



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2017 N°125/126

LA CLAUSE DE CONSCIENCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Étude qualitative et enquête transversale auprès de médecins
généralistes de la région Rhône-Alpes.

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 13 juin 2017,

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine,

Par

Marthe SALMON,

Née le 21 janvier 1986 à Suresnes (92),

Marguerite BARROIS, nom d'usage BARROIS-MULLER,

Née le 31 mars 1988 à Oullins (69).

Sous la direction du Docteur Thierry FARGE et du Professeur Olivier PERRU.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD-LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud-Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MÉRIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Classe exceptionnelle

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillessement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Première Classe

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation

MAGAUD Jean-Pierre
 PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 POUTEIL-NOBLE Claire
 PRACROS J. Pierre
 RIOUFFOL Gilles
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 RUFFION Alain
 SANLAVILLE Damien
 SAURIN Jean-Christophe
 SEVE Pascal
 TEBIB Jacques
 THOBOIS Stéphane
 TRILLET-LENOIR Véronique
 TRONC François

Hémato ;transfusion
 Parasitologie et Mycologie
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Cardiologie
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Urologie
 Génétique
 Hépatogastroentérologie
 Médecine Interne, Gériatrique
 Rhumatologie
 Neurologie
 Cancérologie ; Radiothérapie
 Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
Deuxième Classe

ALLAOUCHICHE
 BARREY Cédric
 BOHE Julien
 BOULETREAU Pierre
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHAPET Olivier
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DALLE Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCO Patricia
 GHESQUIERES Hervé
 GILLET Pierre-Germain
 HAUMONT Thierry
 KASSAI KOUPI Berhouz
 LASSET Christine
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 POULET Emmanuel
 REIX Philippe
 SALLE Bruno

 SERVIEN Elvire
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
 TRINGALI Stéphane
 WALLON Martine
 WALTER Thomas

Anesthésie-Réanimation Urgence
 Neurochirurgie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Cancérologie, radiothérapie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Dermatologie
 Pneumologie
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire,
 Physiologie
 Hématologie
 Biologie Cell.
 Chirurgie Infantile
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Epidémiologie., éco. santé
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Psychiatrie Adultes
 Pédiatrie
 Biologie et Médecine du développement et de la
 reproduction
 Chirurgie Orthopédique
 Thérapeutique
 Physiologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 O.R.L.
 Parasitologie mycologie
 Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS NON TITULAIRES

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRES

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIÉ - MÉDECINE GÉNÉRALE – NON TITULAIRES

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIÉS SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MÉDECINE GÉNÉRALE

BONIN Olivier

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS Hors Classe

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS Première Classe

BELOT Alexandre
BRUNEL SCHOLTES Caroline
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Pédiatrie
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
Deuxième Classe

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS – MÉDECINE GÉNÉRALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS ÉMÉRITES

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLOSCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

JURY

Président

Monsieur le Professeur Alain MOREAU,
Professeur des Universités - Médecine Générale
UFR Lyon Est

Membres assesseurs

Monsieur le Professeur René-Charles RUDIGOZ,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Classe exceptionnelle Échelon 2
Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
UFR Lyon Est

Madame le Professeur Liliane DALIGAND,
Professeur émérite
Médecine légale et droit de la santé
UFR Lyon Est

Monsieur le Docteur Thierry FARGE,
Docteur en médecine - Maître de Conférences associé de Médecine Générale
UFR Lyon Est

Monsieur le Professeur Olivier PERRU,
Professeur de philosophie
Université Lyon 1

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Alain MOREAU,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse et nous vous en remercions. Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à notre sujet et de l'aide que vous nous avez apportée pour finaliser notre travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur René-Charles RUDIGOZ,

Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse et nous vous en remercions. Nous espérons que notre travail pourra apporter un éclairage sur ce sujet qui peut également concerner les gynécologues-obstétriciens.

Madame le Professeur Liliane DALIGAND,

Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse et nous vous en remercions. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Monsieur le Docteur Thierry FARGE,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de nous avoir fait confiance. Merci pour le temps que tu nous as accordé, ton aide, ton soutien et tes encouragements pendant ces deux années.

Monsieur le Professeur Olivier PERRU,

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail et d'avoir accompagné notre réflexion sur ce sujet. Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré et des conseils que vous nous avez donnés, pour la rédaction de notre travail et lors de nos rencontres régulières depuis deux ans.

**Au Président et aux membres de ce jury,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude
et de notre profond respect.**

Nous tenons également à remercier tout particulièrement :

Monsieur le Professeur René ECOCHARD. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail, le temps que vous nous avez consacré et l'aide que vous nous avez apportée. Merci pour votre éclairage et pour les perspectives que vous avez su donner à la partie quantitative de notre étude. Soyez assuré de l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Tous les médecins qui ont participé à cette étude. Nous remercions tout particulièrement les médecins qui nous ont reçus pour les entretiens, parfois longs, de notre étude qualitative.

À nos relecteurs, Cécile, Lucrece, Oriane et Thomas. Merci pour vos conseils et pour le temps que vous nous avez consacré.

À nos amies thésées, Blandine et Léa, pour vos précieux conseils méthodologiques.

REMERCIEMENTS MARTHE

À Marguerite. Tu m'as proposé ce sujet qui effectivement s'est révélé être un beau projet. Merci pour ta confiance, ton sérieux, ton pragmatisme et ton soutien. C'était également pour moi un grand plaisir de travailler avec toi pendant ces deux années.

À ma famille, et plus particulièrement à mes parents. Merci pour ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre soutien et vos attentions tout au long de mes études de médecine.

À ma fratrie précieuse, merci pour vos attentions et votre présence.

À mes grands-parents, merci d'avoir éveillé en moi cette vocation de médecin, merci également pour les valeurs que vous m'avez transmises.

À mes amis, de Paris et de Lyon. Merci pour votre amitié fidèle et votre présence à mes côtés. Merci pour votre soutien dans la dernière ligne droite.

Aux médecins qui ont été pour moi des références sur le plan médical et humain. Nous avons tellement besoin d'exemple. Plus particulièrement au Dr Ranc, merci d'avoir accompagné mes premiers pas de médecin remplaçant.

REMERCIEMENTS MARGUERITE

À Marthe. Tu as accepté de te lancer dans ce projet ambitieux et un peu fou avec moi et c'est avec grand plaisir que j'ai travaillé à tes côtés pendant ces presque deux années. Tu as su donner à cette thèse une dimension philosophique et je t'en remercie ; ce travail n'aurait pas été aussi complet sans toi.

À ma famille, et plus particulièrement à mes parents. Je vous remercie infiniment pour ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre soutien indéfectible dans les moments heureux comme dans les moments moins heureux.

À mes quatre frères, uniques entre tous.

À mes amis, de courte ou de longue date, merci pour votre soutien dans tous les domaines et pour votre présence à mes côtés.

À tous ceux qui m'ont enseigné et donné le goût de la médecine ; aux personnes qui m'ont accompagnée et soutenue pendant ces longues années d'étude.

Je tiens à remercier tout particulièrement ceux qui m'ont formée en médecine générale et m'ont confortée dans ma vocation, en particulier le Dr T. Farge, le Dr R. Fauché, le Dr. B. Guibert, le Dr J.F. Merle et le Dr. C. Rousset.

Et enfin, merci à ToSo, pour leur aide et leur soutien dans la dernière ligne droite et merci à l'Atelier de la Montagne Splendide et à ses hôtes, pour l'accueil et l'ambiance studieuse qui y règne et qui a été précieuse pour la rédaction de ce travail.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

TABLES DES MATIÈRES

<u>LISTE DES ABRÉVIATIONS</u>	17
<u>INTRODUCTION</u>	18
<u>CADRE LÉGAL ET CONTEXTE</u>	20
1. Définition et cadre légal.....	20
2. Contexte et actualité.....	21
2.1. Le débat autour de la clause de conscience en France.....	21
2.2. Le débat autour de la clause de conscience en Europe.....	22
2.3. Le débat autour de la clause de conscience dans les pays nord-américains.....	22
<u>PRÉREQUIS PHILOSOPHIQUES</u>	24
1. Distinction entre morale, éthique, déontologie et droit.....	24
1.1. La morale.....	24
1.2. L'éthique.....	25
1.3. La déontologie médicale.....	27
1.4. Le droit.....	27
2. Place de la conscience et de la clause de conscience en médecine.....	28
2.1. Approche de la notion de conscience.....	28
2.2. Mécanisme de la conscience morale.....	29
2.3. Application en médecine.....	29
2.4. L'objection de conscience.....	30
<u>MATÉRIELS ET MÉTHODES</u>	32
A-MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	32
B-MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE QUALITATIVE	32
1. Type d'étude.....	32
2. Population d'étude.....	33
3. Guide d'entretien.....	33
4. Recueil de données.....	35
5. Analyse des données.....	36
C-MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE QUANTITATIVE	36
1. Type d'étude.....	36

2. Population d'étude.....	37
3. Recueil de données.....	38
3.1. Constitution de l'échantillon.....	38
3.2. Questionnaire.....	38
4. Analyse statistique.....	40
D-ÉVOLUTION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET DU QUESTIONNAIRE.....	40
1. Modification des termes employés.....	40
2. Respect de la loi de confidentialité des données.....	41
3. Commission éthique.....	41
<u>RÉSULTATS</u>.....	42
A-RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE.....	42
1. Recueil des données et analyse.....	42
1.1. Entretiens.....	42
1.2. Caractéristiques des sources.....	42
1.3. Codage et analyse.....	42
2. Approche personnelle de la clause de conscience par les médecins.....	42
2.1. Connaissances générales.....	42
2.2. Cas de clause de conscience.....	45
2.3. Raisons de la clause de conscience.....	46
3. Conflit entre le droit des médecins et le droit des patients.....	48
3.1. Mise en évidence de ce conflit.....	48
3.2. Comment gérer ce conflit.....	49
4. Droit à la clause de conscience.....	51
4.1. Arguments en faveur d'un droit à la clause de conscience des médecins.....	51
4.2. Arguments contre le droit à la clause de conscience des médecins.....	54
5. Devoirs du médecin.....	59
5.1. Orienter le patient.....	59
5.2. Informer le patient.....	60
5.3. Respecter le patient.....	61
6. Relation médecin-patient : place des convictions personnelles du médecin.....	62
6.1. Argument 1 : Les convictions personnelles du médecin entrent forcément dans la relation médecin-patient.....	62
6.2. Argument 2 : Les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient.....	63
6.3. Intérêt d'une société pluraliste avec différents types de médecins.....	63
7. Perspectives.....	64
7.1. La clause de conscience comme un devoir.....	64
7.2. La délinquance par conviction.....	64

B-RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE.....	65
1. Données sociodémographiques.....	65
2. Plan de l'analyse et tableau de synthèse des résultats.....	65
3. Connaissance de la clause de conscience.....	66
4. Attitude des médecins généralistes.....	67
4.1. Accord ou désaccord avec la loi : le médecin comme être moral.....	67
4.2. Ressenti d'obligation vis-à-vis du patient : le médecin comme professionnel.....	67
5. De l'attitude à la pratique.....	70
5.1. Composantes décisionnelles pouvant influencer la pratique.....	70
5.2. Acte posé.....	70
<u>DISCUSSION</u>.....	76
A-FORCES ET LIMITES GLOBALES DE NOTRE ÉTUDE.....	76
1. Originalité du sujet.....	76
2. Le choix d'une double étude : qualitative et quantitative.....	76
B- FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE QUALITATIVE.....	76
1. Validité interne.....	76
2. Constance interne, reproductibilité.....	77
3. Fiabilité.....	77
4. Validité externe.....	78
C- CONCLUSION, FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE.....	78
1. Conclusion des résultats.....	78
2. Forces et limites de l'étude quantitative.....	79
2.1. Les forces.....	79
2.2. Les limites.....	79
D-DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	80
1. Introduction.....	80
2. Responsabilités du médecin.....	81
2.1. Responsabilités du médecin vis-à-vis du patient.....	81
2.2. Responsabilités du médecin vis-à-vis de la société.....	86
3. Autonomie du médecin.....	89
3.1. Évolution de la relation médecin-patient.....	89
3.2. L'acte médical : un engagement à la fois professionnel et personnel.....	90
3.3. Autonomie du médecin : respect de son intégrité morale.....	91
3.4. Conséquences liées au non-respect de l'intégrité morale des médecins.....	91
4. Professionnalisme du médecin.....	93
4.1. La clause de conscience perçue comme non professionnelle.....	94
4.2. La clause de conscience, compatible avec le professionnalisme du médecin.....	95
4.3. Le « <i>pacte de soins</i> » au service d'une alliance thérapeutique.....	98

5. Perspectives.....	99
<u>CONCLUSION</u>	100
<u>ANNEXES</u>	104
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	123

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDC	Clause de conscience
CNIL	Comité informatique et liberté
FIGO	Fédération internationale des gynécologues obstétriciens
IVG	Interruption volontaire de grossesse
M1	Médecin numéro 1, interviewé en entretien. Numérotation de 1 à 14.
MG	Médecin(s) généraliste(s)

INTRODUCTION

La clause de conscience est, pour un médecin, le droit de refuser de réaliser un acte médical autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques (1).

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

C'est à partir de l'article R. 4127-47 du *Code de santé publique* qu'est défini le cadre légal dans lequel s'exerce l'objection de conscience des médecins.

Les réflexions autour de la clause de conscience sont éminemment d'actualité et promettent d'être toujours plus au cœur des débats éthiques. Au sein d'une société libérale et multiculturelle, on peut imaginer qu'avec l'avancée permanente de la médecine, des questions émergeront autour de nouvelles pratiques (recherche sur les embryons, diagnostic anténatal, ouverture de la procréation médicalement assistée aux couples de même sexe, grossesse pour autrui, euthanasie) qui pourront faire l'objet de clauses de conscience.

Une situation d'objection de conscience met en opposition deux droits : d'un côté un droit individuel - la liberté de conscience du médecin -, et de l'autre un droit collectif - le droit des patients à avoir accès à un acte médical autorisé par la loi.

