vie, la fin de vie, le secret professionnel et les situations de vulnérabilité. L'objectif était d'interroger les médecins généralistes sur ces conflits et de mettre en évidence leurs besoins éventuels d'un soutien éthique pour la résolution de ces conflits en soins primaires.

Matériels et méthodes Une enquête descriptive, rétrospective et observationnelle a été menée auprès des médecins généralistes libéraux, et installés en Midi-Pyrénées. Le recueil des données a été effectué de décembre 2014 à avril 2015 par un questionnaire distribué par courriel.

Résultats L'étude a concerné 127 médecins généralistes. Parmi eux, 95 (75.8%) ont été confrontés à au moins un conflit éthique dans leur exercice médical, ils estimaient en rencontrer entre 1 et 5 durant l'année 2014. La problématique sur la fin de vie était la plus rencontrée (93.7%) et sa prévalence était de quelques fois par an. Une aide éthique était souhaitée par 72.4% des médecins, via boîte mail sécurisée (60.7%). Ils étaient favorables (65.4%) que l'aide soit issue de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Discussion Les médecins généralistes libéraux, comme tout soignant, sont confrontés à des conflits éthiques dans leur pratique. Cette étude montre qu'ils ont des besoins de soutien éthique. Ils souhaiteraient avoir un interlocuteur dans une structure éthique.

Mots-clés : éthique médicale, soins primaire, médecin généraliste, conflits éthiques, comité d'éthique

Medical ethic within the practice of General Practitioners. : Identification of conflicts and need of help**-A survey addressed to Midi-Pyrénées General Practitioners-**

Introduction Very few studies address ethical conflicts met by general practitioners (GPs). Five ethical issues were targeted throughout this study: patient's consent and autonomy, early life, end of life, professional secrecy and situations of vulnerability. The study's aim was to ask GPs about these conflicts and underline the help they might need in the ethical area in order to resolve these situations in primary healthcare.

Methods A descriptive, retrospective and observational study was carried out between December 2014 and February 2015 using a survey sent by e-mail to GPs working in Midi-Pyrénées.

Results This study included 127 GPs. 95 (75.8%) of them have already been confronted to an ethical conflict within their line of practice and estimated having been confronted with this situation between 1 to 5 times within the year 2014. With a multiple times per year prevalence, the end of life issue was the most frequent (93.7%). 72.4% of GPs wished to have an ethical help, using a secure mail box. They agreed (65.4%) on the help being given by the Ethical Commission of Toulouse General Medicine University Department.

Discussion GPs, like any caregiver, are confronted to ethical conflicts within their line of practice. This study underlines their need of an ethical support. They would like to have an interlocutor within an ethical structure.

Keywords : General practitioners, ethics, ethics committees, clinical ethics, primary care

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : BISMUTH Serge