En France et en Europe, la clause de conscience fait débat, notamment autour de la question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce débat semble se focaliser sur l'opposition entre ces deux droits, autour de la question de l'accessibilité à des actes médicaux légaux.

De cette opposition émergent deux courants qui s'affrontent dans les débats éthiques que l'on observe sur la scène internationale :

- Les partisans de la clause de conscience pour qui prime le respect de l'intégrité morale du médecin.
- Les opposants, qui considèrent la clause de conscience comme une privation des droits du patient.

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge des patients d'un bout à l'autre de leur vie. Il est donc directement concerné par ces questions : demande d'IVG, accompagnement en fin de vie, aide à la rédaction des directives anticipées, prescription des méthodes contraceptives, mais également information sur les possibilités de procréation médicalement assistée ou de stérilisation (2).

Fort de ces premiers constats, plusieurs questions peuvent se poser :

La clause de conscience est-elle éthique en médecine générale ? Est-elle le garant du respect de l'intégrité morale des médecins ou une privation des patients de leurs droits ? Est-il possible d'articuler le droit du médecin au respect de sa liberté de conscience et le droit du patient à avoir accès à un acte médical légal que l'État s'est engagé à fournir ?

Il nous a donc semblé pertinent d'interroger les médecins généralistes pour avancer dans cette réflexion.

Ainsi, pouvons nous dégager la problématique suivante:

« Quelles représentations les médecins généralistes français ont-ils de leurs droits et de leurs devoirs dans une situation où un patient leur demande un acte médical autorisé par la loi, qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles ? »

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs droits et leurs devoirs dans les situations où un patient leur demande un acte médical autorisé par la loi qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- De rechercher une relation entre des composantes décisionnelles qui peuvent influencer l'exercice professionnel et la pratique des médecins généralistes dans une situation d'objection de conscience.
- D'évaluer la possibilité d'articuler le droit des médecins à la clause de conscience et les droits des patients à avoir accès à un acte médical légalement autorisé.

Nous abordons ce sujet sous l'angle d'une étude qualitative et d'une étude quantitative.

CADRE LÉGAL ET CONTEXTE

1. Définition et cadre légal

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

C'est à partir de l'article R. 4127-47 du code de santé publique qu'est défini le cadre légal dans lequel s'exerce la clause de conscience des médecins.

Dans notre thèse, nous utiliserons les termes « clause de conscience » et « objection de conscience » ; le terme « clause de conscience » faisant référence à l'article de loi, et le terme « objection de conscience » à une situation clinique.

En théorie, de quoi parle-t-on ? Il nous paraît essentiel, afin de mieux comprendre le débat éthique et les enjeux actuels, de bien clarifier les termes et de poser le cadre juridique dans lequel s'inscrit ce droit individuel.

Le droit à la clause de conscience dans le domaine de la santé découle directement du principe fondamental du droit à la liberté de conscience, c'est-à-dire, du droit à la « *liberté de pensée, de conscience, et de religion* », conformément à l'Article 18 de la *Déclaration universelle des Droits de l'Homme* et l'Article 9 de la *Convention européenne des Droits de l'Homme*.

La clause de conscience est la reconnaissance par l'État, d'une objection de conscience du médecin, c'est-à-dire du droit pour le médecin de refuser la réalisation d'un acte médical autorisé par la loi, mais qu'il estimerait contraire à ses convictions « *personnelles, professionnelles ou éthiques* » (1).

Sur le plan juridique, la clause de conscience est une disposition fondamentale du *Code de déontologie médicale* et du *Code de santé publique*, délimitée par :

- L'article R. 4127-47 du *Code de santé publique*, cité plus haut qui se poursuit en ces termes :
« *S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »
« *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.* »
- Réaffirmé par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son rapport du 16 décembre 2011 (1) qui précise en outre que : « *L'invocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination.* »

En France, la législation définit donc en premier lieu un cadre général. Le médecin peut refuser individuellement un acte médical qui va à l'encontre de ses convictions personnelles à trois conditions :

- Que ce refus ne mette pas en danger la vie du patient.
- Que la continuité des soins soit assurée, c'est-à-dire que le patient puisse être orienté à un autre professionnel de santé susceptible de le prendre en charge après la dispense « *d'une information claire loyale et appropriée* » sur l'acte demandé.
- Que le motif du refus ne soit pas discriminatoire.

Au fil du temps, plusieurs dispositions législatives spécifiques ont été ajoutées à ce cadre général pour renforcer le recours à la clause de conscience dans trois situations :

- 1) L'interruption volontaire de grossesse (IVG). Il s'agit de la clause la plus connue, applicable depuis la loi du 17 janvier 1975 dépénalisant l'IVG : « *Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.* » (Article L2212-8 du *Code de la santé publique*).
Concernant les pharmaciens, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a annoncé en septembre 2016 dans un communiqué de presse que « *l'article relatif à l'introduction d'une possible clause de conscience, dont la consultation avait été suspendue pendant l'été 2016, n'a pas été retenu* ».
- 2) La stérilisation à visée contraceptive (article L2123-1 du *Code de la santé publique*).
- 3) La recherche sur des embryons humains (art. L.2151- 7-1 du *Code de la santé publique*).

2. Contexte et actualité

2.1. Le débat autour de la clause de conscience en France

En France, la clause de conscience des médecins est au cœur d'un débat éthique, directement en rapport avec le droit individuel à la liberté de conscience.

En février 2015, l'Ordre des médecins et celui des sages-femmes se sont opposés à la proposition de Catherine Coutelle, présidente de la délégation de l'Assemblée Nationale des droits de la femme de supprimer la clause de conscience des médecins relative à l'IVG.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, a ainsi rappelé dans le communiqué de presse du 26 février 2015, que la clause de conscience était une disposition fondamentale du *Code de déontologie médicale* et du *Code de santé publique* : « *On ne comprendrait pas qu'un droit fondamental de la liberté de conscience soit refusé à un médecin alors qu'il fait partie des droits inaliénables de tout citoyen français.* » (3).

Plus récemment, en janvier 2017, la clause de conscience a fait à nouveau débat puisqu'à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a rendu ses recommandations concernant l'accès à l'IVG et parmi celles-ci figurait, dans le chapitre intitulé *Un accès à l'IVG qui peut encore être conforté* (4), une proposition de suppression de la clause de conscience relative à l'IVG.

Le débat se traduit par des discussions centrées sur la question de l'IVG mais pourrait aussi bien concerner les questions sur la fin de vie et notamment, la nouvelle loi Léonetti-Claeys du 2 février 2016 au sujet de la sédation profonde et continue.

2.2. Le débat autour de la clause de conscience en Europe

En Europe, la clause de conscience dans le domaine sanitaire a fait l'objet d'un débat important ces dernières années.

En octobre 2010, suite à une alerte de la Fédération Internationale du Planning Familial sur les difficultés d'accès à la réalisation d'une IVG dans plusieurs pays européens, la députée britannique Christine McCafferty a soumis à l'examen de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe un projet de résolution, opposé à la clause de conscience, intitulé *Accès des femmes à des soins médico-légaux : problème du recours non réglementé à l'objection de conscience* (5). Ce rapport prônait de réglementer le droit à la clause de conscience au nom du principe de justice. En effet la députée estimait que l'invocation croissante de la clause de conscience par les professionnels de santé rendait difficile l'accès à l'IVG.

Devant ce projet qui remettait en cause les fondements de la clause de conscience, le Conseil national de l'Ordre des Médecins a réagi fermement le 7 octobre 2010, dans un communiqué intitulé *Menace sur la clause de conscience des médecins : alerte du Conseil National de l'Ordre des Médecins* (6), en demandant le retrait immédiat des dispositions prévoyant « [d'] obliger les professionnels de santé à donner le traitement désiré auquel le patient a légalement droit, en dépit de son objection de conscience ».

En réponse à ce communiqué, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a finalement adopté la *Résolution 1763 (2010)* intitulée *Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux* (7) qui réaffirme la légitimité de la clause de conscience en ces termes : « Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions [...] ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une euthanasie. ». L'Assemblée parlementaire a donc appuyé le droit à la clause de conscience des médecins et invité les États membres à garantir à tout patient l'accès à des actes médicaux légaux dans un délai approprié.

Quatre ans plus tard, en mars 2014, le Comité européen des Droits sociaux du Conseil de l'Europe a jugé légitime la demande de la Fédération Internationale du Planning Familial en approuvant sa plainte contre l'Italie dénonçant les difficultés pratiques rencontrées par les femmes dans l'accès à l'avortement en raison de la proportion importante de médecins objecteurs. En moyenne, 70 % des gynécologues étaient objecteurs, un taux qui avoisinait les 90 % dans certaines régions rurales (8). Le Comité européen des Droits sociaux du Conseil de l'Europe a rendu publique sa décision dans une réclamation intitulée : *Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie*. (9). Il s'engage désormais à vérifier que l'Italie prendra les « mesures nécessaires » pour appliquer pleinement la loi 194 légalisant l'avortement dans ce pays : « Des mesures doivent être prises afin d'assurer la présence de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé non objecteurs de conscience chaque fois que leur intervention est requise. » (§ 163).

Plus récemment, en mars 2017, le Comité des droits de l'homme de l'ONU dénonce l'Italie coupable d'avoir trop de médecins objecteurs. Ces condamnations visent le gouvernement, non pas parce qu'il garantit le droit à la clause de conscience, mais parce qu'il n'organiserait pas correctement l'accès à l'IVG.

2.3. Le débat autour de la clause de conscience dans les pays nord-américains

En France, en Europe et plus largement sur la scène internationale, le débat autour de la clause de conscience s'articule entre droit individuel et droit collectif. Il est particulièrement violent aux États-Unis, et la littérature sur ce

sujet est très riche. De nombreux auteurs (médecins, responsables religieux, philosophes ou éthiciens) se prononcent en faveur ou contre le droit à la clause de conscience : pour certains, la clause de conscience est le garant du respect de l'intégrité morale du médecin (10,11) ; pour d'autres, elle compromet l'accès aux soins des patients (12,13). Certains y voient même un abus de pouvoir du médecin et un acte de prosélytisme (14–16).

De nombreux auteurs, en réaction à ces prises de positions virulentes, proposent des solutions pour tenter d'articuler les droits des patients et des médecins (17,18).

Il est important de noter que les systèmes juridico-politiques français et américains sont très différents et qu'il nous faut donc rester prudents dans nos comparaisons.

En France, l'État tient un rôle d'organisateur de la société civile, de garant du bien commun et de protection de l'individu. Le système de santé français est structuré autour du principe de solidarité envers les malades. Dans ce contexte, l'État intervient dans l'organisation, la régulation et la répartition des structures de soins. C'est là une différence majeure avec les pays nord-américains dont le système est structuré autour de la demande du consommateur de soins. La relation médecin-patient y est contractuelle (19).

PRÉREQUIS ETHIQUES et PHILOSOPHIQUES

Notre sujet est à la croisée des disciplines du droit, de la santé et de la philosophie. Avant d'aller plus loin dans notre réflexion et notre étude, il nous semble essentiel de définir certains termes et de clarifier les notions de conscience et d'objection de conscience afin de bien comprendre les enjeux philosophiques, moraux et juridiques que recouvre notre sujet.

1. Distinction entre morale, éthique, déontologie et droit

Notre sujet relevant du domaine de l'éthique, nous nous devons de faire part des définitions que nous avons choisies pour parler de morale, d'éthique, de déontologie et de droit.

Alors que le mot « *morale* » vient du latin, le mot « *éthique* » vient du grec. Les deux termes renvoient à l'idée de mœurs. Étymologiquement, ils désignent donc la même réalité. Mais comme beaucoup d'auteurs, nous avons fait le choix de les distinguer.

1.1. La morale

Nous définirons la morale comme un ensemble de normes permettant d'évaluer ce qu'il est bien ou mal de faire et auquel il faudrait se conformer. La morale est un ensemble d'obligations et d'interdictions, fondées sur des principes moraux, reconnus comme fonctions structurantes de la société.

Cependant, avant d'être cet ensemble systématisé de normes, la morale est d'abord un questionnement, une réflexion sur le bien et le mal qui est une responsabilité propre à chaque être humain.

La finalité de la morale est de différencier le bien et le mal. La morale renvoie à ce qu'il faut faire.

Pour Kant, la morale est fondée sur l'autonomie de la personne, c'est-à-dire sa capacité à définir par elle-même sa propre loi tirée de la raison et à agir ensuite par devoir, indépendamment de ses inclinations. Ces normes morales sont universelles car elles sont tirées de la raison. Tout être humain de bonne volonté doué de raison est donc capable de les retrouver. « *Une action accomplie par devoir tire sa valeur non pas du but qui doit être atteint par elle mais de la maxime d'après laquelle elle a été décidée.* » (20). L'éthique de conviction de Kant met l'accent sur ce qui s'impose comme obligation sans considération pour la finalité. Une action est morale si elle est accomplie par devoir quelles qu'en soient les conséquences. Les fondements du concept de devoir chez Kant sont les impératifs catégoriques, lois morales universelles et inconditionnelles qui valent pour elles-mêmes et invitent à respecter l'autonomie et la dignité de l'être humain¹.

L'éthique de conviction de Kant se distingue ainsi de l'approche aristotélicienne, appelée morale téléologique du bien, qui met l'accent sur la visée du juste, de ce qui est estimé bon et dont la finalité est le bonheur, le souhait de bien vivre. Cette approche rejoint la définition de l'éthique que nous propose le philosophe français Paul Ricœur : « *la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes* » (21).

¹ « *Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne loi universelle.* »
« *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen.* » (20)

Enfin, pour Kant, le concept d'autonomie est étroitement articulé à celui de la dignité. La dignité de la personne vient de sa nature, elle est intrinsèque à la personne humaine. L'Homme est digne en tant qu'être spirituel incarné, rationnel et libre, n'obéissant qu'aux lois qu'il établit lui-même.

1.2. L'éthique

Nous définirons l'éthique comme une démarche réflexive, qui intègre les normes morales dans son argumentation afin d'orienter l'action en vue du « bien agir ». Elle confronte les valeurs et principes moraux afin de définir la conduite la plus appropriée et d'orienter l'action en vue du *bien*.

Elle englobe en quelque sorte la sphère de la morale.

La finalité de l'éthique est le « bien agir ». L'éthique est un art de vivre qui tend vers le bonheur et qui culmine dans la sagesse.

P. Ricœur entend par « éthique », « *la visée d'une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* » (21), c'est-à-dire qu'elle questionne la fin, la finalité. L'éthique est ainsi caractérisée par sa perspective téléologique (héritage aristotélicien).

« On peut toutefois discerner une nuance [entre morale et éthique], selon que l'on met l'accent sur ce qui est estimé bon ou sur ce qui s'impose comme obligatoire. C'est par convention que je réserverai le terme d' « éthique » pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de « morale » pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte. [...] Je me propose, sans souci d'orthodoxie aristotélicienne ou kantienne, de défendre :

- 1) la primauté de l'éthique sur la morale ;
- 2) la nécessité néanmoins pour la visée éthique de passer par le crible de la norme ;
- 3) la légitimité d'un recours de la norme à la visée, lorsque la norme conduit à des conflits pour lesquels il n'est pas d'autre issue qu'une sagesse pratique qui renvoie à ce qui, dans la visée éthique, est le plus attentif à la singularité des situations. [...] Autrement dit, selon l'hypothèse de travail proposé, la morale ne constituerait qu'une effectuation limitée, quoique légitime et même indispensable, de la visée éthique, et l'éthique en ce sens envelopperait la morale. » (21)

1.2.1. La bioéthique et l'éthique clinique

Nous définirons *la bioéthique* comme l'application de cette réflexion éthique à l'étude et à la connaissance de la vie. L'éthique se transforme en bioéthique quand l'Homme acquiert un pouvoir sur le vivant et qu'il se pose alors la question de la responsabilité de ce pouvoir sur le vivant (vie humaine, faune et environnement). Ce que nous pouvons faire, devons-nous le faire ?

L'éthique biomédicale inclut « *la médecine, la biologie et la biotechnologie* » ².

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé créé en 1983 a pour mission « *de donner des avis sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevées par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé* » (22).

² Guy Hottot. *Qu'est-ce que la bioéthique ?* (Librairies philosophiques Vrin, Chemins philosophiques. 2004. ISBN 13 : 978-2711616879)

L'éthique clinique, quant à elle, « *touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels le médecin et les équipes médicales sont confrontés au chevet des patients, en salle d'opération, en cabinet de consultation ou en clinique et même à domicile* »³. C'est à partir de cette définition de D. Roy que G. Durand, professeur de l'Université de Montréal, définit l'éthique clinique en précisant qu'elle ne se limite pas à déterminer le prescrit, le permis, le toléré ou le défendu, mais est centrée sur la recherche de l'optimal, du meilleur possible pour chaque cas particulier.

Par ailleurs, elle renvoie à trois pôles : le patient, le médecin et la société. Elle est ainsi centrée sur le patient pris dans sa globalité, s'occupe aussi de la souffrance des soignants et tient également compte des principes et des valeurs sociales en cause, non par pour les imposer, mais pour éclairer les situations. Elle inclut donc une réflexion sur les valeurs et leurs fondements (23).

Pour P. Ricœur, l'éthique clinique repose sur l'engagement moral du médecin et du patient au sein d'un « *pacte de soins* » fondé sur la confiance. Noyau éthique de la rencontre singulière entre le patient et le médecin, « *le pacte de confidentialité qui engage l'un à l'égard de l'autre tel patient avec tel médecin* » est « *une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie* ». La pratique de la médecine implique la vertu de Prudence, telle que décrit par Aristote (la *phronesis*), qui consiste en la recherche du juste et du bien dans le caractère complexe du réel. Le premier précepte de la morale prudentielle de P. Ricœur est le caractère singulier de la situation de soin et de celle du patient lui-même. Le second précepte souligne l'indivisibilité de la personne et le troisième, le respect de la dignité de l'autre (24). La visée de l'éthique clinique est la « *visée bonne avec et pour autrui* » qu'il définit aussi comme « *sollicitude* » (25).

1.2.2. La démarche éthique

La réflexion éthique est une démarche critique et rationnelle, fondée sur des arguments. Elle est collective et pluridisciplinaire et le but est de poser une action ou recommandation acceptable dans des situations où différents principes moraux sont en conflit.

Le processus de la prise de décision⁴

Thomas d'Aquin puis Kant distinguent deux formes d'intelligence : la raison spéculative, instance de l'intelligence à la recherche du vrai (qui relève de la démarche scientifique) et la raison pratique, instance de l'intelligence à la recherche de ce qui est bien (qui relève de l'expérience de la vie et des actes humains).

La prise de décision implique tout d'abord l'usage de la conscience qui met en œuvre la raison pratique. Cette dernière, par un processus rationnel élabore un jugement : « ce qui apparaît comme un bien ». Elle effectue ce jugement à l'aide de différentes ressources (la mémoire à travers les expériences antérieures ; la loi positive, naturelle, divine ; les conseils) et à la lumière de l'évaluation de la réalité (circonstances, situations singulières). Puis, la volonté (le libre arbitre) intervient, libre de consentir ou de refuser ce que lui prescrit sa conscience. L'action aboutit quand la volonté réalise ce bien à faire. La prise de décision met donc en œuvre l'intelligence et la volonté, et à travers la volonté, le libre arbitre. L'être humain est responsable de ses actes par l'usage qu'il fait de sa raison et de sa volonté dans une prise de décision.

³ Définition de D. Roy, dans *La bioéthique : ses fondements et ses controverses* (Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique, 1995).

⁴ À partir de l'enseignement de F. Revol, philosophe et maître de conférences, Centre Interdisciplinaire d'Éthique.

1.3. La déontologie médicale

Nous définirons la déontologie médicale comme un ensemble de devoirs et de normes morales professionnelles, prescriptif et autonome, que doit respecter le médecin dans l'exercice de la profession médicale. Elle vise la régulation de la profession médicale.

P. Ricœur définit la déontologie médicale dans sa préface du *Code de déontologie* (24) comme le « *code d'une profession, la profession médicale ; à ce titre, il énonce les devoirs des médecins envers leurs patients, leurs confrères et les responsables de la santé publique, dans le cadre des lois de la République française, consignées dans le Code de santé publique* ».

Le « *jugement déontologique du code* », écrit Ricœur (24) « *visé à placer sous l'égide de normes morales à vocation universelle, des préceptes qui ne dépassent pas les bornes de la pratique considérée* ». Il permet l'universalisation des préceptes relevant du « *pacte de soins* » qui lie le patient et le médecin. Il élève le pacte de confiance et de confidentialité au rang de norme (secret médical).

Le *Code de déontologie médicale* présente la spécificité d'avoir été intégré dans le code de santé publique dans sa partie réglementaire depuis 2012. En cela, la déontologie médicale, se situe entre la morale (ce qui est bien) et le droit (ce qui est juste). Elle représente la formulation juridique des normes morales professionnelles.

La déontologie médicale se distingue de l'éthique médicale dans la mesure où elle constitue un ensemble de normes prescriptives, fondé par et pour les médecins. L'éthique médicale fait intervenir une pluralité d'acteurs et de disciplines et s'inscrit davantage dans une démarche réflexive qui intègre les normes morales dans son argumentation.

1.4. Le droit

Le droit, quant à lui, désigne un ensemble de règles applicables dans une société donnée, dont la transgression conduit à des sanctions par l'autorité publique. Il vise la justice dans la distribution des droits et des services. Il est garant du vivre ensemble dans un ordre donné.

Le droit a donc pour finalité l'ordre de la société et non le bien agir, il est au service du *juste*.

Alors que la Justice en éthique fait de la vie sociale une vie heureuse, la Justice en droit vise à faire régner l'ordre parmi les citoyens.

Pour terminer cette partie, il nous reste à ajouter que lorsque nous abordons le champ des **représentations** dans notre question d'étude, nous faisons référence à sa dimension morale et non sociale, c'est-à-dire que nous cherchons à explorer les opinions des médecins.

Enfin, les notions de **droits** et **devoirs** couvrent les sphères morale, éthique et juridique.

SYNTHESE – Définitions retenues

Morale. Nous définirons la morale comme un ensemble de normes permettant d'évaluer ce qu'il est bien ou mal de faire et auquel il faudrait se conformer.

Ethique. Nous définirons l'éthique comme une démarche réflexive, qui intègre les normes morales dans son argumentation afin d'orienter l'action en vue du « bien agir ». Elle confronte les valeurs morales et les principes moraux, afin de définir la conduite la plus appropriée et d'orienter l'action en vue du Bien.

Déontologie médicale. Nous définirons la déontologie médicale comme un ensemble de devoirs et de normes morales professionnelles, prescriptif et autonome, que doit respecter le médecin dans l'exercice de la profession médicale. Elle vise la régulation de la profession médicale.

Droit. Le droit vise à harmoniser les rapports humains dans la société. Il vise la justice dans la distribution des droits et des services. Il est garant du vivre ensemble dans un ordre donné. Le droit a donc pour finalité l'ordre de la société et non le bien agir, il est au service du « juste ».

2. Place de la conscience et de la clause de conscience en médecine

2.1. Approche de la notion de conscience

« *La conscience constitue non pas l'ensemble des convictions personnelles propres à un individu, mais plutôt l'origine pratique de celles-ci, autrement dit la source dont elles sont issues.* » (26). C'est à partir de l'approche de G. Puppink que nous tenterons de mieux comprendre la notion de conscience.

Dans un premier temps, il faut bien distinguer la conscience morale de la conscience psychologique.

- La conscience psychologique est ce regard réflexif de l'intelligence humaine qui rend « *la personne capable d'entrer en elle-même, de s'autosaisir et se distinguer du monde* » (26). Autrement dit, elle nous permet de nous connaître nous-même, de nous distinguer du monde qui nous entoure, et par là, de nous représenter ce monde. Mais l'homme est aussi un être pensant et agissant, et à ce titre, il est capable de s'intéresser à la qualité de son action.
- La conscience morale dépasse la conscience psychologique dans la mesure où elle ajoute à celle-ci un jugement moral : « *Non seulement la personne sait ce qu'elle fait, mais elle pose une appréciation sur la moralité de son action* » (26). Agir en conscience, c'est introduire une réflexion sur l'aspect moral de l'action.

La connaissance la plus fondamentale que nous donne notre conscience est que le bien est à faire et le mal à éviter. Elle est un jugement de la raison, droite et éclairée, qui applique la connaissance du *bien* à une situation concrète. Elle est un acte de connaissance du bien et non un acte arbitraire, une instance de connaissance et non de décision. L'Homme au sein de sa conscience a un sens inné du bien et du mal. Il est de sa responsabilité de l'écouter et de l'éclairer. De même que nous pouvons endormir notre conscience, nous pouvons à l'inverse l'éclairer. Éclairer sa conscience, c'est rechercher la vérité du bien. « *La conscience a des droits parce qu'elle a des devoirs.* » (27). Pour le dire autrement, la conscience, dans une démarche attachée à la vérité, doit être respectée.

La conscience morale est donc un jugement de l'intelligence qui intime à l'Homme ce qu'il doit faire ou ne pas faire par rapport à la visée du bien, qu'elle cherche à connaître en vérité.

Origine de la conscience. L'Homme a un sens inné du bien et du mal, mais la conscience peut également être influencée par l'éducation, l'expérience, les normes morales et religieuses. Notre responsabilité consiste à éclairer

notre conscience en cherchant à connaître la vérité. Ce sens inné de la connaissance du bien dans les principes fondamentaux de la morale (ne pas tuer, ne pas mentir, ne pas voler...) définit pour Thomas d'Aquin la « syndérèse ».

2.2. Mécanismes de la conscience morale

La conscience morale n'est pas « *un acte arbitraire mais un acte de connaissance du bien ; elle ne génère pas l'obligation morale mais la reconnaît (avec un risque d'erreur) à la lumière de la syndérèse dont elle tire son autorité* ». (26)

Le jugement opéré par la conscience recherche dans chaque situation le choix qui permet d'atteindre le bien le plus élevé. L'activité de la conscience morale est un discernement dont la qualité dépend d'une raison droite (capacité à raisonner) et d'un jugement libre (de toute manipulation, influence, passions) et informé (jugement avec science, connaissance de la réalité). La conscience doit donc être éclairée pour reconnaître ce qui est bon en soi, et informée pour discerner à partir des éléments objectifs de la situation.

Le discernement du bien réclame le jugement de la conscience. Il ne s'agit pas d'appliquer sans réfléchir des normes morales, mais de porter un jugement à partir des éléments objectifs de la situation. C'est en cela que la conscience morale est une instance de connaissance du bien et du mal et non une instance de décision.

Comme nous l'avons vu lorsque nous avons abordé le processus de la prise de décision éthique, la conscience est une instance dynamique qui fait appel à la raison. Elle est la mise en œuvre de la raison pratique, instance de l'intelligence à la recherche de ce qui est bien, qui amène par un processus rationnel à l'élaboration d'un jugement. La conscience morale engage donc la personne car elle présente à son libre arbitre l'évaluation morale de l'action projetée. La prise de décision met donc en œuvre l'intelligence et la volonté, et à travers la volonté, le libre arbitre. En effet, une personne peut agir selon sa conscience, ou *vouloir* agir contre sa conscience. Être responsable, c'est-à-dire se porter garant d'une décision, c'est pouvoir répondre de cette démarche intellectuelle qui met en œuvre la raison et la volonté.

Du côté de la littérature internationale, les mécanismes de la conscience morale sont décrits par Morton et Kirkwood dans un article sur la clause de conscience (11). Ils décrivent la conscience comme un processus mental qui vise à maintenir une authenticité et une intégrité individuelle, en alertant l'individu de potentielles violations de ses valeurs. L'individu peut choisir de suivre sa conscience et de ne pas violer les valeurs en jeu, mais il peut également choisir d'aller à l'encontre de cette alerte, et violer les valeurs en jeu. Le fait de ressentir une douleur morale lorsque l'on viole un principe fondamental de sa conscience joue le rôle de signal d'alerte : l'individu va essayer de résoudre son conflit intérieur.

2.3. Application en médecine

Notre conscience se dresse au nom du bien, fondement de l'obligation morale. Ainsi, la conscience professionnelle, plus que la loi, oblige le médecin devant le malade. De même, nous acceptons que la loi exerce sur nous une contrainte particulière (l'obligation morale), car nous reconnaissons qu'il est bon de lui obéir.

Les médecins, parce que leur profession touche aux valeurs fondamentales de la vie et de la dignité humaine, ont tout particulièrement le devoir d'exercer leur profession avec conscience (Article 32 du *Code de déontologie médicale*).

La relation médecin-patient est le lieu de rencontre de deux autonomies, de deux consciences, au sein duquel peuvent émerger des situations où se confrontent la demande du patient et les convictions du médecin.

Sur le plan juridique, il existe donc une opposition entre deux droits différents :

- Un droit individuel : la liberté de conscience du médecin.
- Un droit collectif : le droit du patient à avoir accès à un acte médical autorisé par la loi.

Une situation d'objection de conscience place le médecin face à une obligation qui vient heurter sa conscience. Il y a un conflit entre la loi et la conscience, l'autorité et la liberté.

Pour répondre à cette confrontation de deux droits, le droit français reconnaît un droit à l'objection de conscience : la clause de conscience.

2.4. L'objection de conscience

L'objection de conscience trouve son origine dans une prescription de la conscience et non dans des convenances personnelles. L'objecteur agit par obéissance à ses convictions morales lorsque la loi s'en écarte. La Cour européenne a jugé que l'objection devait résulter d'un « *conflit grave et insurmontable* » et revêtir les caractères d'une « *conviction atteignant un degré suffisant de force, de sérieux, de cohérence et d'importance pour entraîner l'application des garanties de l'article 9⁵* » (28).

En droit international et européen contemporain, c'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, lors du procès de Nuremberg, que l'objection de conscience a été reconnue comme un devoir qui s'imposait aux personnes ayant reçu l'ordre de collaborer à l'exécution de graves injustices. La Commission de droit international a formalisé ce principe en ces termes (Principe 4 (29)) : « *Le fait d'avoir agi sur l'ordre de son gouvernement ou celui d'un supérieur hiérarchique ne dégage pas la responsabilité de l'auteur en droit international s'il a eu moralement la faculté de choisir* ». La « *faculté morale de choisir* » relève du processus de décision vu précédemment qui implique la conscience morale. Historiquement, l'objection de conscience a d'abord été conçue comme un devoir moral imposant à une personne de refuser d'exécuter un acte injuste avant d'être reconnue comme un droit.

Comme nous l'avons vu précédemment, la clause de conscience est pour le médecin le droit de refuser la réalisation d'un acte médical autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. (1) Elle concerne le refus d'agir positivement contre ses convictions ; c'est le mode défensif de la liberté de conscience. Elle vise ainsi à préserver non pas la manifestation positive de la conviction, mais l'intégrité de la conscience elle-même (30).

L'objection peut être de nature religieuse ou morale (30). Une *objection morale* est motivée par une prescription de la raison. Elle est la conséquence d'un jugement de la conscience sur la nature de l'acte à la lumière de la norme morale fondamentale « *faire le bien, éviter le mal* », à l'origine du sens inné et universel de la justice. *L'objection religieuse*, quant à elle, résulte d'une prescription religieuse ou culturelle dont l'acceptation par la conscience individuelle nécessite préalablement un acte de foi et ne s'impose donc pas d'elle-même à la raison.

⁵ Article 9 de la *Déclaration des Droits de l'Homme* : « *Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion* ».

L'objection de conscience fondée sur une conviction de nature morale s'exerce donc au titre de l'intelligence et non pas de la croyance, elle ne relève pas d'un acte de foi mais d'un acte moral et réfléchi, basé sur la raison.

Comment reconnaître une objection morale ? Nous retiendrons trois critères issus de l'essai de G. Puppinck (26) pour répondre à cette question :

- L'objection morale doit tendre au respect du juste et du bien. La conviction sous-jacente doit être liée au respect d'un droit fondamental comme le respect de la vie ou de la dignité humaine.
- L'objection morale vise une action autorisée par la loi que personne ne pourrait librement accomplir en l'absence de cette autorisation.
- L'objection porte sur une question sensible d'un point de vue éthique. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe reconnaît que la société peut ne pas être d'accord sur ce qui constitue un bien, mais qu'il est manifeste que certaines questions font débat tant elles sont sensibles d'un point de vue éthique. Dans ce sens elle appelle les États « à garantir le droit à une objection de conscience bien définie en rapport avec des questions sensibles du point de vue éthique, comme le service militaire ou d'autres services liés aux soins de santé et à l'éducation » (31).

SYNTHÈSE

Approche de la notion de conscience :

L'Homme au sein de sa conscience a un sens inné du bien et du mal. Il est de sa responsabilité de l'écouter et de l'éclairer. De même que nous pouvons endormir notre conscience, nous pouvons à l'inverse l'éclairer. La conscience morale est un jugement de l'intelligence qui intime à l'Homme ce qu'il doit faire ou ne pas faire par rapport à la visée du bien, qu'elle cherche à connaître en vérité.

Mécanisme de la conscience morale et processus de la prise de décision :

La conscience est une instance dynamique qui fait appel à la raison. Elle est la mise en œuvre de la raison pratique, instance de l'intelligence à la recherche de ce qui est bien, qui amène par un processus rationnel à l'élaboration d'un jugement. La prise de décision met donc en œuvre l'intelligence puis la volonté, et à travers la volonté, le libre arbitre. En effet, une personne peut agir selon sa conscience, ou *vouloir* agir contre celle-ci.

Être responsable, c'est-à-dire se porter garant d'une décision, c'est pouvoir répondre de cette démarche intellectuelle qui met en œuvre la raison et la volonté.

Application en médecine :

Les médecins, parce que leur profession touche aux valeurs fondamentales de la vie et de la dignité humaine, ont tout particulièrement le devoir d'exercer leur profession avec conscience. Une situation d'objection de conscience place le médecin face à une obligation qui vient heurter sa conscience. Il y a un conflit entre la loi et la conscience, l'autorité et la liberté.

Objection de conscience :

Une *objection morale* est motivée par une prescription de la raison et non pas des convenances personnelles. Elle est la conséquence d'un jugement de la conscience sur la nature de l'acte, à la lumière de la norme morale fondamentale « *faire le bien, éviter le mal* »

L'objection de conscience fondée sur une conviction de nature morale s'exerce donc au titre de l'intelligence et non pas de la croyance, elle ne relève pas d'un acte de foi mais d'un acte moral et réfléchi, basé sur la raison.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous abordons le sujet sous deux angles : à partir d'une étude qualitative et d'une étude quantitative.

À travers l'étude qualitative, nous avons étudié les représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs droits et devoirs dans une situation d'objection de conscience, ce qui correspond à l'objectif principal de notre étude.

À travers l'étude quantitative, nous avons fait un état des lieux descriptif et analytique de ces représentations dans un échantillon plus important. L'approche analytique avait également pour objectif de rechercher des composantes décisionnelles pouvant influencer la pratique des médecins d'une part et d'évaluer s'il était possible d'articuler le droit des médecins à la clause de conscience et les droits des patients à avoir accès à un acte médical légalement autorisé d'autre part.

Les deux supports d'étude ont été faits en mutualisant les questions, afin de les rendre superposables.

A- MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été faite sur plusieurs sites de recherche : Pubmed, le CAIRN, Pascal, le SUDOC, la Banque de Données de Santé Publique et Google Scholar.

Les équations de recherche sur Pubmed étaient : « conscientious objection », « conscience clause » et « conscience » + « medical care ». Aucun terme MeSH n'a pu être utilisé pour les recherches sur Pubmed, puisque nous n'avons pas pu retrouver de mots qui correspondaient aux termes de notre recherche.

Pour les autres moteurs de recherche, les mots clés « clause de conscience » et « objection de conscience » ont été utilisés.

Les références bibliographiques d'articles et de thèses en lien avec notre sujet ont également été des sources d'information.

B- MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

1. Type d'étude

La méthodologie qualitative était particulièrement adaptée à notre problématique, puisqu'elle permettait de recueillir les opinions des médecins généralistes sur la question de la clause de conscience et d'étudier les fondements de ces opinions.

Dans cette étude, nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, qui permettaient d'avoir un échange ouvert et libre avec les médecins interrogés, autour des grands thèmes abordés par notre problématique.

2. Population d'étude

Dans les études qualitatives, l'échantillon étudié n'a pas une vocation de représentativité ; le but est qu'il représente le plus de situations et de « réalités » différentes. Notre échantillon était donc composé de sujets tous différents de par leur sexe, leur âge et leur lieu d'exercice.

La population d'étude répondait aux **critères d'inclusions** suivants :

- Médecins généralistes thésés et installés,
- Réalisant des consultations de médecine générale.

Nous avons interrogé autant d'hommes que de femmes, ainsi que des médecins de tous les âges. Il nous a également paru important d'interroger des médecins exerçant dans différents milieux, c'est-à-dire, en milieu urbain, rural ou semi-rural, où les médecins peuvent rencontrer des situations cliniques différentes.

Recrutement de la population. Nous avons choisi nous-mêmes les médecins que nous allions interroger, soit parce que ces médecins étaient personnellement connus de l'enquêteur, soit parce qu'ils étaient recommandés par d'autres médecins. Aucun des médecins interrogés ne connaissait le sujet de l'étude avant d'être interrogé ; certains médecins qui s'étaient montrés insistants pour connaître le sujet avant d'accepter d'être interrogés savaient qu'il s'agissait d'un sujet en lien avec l'éthique médicale.

La **taille de l'échantillon** a été dictée par la survenue de la saturation des données, évaluée au fur et à mesure par l'analyse des entretiens déjà réalisés.

3. Guide d'entretien

Caractéristiques sociodémographiques. Pour chaque entretien et médecin interrogé, l'enquêteur a recueilli son sexe, son âge, sa durée d'installation, son lieu d'installation (urbain, semi-rural, rural).

Notre **guide d'entretien** (Annexe 1 a) a été fait de telle manière qu'il permettait à tout médecin de se prononcer et de répondre aux questions au sujet de la clause de conscience, y compris les médecins qui disaient ne pas avoir vécu personnellement de situation d'objection de conscience.

En effet, le but de notre étude était de recueillir l'avis personnel des médecins généralistes sur la clause de conscience et sur leurs représentations de leurs droits et devoirs dans une telle situation, mais de façon générale ; c'est-à-dire que nous voulions savoir ce qu'ils pensaient de cette question de façon générale, même si eux-mêmes n'y avaient pas été confrontés.

Un premier guide d'entretien avait été réalisé pour un mémoire sur la clause de conscience. Il a été largement modifié et un nouveau guide d'entretien plus pertinent a été réalisé pour cette thèse. Il a été retravaillé avec les deux directeurs de cette thèse, et a reçu la validation de la commission éthique de la recherche en médecine générale (Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1).

Le guide d'entretien a d'abord été testé avec trois entretiens, pour une validité interne. À l'issue de ces trois premiers entretiens et après en avoir analysé et dégagé les verbatims, l'enquêteur a pu se rendre compte que le guide et sa

composition permettaient de répondre à la problématique de l'étude. Le guide a donc été utilisé comme tel par la suite.

Le guide d'entretien était organisé en 4 parties :

- La *première partie* explorait les connaissances générales des médecins interrogés sur le sujet de l'étude. Cela permettait une entrée en matière et permettait à l'enquêteur de savoir ce que les médecins savaient déjà sur le sujet de l'étude.

- **Connaissances générales**

Que savez-vous de la clause de conscience en médecine générale ?

Questions subsidiaires :

- Avez-vous déjà entendu parler de la clause de conscience en médecine générale ?
- Pourriez-vous me donner une définition de la clause de conscience ?

- La *deuxième partie* étudiait le vécu personnel du médecin au sujet de la clause de conscience. Si le médecin lui-même n'avait pas vécu de situation d'objection de conscience, l'enquêteur lui demandait s'il avait déjà rencontré des médecins ou entendu parler de confrères qui avaient fait valoir leur droit à la clause de conscience ; et si oui, pour quelles situations et quelles étaient les raisons invoquées par le médecin pour justifier son objection de conscience.

Si le médecin n'avait jamais vécu lui-même de situation d'objection de conscience, ou s'il n'avait jamais entendu de confrère lui parler de situations d'objection de conscience, l'enquêteur lui demandait de penser à des situations qui, selon lui, pourraient être à l'origine d'une objection de conscience pour un médecin, et de penser à quelles convictions ce même médecin pourrait invoquer pour faire valoir sa clause de conscience.

- **Histoire personnelle et situations d'objection de conscience**

Quelles pourraient être les situations dans lesquelles un médecin généraliste refuserait des actes médicaux, en invoquant la clause de conscience ?

Questions subsidiaires :

- Quelles pourraient être les raisons de cette clause de conscience ?
- Avez-vous déjà eu connaissance d'un médecin généraliste qui a fait valoir sa clause de conscience ?
- Et vous-même, avez-vous déjà été dans cette situation-là ?

- La *troisième partie* de l'entretien permettait d'étudier les représentations des médecins de leurs droits, dans des situations où un patient leur demandait un soin qui allait à l'encontre de leurs convictions personnelles. Là encore, il ne s'agissait pas forcément de répondre pour eux-mêmes, mais il s'agissait d'étudier leurs représentations de façon générale, sur les droits du médecin dans ce type de situations. La question était posée de plusieurs manières différentes, du fait de la complexité du sujet, afin d'obtenir des réponses complètes.

• **Le droit à la clause de conscience pour le médecin est-il justifié ?**

Pensez-vous qu'un médecin peut refuser un acte médical au motif de sa conscience ?

Pensez-vous que les médecins ont l'obligation de fournir des actes médicaux même si ceux-ci vont à l'encontre de leurs convictions personnelles ?

Que pensez-vous des deux affirmations suivantes ?

→ Un médecin ne devrait jamais faire ce qui va à l'encontre de ses convictions personnelles.

→ Parfois, un médecin a une obligation déontologique professionnelle à fournir des actes médicaux, même si cela va à l'encontre de ses convictions personnelles.

- La *quatrième et dernière partie* de l'entretien permettait d'étudier les représentations des médecins de leurs devoirs, dans des situations d'objection de conscience.

• **Droits et devoirs des médecins / droits des patients**

La dernière partie de l'entretien aborde le problème qui est posé par le fait que parfois, le droit des médecins à la clause de conscience s'oppose au droit des patients à avoir accès à un acte médical, qui pourtant est autorisé par la loi.

Comment pensez-vous qu'on puisse articuler le droit des médecins généralistes à la clause de conscience et les droits des patients à avoir accès à des actes médicaux légalement autorisés ?

4. Recueil de données

Environnement. Le lieu de réalisation de l'entretien a été laissé au choix du participant : dans son cabinet ou à son domicile. Les conditions requises étaient la disponibilité du médecin pendant 30 à 45 minutes, la réduction autant que possible des interruptions par des personnes extérieures, une ambiance sonore calme pour permettre l'enregistrement de l'entretien par un dictaphone.

Cadre contractuel de la communication. Avant chaque entretien, l'enquêteur informait le médecin interrogé du sujet de l'étude, avec un rappel de la problématique et des objectifs de l'étude. Des informations concernant la méthodologie de la recherche qualitative étaient également données. Le consentement oral du participant était recueilli pour l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données retranscrites.

À la fin de chaque entretien, l'enquêteur laissait au médecin interrogé une lettre d'information (Annexe 1 b), qui rappelait les objectifs et la problématique de l'étude. Sur cette lettre était également indiquée une adresse électronique créée spécialement pour cette étude, qui permettait au médecin interrogé de nous contacter pour toute information, ou s'il souhaitait se retirer de l'étude.

Interventions de l'enquêteur. Au cours des entretiens, l'enquêteur a adopté une attitude d'écoute attentive avec respect des silences, approbations silencieuses ou par onomatopées. L'enquêteur a tâché d'intervenir le moins possible au cours des entretiens ; les interventions étaient les plus concises possibles, avec des reformulations de

termes employés par le médecin interrogé ou des questions plus précises sur des thèmes abordés par le médecin interrogé lui-même.

5. Analyse des données

Retranscription. Les entretiens ont été retranscrits par l'enquêteur sur le logiciel Word. Les propos ont été retranscrits sans reformulation, ni correction. Les noms de personnes et des lieux cités ont été anonymisés et remplacés par des annotations entre crochets. Des mentions ont été ajoutées entre parenthèses et en italique pour souligner la survenue d'un silence, de rires, ou pour décrire les expressions des médecins interrogés.

Codage. Après retranscription, les entretiens ont été importés dans un fichier commun créé à partir du logiciel NVivo 10 pour Windows.

Ils ont ensuite été analysés suivant une méthode précise décrite par Malterud (32).

Tout d'abord, chaque entretien a été analysé par l'enquêteur de façon longitudinale, ce qui permettait de dégager de chaque entretien les idées et les thèmes intéressants (« 1. *Impression globale – du chaos aux thèmes* »).

Une deuxième lecture permettait de faire ressortir de chaque entretien des verbatims. À chaque phrase ou groupe de phrases codés étaient attribués un *code* ou *nœud*, terme consacré lors de l'utilisation du logiciel N-Vivo (« 2. *Des thèmes aux codes* »).

Ensuite, les entretiens ont été analysés de façon transversale, en recroisant les différents groupes de phrases et phrases codés pour chaque entretien, et en les reliant les uns aux autres (« 3. *Des codes à la signification* »).

Au fur et à mesure du recueil des données, les différents nœuds ont été croisés, regroupés et hiérarchisés, afin de faire émerger les principaux concepts de l'étude (« 4. *Synthèse – condensation en description et en concepts* »).

Triangulation de l'analyse. Afin de s'affranchir d'une limite d'interprétation, une triangulation a été réalisée avec un des directeurs de cette étude, et ce pour deux entretiens (les entretiens 3 et 9, choisis par tirage au sort). Ainsi, cela permettait de vérifier que la manière de coder de l'enquêteur était juste, et qu'aucun verbatim n'avait été oublié.

C- MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire soumis à un échantillon de médecins généralistes français de la région Rhône-Alpes.

Dans un premier temps, nous avons effectué une étude transversale descriptive et analytique.

- L'étude descriptive a permis d'explorer :
 - La connaissance des médecins généralistes sur la clause de conscience.
 - L'attitude des médecins généralistes par rapport à leur ressenti d'obligation : exploration des représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs droits et de leurs devoirs dans une situation où un patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.
 - La pratique des médecins généralistes dans cette situation.
- L'étude analytique a permis :
 - De comparer l'attitude des médecins généralistes par rapport à leur ressenti d'obligation en fonction de leur accord ou désaccord avec la loi.
 - De rechercher une relation entre des composantes décisionnelles pouvant influencer l'exercice professionnel et la pratique des médecins généralistes dans une situation d'objection de conscience.

Dans un second temps, il nous a paru pertinent de compléter notre travail par une approche qualitative des questionnaires collectés. Nous avons ainsi réalisé ce qu'on pourrait appeler une approche « qualitative supervisée ».

En effet, nous avons abordé un sujet sensible pour lequel la pensée de l'individu ne se dit pas facilement. Il est aisé d'entrevoir les limites de la mise en chiffre et de la réalisation de moyennes d'opinions, de subjectivités qui peuvent varier dans le temps et dans l'espace. Il nous a ainsi semblé intéressant de centrer la réflexion sur la diversité de notre échantillon et de créer à travers les questionnaires un dialogue entre les médecins, une confrontation des opinions.

Nous avons bien conscience que d'un point de vue méthodologique, cette approche n'est pas reconnue dans le monde de la recherche. Cependant, au vu de ce sujet éthique, relevant entre autres de la médecine et des sciences humaines, et après discussion avec le Dr Thierry Farge, notre directeur de thèse et le Pr Olivier Perru, professeur de philosophie, nous assumons cette démarche originale.

Ainsi notre objectif n'est pas d'apporter une ou des preuve(s) scientifique(s) mais de centrer la réflexion sur la diversité de notre échantillon. Nous avons donc choisi d'intégrer dans la partie « résultats » les verbatims laissés par les médecins dans les espaces de commentaires pour expliciter leur pensée.

2. Population d'étude

Notre population d'étude était composée uniquement de médecins généralistes.

Les critères d'inclusion étaient :

- Les médecins généralistes hommes ou femmes exerçant dans la région Rhône-Alpes.
- Nous pensions initialement recruter uniquement des médecins thésés et installés, mais nous avons finalement ouvert notre recrutement aux médecins remplaçants, car nous avons considéré qu'ils étaient autant concernés par cette problématique que les médecins installés.
- Réalisant des consultations de médecine générale.

3. Le recueil de données

3.1. Constitution de l'échantillon

Le recueil de données était anonyme. Il a été fait à l'aide d'un questionnaire de 9 items, comportant des questions fermées à réponse binaire et d'autres à choix multiples.

Il a été édité sous deux formes : une électronique et une papier qui ne différaient que par leur support (Annexe 2 a). Une note d'information (Annexe 2 b) comportant une explication du sujet de thèse et l'assurance du respect de l'anonymat et de la confidentialité des données était associée au questionnaire. Ce dernier a été distribué à la main pour la version papier et envoyé par mail pour la version électronique. Cette diffusion s'est faite avec l'aide de médecins remplaçants de notre entourage et de notre directeur de thèse. Il nous faut préciser que ces derniers ont seulement été un maillon dans la diffusion de notre questionnaire ; ils n'ont pas été invités à participer à l'étude. Le logiciel SurveyMonkey a permis de constituer la version électronique du questionnaire, qui offrait la possibilité de répondre via un navigateur web. Un lien amenait les participants aux pages du questionnaire. L'ensemble des questions obligatoires devait être rempli pour accéder aux pages suivantes.

Ce questionnaire a été réalisé avec la participation conjointe du Dr Thierry Farge et du Pr Olivier Perru, nos directeurs de thèse-et a reçu la validation de la commission éthique de la recherche en médecine générale (Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1).

3.2. Questionnaire

3.2.1. Données à l'origine de l'élaboration des questions

Comme il n'existait pas d'études scientifiques dans la littérature française sur notre sujet, les questions ont été élaborées à partir :

- D'articles scientifiques étrangers. Les questions initiales sont inspirées de deux études nord-américaines avant d'avoir été largement modifiées (33,34).
- Du questionnaire test réalisé à l'occasion du mémoire d'initiation à la recherche,
- Des résultats des entretiens (notamment pour la liste des composantes décisionnelles).

3.2.2. Présentation des questions

Le questionnaire comportait six parties.

La *première partie* visait à caractériser le profil des médecins participant à l'étude en établissant leurs caractéristiques sociodémographiques, afin d'évaluer la représentativité de la population étudiée. Compte tenu de la forte objection de conscience contre l'IVG dans les zones rurales en Italie, il était intéressant de faire préciser aux médecins généralistes leur lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain).

La *deuxième partie* explorait la connaissance générale des médecins généralistes sur la clause de conscience. En effet, les premiers résultats des entretiens mettaient en évidence que le mot « clause de conscience » pouvait ne

rien évoquer chez certains médecins généralistes. Il était donc intéressant de débiter ce questionnaire par un état des lieux des connaissances et des expériences associées à ce sujet.

Dans la mesure où ce sujet semblait peu connu, nous avons construit le questionnaire en établissant une progression du particulier au général afin que la problématique soit bien appréhendée et que cela limite le biais d'interprétation. Nous avons donc choisi d'entrer dans le vif du sujet par des questions portant sur des situations concrètes permettant d'illustrer la notion de clause de conscience.

La *troisième partie* explorait l'expérience personnelle et la pratique des médecins généralistes dans une situation où un patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

La *quatrième partie* explorait l'avis des médecins généralistes sur la loi, c'est-à-dire leur accord ou désaccord avec la loi par rapport à des situations concrètes. Le choix des situations cliniques abordées était directement en rapport avec le débat sociétal actuel et la prévalence observée de ces grands thèmes dans la littérature internationale. Nous avons ainsi demandé aux personnes interrogées si elles avaient une objection de conscience par rapport à 3 situations de pratiques cliniques :

- L'IVG,
- La sédation continue et profonde dans la nouvelle loi Léonetti-Claeys,
- La prescription de contraception chez les mineures sans autorisation parentale.

La *cinquième partie* de notre questionnaire avait pour objectif de rechercher une relation entre des composantes décisionnelles pouvant influencer l'exercice professionnel et la pratique des médecins généralistes dans une situation d'objection de conscience.

Pour établir la liste des composantes décisionnelles, il était important de mettre de côté notre subjectivité, nos propres interprétations, et de nous reposer sur la littérature et sur les premiers résultats des entretiens afin de ne pas omettre de composantes appropriées. Puis nous avons ajouté des items qui nous paraissaient intéressants après concertation auprès de notre entourage.

La liste des composantes décisionnelles les plus pertinentes que nous avons retenues était la suivante :

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Convictions politiques- Vécu personnel- Vie spirituelle ou religieuse- Réflexion philosophique- Conférences ou lectures bioéthiques- Médias- Groupes de pairs ou partage d'expériences- Réseaux sociaux |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La *sixième partie* de notre questionnaire comprenait les questions centrales de notre étude sur les représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs droits et devoirs dans une situation où un patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles. Elles exploraient le ressenti d'obligations des médecins par rapport à la réalisation de l'acte demandé, la transmission d'information et l'orientation du patient.

Dans une situation clinique de demande d'acte médical qui va à l'encontre de vos convictions personnelles, mais autorisé par la loi, pensez-vous que vous avez une obligation déontologique professionnelle à fournir cet acte ?

- Jamais, car un médecin doit respecter ses convictions personnelles
- Parfois
- Toujours, car la demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin

Le terme « déontologique » a été choisi pour insister sur l'orientation éthique de la question, et ainsi distinguer les choix professionnels de pratique courante pouvant être le lieu d'un désaccord entre le médecin généraliste et le patient (choix d'un outil diagnostique ou thérapeutique, arrêt de travail, bon de transport, refus de prescription d'antibiotiques), des situations où un médecin se trouverait face à une obligation ayant une incidence sur le plan de sa conscience morale personnelle.

Dans une situation où un médecin généraliste fait valoir sa clause de conscience, pour un acte médical, pensez-vous :

- Que le médecin a une obligation de présenter au patient toutes les informations sur cet acte ?
Oui Non Ne sait pas
- Que le médecin a une obligation d'orienter le patient à un confrère ?
Oui Non Ne sait pas

4. Analyse statistique

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique. La saisie des données brutes a été faite à l'aide du logiciel Excel©. L'analyse descriptive a également été réalisée à l'aide du logiciel Excel©. Des analyses univariées ont été réalisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques. Pour l'étude analytique, le test du Chi2 ou le test exact de Fisher ont été utilisés en fonction des conditions de validité. Ils ont été réalisés avec l'aide du Professeur René Ecochard, chef de service du service de biostatistique de l'hôpital Lyon Sud. Le seuil de significativité alpha était fixé à 0,05 pour tous les tests.

D- ÉVOLUTION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET DU QUESTIONNAIRE

1. Modification des termes employés

Les termes « morale » et « immoralité » n'ont pas été retenus et ont été remplacés par les termes « convictions personnelles ». En effet, ces mots étaient considérés comme trop agressifs.

Le terme « soin » a été remplacé par le terme « acte médical », ce dernier, plus large, n'induisant pas de construction « maladie / guérison ». En effet, un acte médical ne constitue pas nécessairement un soin. Par exemple, la grossesse et la prise de contraception ne sont pas des états de maladie.

2. Respect de la loi de confidentialité des données

Lorsque nous avons commencé ce travail, nous voulions aborder de façon plus précise les origines ethniques et les convictions religieuses des personnes interrogées, à l'image de ce qui était fait dans certaines études nord-américaines. La loi sur la confidentialité de données sensibles en France, réglementant de façon stricte ces explorations, nous a conduit à modifier notre questionnaire afin d'aborder plus largement tous les aspects de la vie pouvant influencer les opinions d'un médecin et être éventuellement à l'origine d'une clause de conscience (cf. partie « composantes décisionnelles » du questionnaire).

Les médecins généralistes qui le souhaitent ont pu parler spontanément de leurs origines ethniques ou de leurs appartenances religieuses lors des entretiens de l'analyse qualitative.

3. Commission éthique

Une déclaration à la CNIL a été faite (Annexe 3) et notre projet de thèse a reçu un avis favorable de la commission éthique de la recherche en médecine générale (Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1).

A l'issue de la commission éthique, il nous a été demandé de :

- Remplacer le terme « article 47 du *Code de déontologie médicale* » par le terme « l'article R. 4127-47 du *Code de santé publique* » puisque le *Code de déontologie médicale* est intégré dans le *Code de santé publique* depuis 2012.
- Recueillir une trace écrite des médecins généralistes affirmant leur adhésion à notre étude.
- Modifier la formulation de certaines questions. En effet, nous avons utilisé les termes « moralement répréhensible » dans une de nos questions. Ce terme jugé trop fort risquait d'induire inconsciemment la réponse des médecins généralistes interrogés. Ainsi, la phrase « vous ne devez jamais faire ce que vous croyez être *moralement répréhensible* » a été remplacée par la phrase « vous ne devez jamais faire ce qui va à l'encontre de vos convictions personnelles » puis finalement par « un médecin doit respecter ses convictions personnelles ».

RÉSULTATS

A – RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

1. Recueil des données et analyse

1.1. Entretiens

Quatorze entretiens ont été réalisés entre avril et novembre 2016. Les entretiens ont duré en moyenne 33 minutes (entre 20 et 73 minutes). Trois entrevues ont eu lieu au domicile des médecins interrogés, les autres ont eu lieu à leur cabinet. Huit des quatorze médecins étaient connus personnellement de l'enquêteur, mais le sujet de l'étude n'avait pas été abordé avec eux avant l'entretien.

La totalité des entretiens retranscrits est disponible sur le support informatique joint à ce travail.

1.2. Caractéristiques des sources

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés étaient les suivantes :

- 7 hommes et 7 femmes,
- Agés de 33 à 64 ans (moyenne d'âge : 48,1 ans),
- Installés depuis 1 à 35 ans (17 ans en moyenne),
- Exerçant en milieu urbain (5 médecins), semi-rural (6 médecins) et rural (3 médecins).

Le tableau des caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés se trouve en annexe (Annexe 4).

1.3. Codage et analyse

L'analyse des entretiens a permis d'aboutir à une grille de codage disponible en annexe (Annexe 5). L'annexe comprend un extrait des citations pour un *noeud*, terme consacré lors de l'utilisation du logiciel N-Vivo (Annexe 6).

2. Approche personnelle de la clause de conscience par les médecins

2.1. Connaissances générales

2.1.1. Connaissances générales sur la clause de conscience

Un certain nombre de médecins a déclaré ne pas connaître ce qu'était la clause de conscience en médecine générale.

M1 / M2 / M3 / M10 / M11 / M14	« non », « la loi je ne la connais pas du tout », « pas grand-chose »
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

D'autres médecins avaient la notion que la clause de conscience avait un lien avec l'éthique médicale (M5, M6, M8).

M5	« Ben pas vraiment, ça doit être un truc qui parle d'éthique, mais je ne sais pas si c'est quelque chose qui est lié à notre engagement dans le serment d'Hippocrate, non ? »
M8	« la clause de conscience elle arrive à partir d'un moment où on est en difficulté par rapport à une décision importante, grave qui a des conséquences sur l'avenir fonctionnel ou vital du patient »
M9	« à mon avis on tourne quand même autour de choses qui touchent à la vie et à la mort, ou au respect de la personne on peut dire »

Deux médecins avaient la notion que la clause de conscience était encadrée par la loi, sans connaître précisément les textes de loi (M8, M9).

M9	« j'imagine de toute façon que ça doit être limité par la loi. Enfin la clause de conscience c'est quand même quelque chose qui est juridiquement encadré. »
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Deux médecins ont cité la clause de conscience dans d'autres domaines que la médecine (M7, M8).

M7	« ça peut intéresser d'autres domaines, je sais que ça concerne la presse notamment »
M8	« l'objection de conscience, ça reste pour moi quelque chose pour moi qui est passé, qui date du service militaire »

Un médecin a également signalé qu'il avait la notion que la clause de conscience avait évolué depuis qu'elle avait été instaurée (M7).

M7	« historiquement, [...], il me semble qu'auparavant [...], c'était beaucoup plus carré, la clause de conscience c'était tout de suite, tu avançais que tu ne voulais pas réaliser tel acte pour telle ou telle raison et y'avait pas de soucis, tout de suite tu étais approuvé, maintenant c'est peut-être un peu plus difficile de s'imposer avec ça, notamment à l'hôpital, je pense que pour un interne à l'hôpital, ça peut être parfois un peu compliqué. »
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1.2. Définitions données

La plupart des médecins (M1, M4, M5, M7, M8, M9, M13 et M14) ont su donner des définitions de la clause de conscience, sans pour autant savoir exactement citer les textes de loi. A chaque fois, apparaissait dans leur définition la notion qu'on ne pouvait pas les « obliger » à faire un acte médical « contraire à leurs convictions ».

M1	« qu'on ne peut pas, à l'heure actuelle, me forcer à faire quelque chose que je n'ai pas envie de faire »
M7	« tu as le droit de te rétracter si un acte ne te convient pas et ne correspond pas à ta façon, à la façon dont tu te représentes la médecine ou par rapport à des points de vue autres, religieux etc »

M9	« la possibilité de ne pas accomplir un acte pour des raisons morales qui nous sont personnelles »
M13	« ce serait une façon d'essayer de respecter ses valeurs avec la possibilité de dire non et de poser des limites dans le soin »
M14	« c'est le fait de pouvoir refuser de répondre à telle ou telle demande parce que ça ne rentre pas dans son éthique personnelle »

D'autres définitions ont également été données :

M2 / M10	« [faire] les choses bien vis-à-vis du patient, dans l'intérêt du patient »
M6	« je suis théoriquement amenée à pratiquer un acte qui va à l'encontre de mes convictions, mais que je réalise parce que la loi m'y oblige »
M12	« quelque chose qui m'empêcherait de faire quelque chose qui aille à l'encontre de ce que je pense intimement, et pour lequel je serais en ambivalence avec l'intérêt du patient et l'intérêt supérieur de la loi. Donc c'est ce triangle de complexité qui me mettrait en difficulté. »

Les médecins M4, M7 et M14 ont tous les trois précisé dans leurs définitions de la clause de conscience, que celle-ci ne pouvait être faite en situation d'urgence.

M7	« qu'il ne faut pas être dans une situation d'urgence, il faut être hors d'une urgence. En urgence tu es obligé, tu n'as pas le choix. »
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1.3. Vécu personnel

Parmi les 14 médecins interrogés, deux médecins ont signalé avoir des clauses de conscience pour l'IVG.

M1	« pour l'IVG, c'est une confrontation quasi quotidienne et je fais rentrer dans l'IVG la pilule du lendemain » « c'est quelque chose de lourd de valeurs [...] qui pour moi me met en difficulté »
M7	« je ne veux pas, je ne souhaiterais pas le [l'IVG] pratiquer moi-même » « mais c'est vrai qu'à titre personnel, moi j'invoquerais la clause de conscience pour ne pas participer [à l'IVG] si on me le demandait »

Plusieurs médecins évoquaient la clause de conscience dans le contexte de l'euthanasie, en déclarant, soit qu'il leur était déjà arrivé de refuser de répondre à des demandes d'euthanasie de la part de leurs patients (M3, M11, M13), soit que l'euthanasie leur poserait certainement un problème de conscience si elle était un jour légalisée (M1, M11, M13, M14).

M1	« J'ai aucun souci avec l'euthanasie passive, mais je suis opposé à l'euthanasie active » « mais si on fait quelque chose exprès pour tuer, c'est de l'euthanasie active, et moi je ne tuerai pas »
M3	« Je ne vais pas au-delà de ce que je ne peux pas faire. » « Donc le soin est refusé... Le soin est accepté jusqu'à ce que je puisse le faire. On ne va pas pouvoir me demander des choses que je ne peux pas faire... »

M11	<p>« Si c'est vrai que ça m'est arrivé, des gens qui me disaient : "vous allez m'aider Docteur", je leur dis que je vais les aider à ne pas souffrir et à partir tranquillement, mais je leur dis clairement que je ne provoquerai pas leur décès. »</p> <p>« Oui moi je pense que ça, enfin pour moi éthiquement, c'est sûr que pour moi ce n'est pas possible de mettre fin à la vie de quelqu'un. »</p> <p>« mais si la loi me l'autorise, ce sera quelque chose que je refuserai »</p>
M13	<p>« Oui, alors oui c'est vrai des fois on me demande de tuer les gens, mais je leur dis que ça ne fait pas partie de mon boulot. »</p> <p>« Si l'euthanasie était légale, [...], ça me poserait quelques questions. »</p>
M14	<p>« j'ai peut-être des confrères qui pourraient évoquer ce principe-là et probablement que je pourrais l'évoquer moi-même si le contexte ne me satisfait pas sur le plan éthique »</p>

Plusieurs médecins faisaient remarquer qu'il leur était déjà arrivé de refuser des soins, mais pour des motifs médicaux et non des motifs de conscience (M9, M11).

M9	<p>« [...] j'ai plus refusé pour des raisons, [...], enfin je trouvais que le motif n'était pas approprié, [...] je n'ai pas refusé de soin pour des raisons [...] où ça offusque ma morale. »</p>
M11	<p>« Après, ça m'arrive de faire changer d'avis les gens, c'est sûr, mais pas forcément pour ma conviction personnelle. Plus sur une conviction médicale qu'une conviction personnelle. »</p>

Le médecin M6 faisait remarquer que : « je n'ai jamais, en tant que médecin généraliste, à pratiquer un avortement ou à pratiquer une piqûre pour tuer les gens ».

Les médecins interrogés ne déclaraient pas non plus avoir entendu des confrères ou des consœurs partager des situations d'objection de conscience. Le médecin M 12 faisait remarquer que « ces histoires-là, ça reste un peu tabou, un peu secret, on l'apprend par le bord que c'est untel ne fait pas ci ou pas ça, on ne sait pas exactement comme cela se passe ».

2.2. Cas de clause de conscience

2.2.1. Situations d'objection de conscience évoquées par les médecins interrogés

A noter qu'il s'agit là de cas de conscience évoqués par les médecins interrogés qu'ils n'ont pas forcément vécus eux-mêmes, mais qu'ils imaginent que certains médecins pourraient vivre.

Plusieurs médecins ont précisé, comme le médecin M9, que les situations d'objection de conscience devaient concerner des « choses qui touchent à la vie et à la mort, ou au respect de la personne on peut dire ». Et plus loin : « elles doivent porter sur des choses j'imagine essentielles, comme la sauvegarde de la vie, l'intégrité de la vie, du corps ».

Les situations reconnues comme étant des situations potentielles d'objection de conscience étaient les suivantes :

- L'IVG, qui a été citée par 12 médecins sur les 14 interrogés.
- La contraception, citée par 6 médecins.
- La prise en charge de la fin de vie, citée par 6 médecins.

- Les demandes d'euthanasie, citées par 5 médecins.
- Le dépistage de la trisomie 21, cité par 3 médecins.

Un tableau récapitulatif est disponible en annexe (Annexe 7).

2.2.2. Autres situations d'objection de conscience

D'autres situations d'objection de conscience ont été évoquées :

- Prescriptions de médicaments commercialisés par certains laboratoires (M1) : « ça me gêne que les labos produisent certains médicaments que moi je considère pour la mort, et que moi je les engraisse aussi en prescrivant des médicaments ».
- Suivis de patients examinés en garde à vue (M11) : « j'étais incapable, donc je lui ai dit clairement que ce jour-là, je ne pouvais plus être son médecin généraliste, et que ma collègue acceptait de la prendre en charge mais que moi je ne pouvais plus avoir pleins de casquettes et entrer en confiance avec elle ».
- Suivi du mari d'une femme battue de sa patientèle (M3) : « la dame, je la suis depuis longtemps et elle a été effectivement bien tapée, bien battue par son compagnon qui un jour est venu sans elle au cabinet et j'ai dit que je ne pourrai pas le prendre en charge lui, parce que je m'occupais de sa compagne et que je savais qu'il la tapait ».
- Refus de suivre certains patients, s'il n'y pas de rapport de confiance (M5, M9) : « Ben disons, j'appellerai pas vraiment ça une clause de conscience en fait, c'est-à-dire que je ne vais pas soigner des gens s'il n'y a pas de rapport de confiance entre nous. ».
- Refus de demandes d'actes médicaux ou de prescriptions à visée esthétique (M8, M13) : « une prescription d'un anesthésique local pour un intérêt purement cosmétique », « Pour moi, ma clause de conscience quotidienne, c'est de faire en sorte de rester dans mon rôle de médecin, de ne pas me laisser envahir dans des demandes consuméristes ».
- Recherche génétique (M9).
- Clauses de conscience dans la procréation médicalement assistée (M6).
- Refus de certificats médicaux, arrêts de travail (M4, M13, M14).

2.3. Raisons de la clause de conscience

Les médecins interrogés ont cité différentes convictions, qui pouvaient influencer les médecins dans leurs clauses de conscience. Encore une fois, il ne s'agissait pas forcément de convictions qu'ils invoquaient eux-mêmes, mais des convictions qu'ils imaginaient pouvoir être invoquées par des médecins qui avaient des clauses de conscience.

- *Les convictions religieuses* ont été citées par tous les médecins interrogés.
- *Les convictions personnelles*, de vécu personnel, d'éthique personnelle ont été citées par 8 médecins (M2, M7, M8, M9, M10, M11, M12 et M14).
- *Les convictions humanistes* (M6).
- *Les convictions philosophiques* (M5).
- *Les convictions politiques* (M3).
- *Les convictions économiques* (M8).

2.3.1. Points importants en ce qui concerne les convictions religieuses

- Un médecin (M5) a déclaré que selon lui, les valeurs morales « recouvraient » les valeurs religieuses.

M5	<i>« Mais ça, c'est un truc personnel, mais je pense que d'avoir des valeurs philosophiques et morales, ça recouvre un petit peu toutes les religions, en étant moins borné et moins fermé d'esprit qu'en suivant une religion purement et simplement. »</i>
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Ce même médecin a estimé que selon lui, les raisons religieuses n'étaient pas suffisantes pour invoquer une clause de conscience.

M5	<i>« ce serait un médecin qui a pas d'éthique suffisante que de prendre que cette clause-là, il faut que ce soit plus large que juste l'idée d'une religion. »</i> <i>« Je pense que ça serait pas suffisant. »</i> <i>« Ça ressemble à une excuse facile parfois. »</i> <i>« On ne peut pas juste dire : dans la Bible, il a dit de ne pas faire ça. Ça c'est pas possible, ce serait totalement insuffisant. »</i>
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Un des médecins interrogé (M1) a déclaré qu'une clause de conscience faite au nom d'une conviction religieuse était un acte de l'intelligence.

M1	<i>« La foi c'est pas une croyance pour moi, pour moi c'est un acte de l'intelligence. »</i> <i>« je pense que la clause de conscience peut s'exercer au seul titre de l'intelligence et pas seulement de la croyance »</i> <i>« Je me revendique comme quelqu'un de pas idiot, et je ne fais pas taire mon intelligence sous prétexte que j'ai foi en Jésus-Christ. »</i>
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Les médecins M1, M6 et M7 estimaient que les arguments avancés par des médecins ayant des convictions religieuses ne sont pas forcément des arguments dont ceux-ci ont le monopole.

M1	<i>« Les gens actuels ils croient en rien, mais ça ne fait pas d'eux des idiots pour autant et je pense qu'une saine intelligence qui réfléchit à ce qu'elle voit et ce qu'elle vit, peut être amenée à être d'accord avec moi et avoir des difficultés avec l'avortement et certaines façons de gérer la fin de vie. »</i>
M6	<i>« mais est-ce que le respect de la vie est imposé par la foi chrétienne, pas forcément, y'a des gens qui ne sont pas croyants et qui respectent la vie, donc est-ce que ce sont mes convictions chrétiennes, j'en sais rien »</i>

2.3.2. Notion d'échelle de valeurs

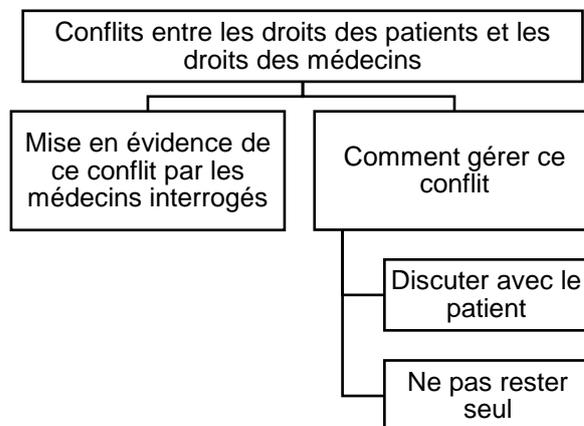
Deux médecins ont évoqué le fait qu'il y avait souvent plusieurs valeurs en jeu dans la relation médecin-patient, et qu'il y avait une notion d'échelle de valeurs, avec une hiérarchisation de celles-ci.

M5	<p>« C'est-à-dire qu'après, tu vas avoir des gens, [...], qui sont gênés par la contraception ou l'IVG, qui avaient peut-être des convictions chrétiennes, des choses comme ça, [...], s'ils ne vont jamais vraiment contre ces valeurs et qu'ils laissent quelqu'un à la rue, qui va se trouver dans une situation très difficile, ils violent aussi toutes leurs autres valeurs en fait... On ne doit pas violer toutes ses valeurs, ça c'est impossible, il faut faire en sorte que la majorité de nos valeurs soient respectées. »</p> <p>« Donc on se trouve vraiment entre les deux, parce qu'il peut y avoir des cas où on va violer une valeur dans notre exercice médical pour que les autres soient respectées. »</p>
M7	<p>« y'a des choses qui sont moins importantes que d'autres »</p>

SYNTHÈSE - Approche personnelle de la clause de conscience par les médecins

- Huit médecins ont su donner une définition exacte de la clause de conscience.
- Seuls deux médecins rapportaient des cas de clause de conscience (tous les deux pour l'IVG).
- L'IVG a été citée comme cas de clause de conscience par 12 médecins sur 14.
- Les principales raisons de clause de conscience qui étaient mises en évidence par les médecins interrogés étaient les convictions religieuses (citées par tous les médecins) et les convictions d'éthique personnelle (citées par 8 médecins).

3. Conflit entre les droits des médecins et les droits des patients



3.1. Mise en évidence de ce conflit par les médecins interrogés

Ces conflits ont été mis en évidence par les médecins M1, M3, M7, M8, M9 et M10, qui reconnaissaient qu'il était difficile de trancher et que ce conflit était compliqué à gérer.

M1	<p>« c'est insoluble parce que moi, j'estime que mon droit de ne pas participer est un droit inaliénable. Et j'estime que le droit du patient, de faire une IVG s'il a envie, j'accepte que ce droit-là soit inaliénable, mais je veux qu'en face le patient accepte que moi aussi j'ai un droit inaliénable. »</p>
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

M7	<i>« y'a deux droits qui sont face à face, [...] y'a quelqu'un qui est demandeur, qui est peut-être en position de faiblesse, en tout cas dans une situation difficile à vivre et puis tu as quelqu'un qui est là, d'autorité. [...] mais les deux personnes ont leurs droits respectifs, donc c'est quand même en finesse tout ça »</i>
M9	<i>« le problème, c'est l'affrontement de deux intérêts différents » « c'est difficile à gérer » « je pense que le sujet est difficile pour trancher »</i>

3.2. Comment gérer ce conflit

3.2.1. Discussion avec le patient

Les médecins M1, M4, M6, M7, M8 et M13, ont évoqué le fait que la discussion avec le patient, au sein de la relation médecin-patient, permettait de résoudre une partie des conflits.

- Expliquer aux patients la raison de la clause de conscience ...

M4	<i>« je pense que le patient qui vient avec une demande, si toi, de par tes convictions t'es pas capable de répondre à cette demande, ben il faut expliquer, en disant que soit tu es pas à l'aise, soit ça va à l'encontre de ce que tu penses, mais qu'effectivement c'est une question qu'il pose et qu'il faut bien qu'il trouve une réponse quelque part »</i>
M7	<i>« C'est plus dans l'explication que je donne aux gens que je m'y retrouve dans ma clause de conscience. »</i>

- ... sans forcément rentrer dans un débat.

M1	<i>« Je le dis assez peu souvent que je ne le fais pas pour des raisons éthiques, parce que ça me lancerait dans des débats, [...], j'ai pas forcément envie dans le cadre de la consultation de rentrer dans des débats qui me passionneraient. »</i>
M4	<i>« si t'es contre l'avortement ou contre la contraception, tu vas pas rentrer dans le débat, mais il faut quand même leur expliquer que c'est pas quelque chose qui te correspond, c'est pas une pratique qui te correspond »</i>

- Discuter avec le patient, pour l'aider à prendre ses décisions.

M6	<i>« Ce que mes convictions personnelles entraînent, c'est qu'à chaque fois qu'un patient me demande des choses auxquelles intimement je suis contre, je prends plus de temps pour discuter de leurs décisions, voilà. » « je vais prendre un biais d'explication » « Pour moi l'éthique, c'est peser le pour et le contre en toute conscience, et mon but, c'est d'amener les patients à peser le pour et le contre en toute conscience, pour prendre une décision qu'ils trouveront bonne. »</i>
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2.2. Ne pas rester seul

Les médecins M4, M5, M8, M9, M10, M11 et M12 ont déclaré que lors de situations difficiles d'un point de vue éthique, et notamment lors de situations où les demandes de leurs patients allaient ou pouvaient aller à l'encontre de leurs convictions personnelles, ils prenaient des avis, s'entouraient de confrères ou de professionnels paramédicaux pour les aider et les orienter dans leurs décisions.

M4	<i>« Je pense que si une question comme ça arrivait, je prendrais des avis, enfin j'évitais d'être toute seule, j'en discuterais en équipe. »</i>
M8	<i>« de pas rester seul pour prendre une décision peut-être, mais de savoir aussi qu'on a des limites, humainement, des choses qu'on ne peut pas résoudre tout seul »</i>
M10	<i>« Je me ferai aider, je prends, j'appelle. Voilà je pense, que je ne reste plus toute seule, si je n'arrive plus, oui voilà. [...] si moi, ça me pose problème, je me fais aider. »</i>

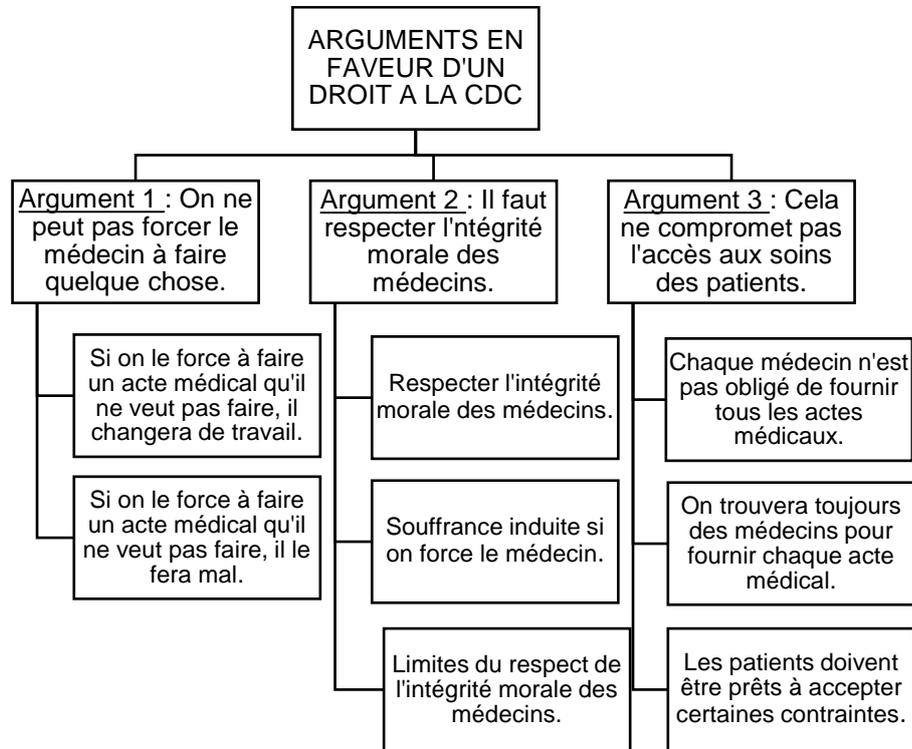
SYNTHÈSE - Conflit entre les droits des médecins et les droits des patients.

Ce conflit se gère en :

- Discutant avec le patient au sein de la relation médecin-patient.
- S'entourant de confrères ou de l'équipe paramédicale.

4. Droit à la clause de conscience

4.1. Arguments en faveur d'un droit à la clause de conscience des médecins



Dix des quatorze médecins interrogés (M1, M3, M4, M5, M6, M7, M10, M11, M13 et M14) estimaient que la clause de conscience est un droit qu'il faut accorder au médecin.

M1	« Je pense que c'est un droit qu'il faut lui accorder. »
M3	« Non mais moi je maintiens que c'est quand même le docteur... que c'est le droit personnel et pas collectif qui prime. Non, c'est le droit personnel, enfin le droit du docteur à avoir sa conscience... »
M10	« effectivement ceux qui pratiquent des IVG, s'ils sont opposés, bon je comprends qu'ils ne la fassent pas. Je veux dire, ça me semble être une évidence absolue. »
M13	« Donc oui moi je pense que c'est important que l'on puisse dire non, on est des êtres humains, on a nos limites. »

4.1.1. Argument 1 : On ne peut pas forcer le médecin à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire.

Les médecins M3, M4, M5, M8, M10, M11, M13 estimaient que l'on ne peut pas forcer un médecin à faire un acte médical qu'il ne souhaiterait pas faire.

M3	« si on les oblige, c'est pareil hein, c'est de la dictature dans l'autre sens » « On n'est pas des machines, c'est là où c'est compliqué, tu ne peux pas demander à un médecin... Ce qu'il ne peut pas faire, il ne peut pas le faire, voilà. »
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

M5	« un patient ne peut pas se plaindre ou faire un procès à un médecin pour l'obliger à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire »
M8	« je ne suis pas dans l'obligation de soin » « y'en a certainement bien sûr absolument contre le geste et je pense qu'on va pas leur faire un lavage de cerveau pour leur faire changer d'avis, ça ne me semble pas raisonnable »
M10	« Obliger c'est difficile »
M11	« Je pense que c'est tellement difficile la médecine générale qu'on ne peut pas imposer des choses au médecin, qu'il ne veut pas faire. » « moi je ne peux pas forcer quelqu'un qui ne veut pas accepter un soin, et je pense que dans l'autre sens c'est pareil aussi, »

Deux médecins déclaraient que si on les forçait à faire des actes médicaux qu'ils ne veulent pas faire, ils changeraient de profession (M1, M4).

M1	« Moi, si on ne m'accorde pas ce droit, j'arrête mon métier immédiatement, je vais aller à l'usine, je vais faire ouvrier agricole, mais si on me retire ce droit là j'arrête immédiatement. » « Si la clause de conscience saute, je vais planter des salades. »
M4	« si un jour on m'impose de faire des choses, c'est possible que je ne sois plus dans ce boulot, enfin que je ne fasse plus ce boulot quoi »

Plusieurs médecins estimaient que si on force le médecin à faire un acte médical qu'il ne veut pas faire, il le fera mal (M3, M4, M5, M13, M14).

M4	« On peut pas travailler, je pense qu'on peut pas faire du bon travail sous la contrainte. »
M5	« C'est toujours mieux pour le patient d'aller voir un médecin qui va pas pratiquer contre tous ses principes, il sera moins bien soigné, ça c'est sûr. »
M13	« Moi si j'adhère pas aux soins que je fais, je ne suis pas bon. »
M14	« je pense qu'on fait mal un soin quand on n'a pas envie et du coup [...] je pense qu'il vaut mieux [...] respecter sa conviction et orienter à un confrère qui va faire les choses bien, plutôt que d'être en conflit avec soi-même et [...] au moment du soin, de risquer de mal faire, et [...] d'être nuisible au patient. »

4.1.2. Argument 2 : Il faut respecter l'intégrité morale des médecins.

Six des quatorze médecins interrogés estimaient qu'il fallait respecter l'intégrité morale des médecins (M1, M4, M7, M8, M9, M14).

M1	« C'est quand même un droit de la personne de ne pas être amenée à faire ce qu'elle n'a pas le droit de faire pour des motifs très très profonds et personnels qui engagent sa vie. »
M7	« je pense qu'il faut que le médecin se respecte lui-même et soit respecté aussi dans ses convictions »
M8	« l'éthique c'est faire, c'est respecter les libertés de chacun, c'est préserver la santé de la personne dont on s'occupe et comment dire c'est aussi l'éthique, respecter les convictions »

M9	« J'imagine quand même que les gens qui utilisent ou qui vont demander à utiliser la clause de conscience, je pense qu'ils ont des raisons morales profondes, je ne pense pas qu'ils fassent ça pour embêter le monde. » « Maintenant c'est sûr que j'imagine un catholique très pratiquant qui doit faire une IVG, ça doit être très compliqué. »
M14	« La médecine, c'est déjà un métier qui est assez compliqué et qui demande beaucoup d'investissement humain, et qu'on le veuille ou non, personnel. Donc on peut sur un tas de choses, faire la part des choses sur sa pensée personnelle et sa pratique professionnelle, mais je pense que si on a une conviction personnelle tellement forte que c'est franchement impossible, je pense qu'effectivement, il vaut mieux pouvoir orienter à un confrère, [...], et passer le relais, plutôt que de se bagarrer avec soi-même. »

Une des médecins interrogés (M4) a estimé que le fait de la forcer à faire des actes médicaux qu'elle ne voudrait pas faire serait source de souffrance.

M4	« Je trouve que notre boulot, il est déjà tellement... [...] il faut être en accord avec tout ce que tu fais. [...] Et ça vraiment, le travail sous pression, des fois j'ai l'impression qu'on me prend la main et qu'on fait les choses à ma place. [...] et ça j'aime pas. Et donc j'imagine qu'un soin qu'on me forcerait à faire, je pense que je rentrerais chez moi, je serais malheureuse quoi. »
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un des médecins interrogé (M9) a estimé qu'il y avait des limites au respect à l'intégrité morale des médecins.

M9	« Je n'ai pas de solution pour ça, enfin je parle pour les gens sincères, hein, parce qu'après y'a toujours des gens [...] qui s'infiltrent dans la morale à mauvais escient »
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.1.3. Argument 3 : Cela ne compromet pas l'accès aux soins des patients.

Deux médecins (M4, M10) ont signalé que tous les médecins n'étaient pas obligés de fournir tous les actes médicaux auxquels la loi donne accès.

M4	« après je pense que notre boulot, y'a tellement de choses à savoir, qu'on peut pas tout savoir, on peut pas tout faire, après je pense qu'il faut faire ce pourquoi tu as de l'intérêt et ce que tu sais bien faire et le reste tu renvoies ailleurs »
M10	« C'est vrai qu'on ne peut pas tout faire. »

Deux médecins (M8, M13) ont estimé que l'on trouverait toujours des médecins pour fournir chaque acte médical.

M8	« je pense qu'il y aura toujours des médecins pour aider ces patientes dans la demande » « y'aura toujours des médecins pour pratiquer »
M13	« Y'aura toujours quelqu'un derrière pour faire le soin, a fortiori s'il est légitime tu vois. »

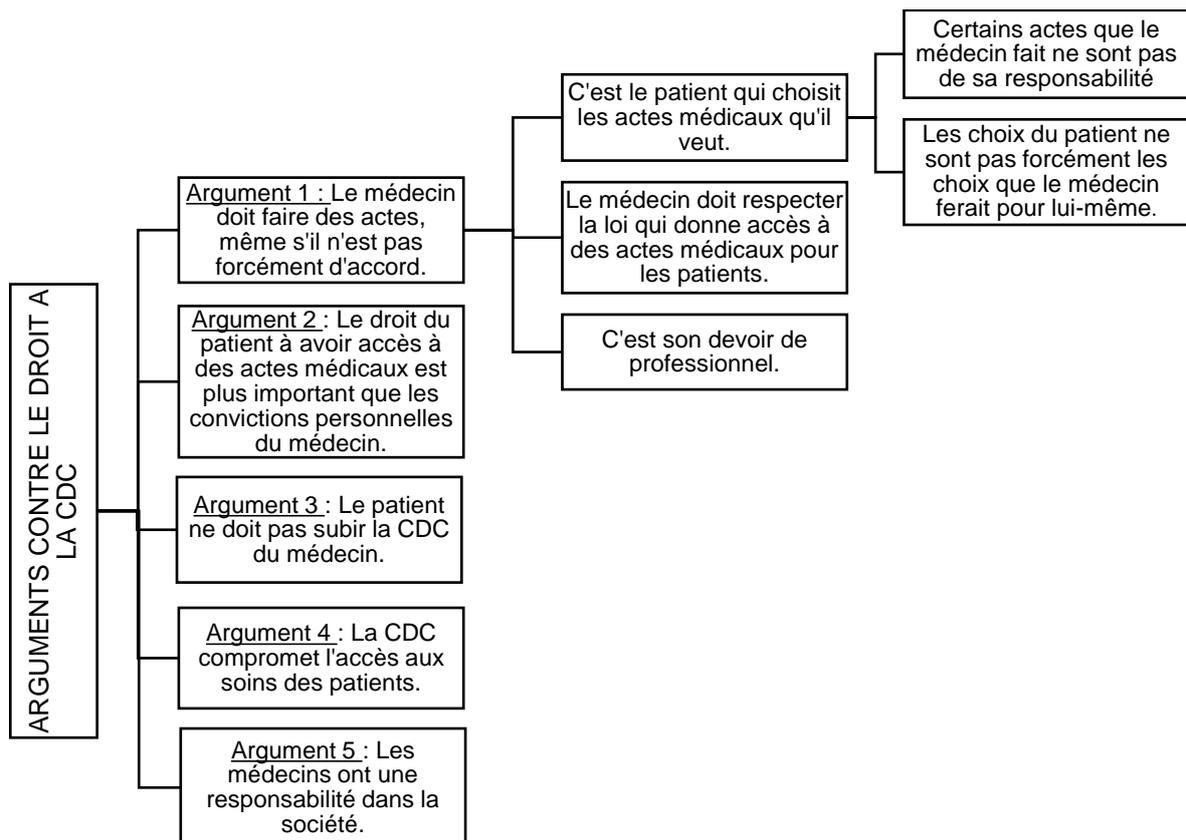
Deux médecins (M13, M14) ont déclaré que les patients devaient aussi être prêts à accepter certaines contraintes.

<p>M13</p>	<p>« Mais il va y avoir un espace à un endroit ou à un autre, pour respecter ces deux points de vue. Alors ça peut être très compliqué et ça peut peut-être demander des heures de voiture et tout ça, mais ça va être possible, c'est pas impossible. Et dans ce schéma en effet, aux États-Unis il faut faire des km pour trouver un médecin qui va faire une IVG, mais c'est faisable. [...] Alors c'est sûr que [...] c'est bien contraignant, mais voilà, c'est possible. »</p>
<p>M14</p>	<p>« ça me semble triste, parce que je ne trouve pas ça hyper pratique pour le patient. En même temps, si on se place d'un point de vue encore plus reculé, d'un point de vue mondial, l'IVG, faire 2 heures de route, c'est pas grand-chose... »</p>

SYNTHÈSE – Arguments en faveur du droit à la clause de conscience :

- « On ne peut pas forcer le médecin à faire quelque chose. »
- La clause de conscience comme garant du respect de l'intégrité morale du médecin.
- Pas de compromission de l'accès aux soins pour les patients.

4.2. Arguments contre le droit à la clause de conscience des médecins



Quatre médecins (M2, M3, M10, M12) sur les quatorze médecins interrogés estimaient que les médecins ne devraient pas avoir le droit à la clause de conscience.

M2	« Non enfin je ne sais pas, moi je trouve que dans l'intérêt du patient, moi j'ai du mal à comprendre après, qu'on puisse refuser complètement. »
M3	« Ben moi je ne comprends pas, t'es Docteur, tu n'es pas là pour [...] refuser un soin alors que tu n'es pas d'accord. » « quand c'est poussé à l'extrême, c'est pas éthique. Pour moi c'est plus éthique. »
M10	« jamais je ne me permettrais de donner mon avis, voilà, qui empêcherait finalement le choix de la personne »
M12	« c'est un peu compliqué quand on est professionnel de santé, d'objecter une clause de conscience. Je ne sais pas si on est en position de pouvoir le faire... » « Je pense que non, on n'a pas à appliquer cette clause de conscience, on a le droit d'avoir conscience de certains obstacles, mais on n'a pas à appliquer ce droit par rapport à la loi. »

4.2.1. Argument 1 : Le médecin doit faire des actes, même s'il n'est pas forcément d'accord.

Neuf des quatorze médecins interrogés (M2, M3, M4, M6, M7, M9, M10, M12, M13) estimaient que le médecin doit faire des actes médicaux, même s'il n'est pas forcément d'accord.

M3	« Je pense que ça peut m'arriver de pas être d'accord avec ce que pense l'autre ou ce que fait l'autre, mais de là à lui refuser un soin parce que moi ça me pose un problème, ben non, je n'ai pas... Ça ne m'est jamais arrivé » « je ne suis pas très d'accord quand elles en sont à leur dixième IVG, je suis pas tout à fait d'accord avec ça. Mais je vais quand même leur proposer »
M7	« Moi l'IVG, je suis pas favorable c'est clair, mais je respecte aussi la demande de mes patients. »
M9	« Oui. Je pense qu'il y a quand même une obligation. » « Moi je pense que si vraiment on est au milieu du désert et qu'on est obligé de faire une IVG, je pense qu'on devrait la faire. »
M13	« ouais y'a des choses que je n'aime pas, mais bon, c'est pas toi qui choisis, tu es bien obligé d'accepter ça quoi... » « Ben on a une obligation de soins aussi et elle doit jouer dans cette question-là quoi. »

Trois médecins (M2, M10, M13) estimaient que les médecins ne pouvaient opposer leur clause de conscience à la demande d'un acte médical de l'un de leurs patients, parce que c'est le patient qui choisit les actes médicaux qu'il veut.

M2	« Ben, l'IVG ça me gêne, mais après t'es dans le cas de la patiente, c'est son droit, c'est sa demande. » « Après c'est la vie des gens, ils sont dans leurs droits... »
M10	« Je crois que c'est la liberté de chacun de décider, quelles que soient les convictions de celui qui est en face. »
M13	« Bon y'a des gens qui ne sont pas d'accord avec le principe de l'IVG, mais qui le font quand y'a besoin de le faire ou qui acceptent que ce soit fait [...] parce que c'est vrai que ça ne leur appartient pas non plus. »

Cinq médecins déclaraient que leurs propres choix, d'un point de vue personnel, seraient différents de ceux de leurs patient (M2, M6, M10, M11 et M14).

M2	« des fois tu ferais pas pareil, mais euh... pour toi. » « Moi tant que c'est légal et que c'est un droit du patient, ça ne me gêne pas spécialement, même si ce n'est pas ce que je ferais pour moi, dans mes convictions. »
M10	« Quand c'est pour moi, je veux dire c'est différent, je veux dire : je fais mes choix. »
M14	« Je suis assez persuadée qu'il y a un certain nombre de professionnels de santé qui ne le souhaitent pas pour eux-mêmes, mais qui n'ont pas de clause de conscience par rapport à ça, professionnellement. »

Deux médecins (M1, M2) ont déclaré qu'ils estimaient que certains actes posés par le patient ne relevaient pas de leur responsabilité.

M1	« y'a des actes que je peux être amené à poser qui ne m'impliquent pas » « Je pense que des actes n'impliquent pas ma responsabilité, mais celle de celui qui est le consommateur final. » « moyennant l'information que je leur donne, je m'estime affranchi de ma responsabilité »
M2	« Oui, ça ne m'engage pas spécialement. Toi t'es là pour les informer, après ils prennent leurs décisions. Ils respectent la loi, ouais. »

Deux médecins (M2, M12) déclaraient que, selon eux, le médecin n'avait pas le droit à une clause de conscience, parce qu'il fallait qu'il respecte la loi qui donne accès à des actes médicaux aux patients.

M12	« mais il doit s'en référer à la loi et là-dessus, il doit mettre son poing dans sa poche et puis s'adapter à la loi telle qu'elle est mise en place dans le pays dans lequel il exerce » « on n'a pas à appliquer ce droit par rapport à la loi » « Parce que la loi est supérieure. »
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quatre médecins (M2, M3, M10, M12) ont déclaré que selon eux, le médecin ne devait pas faire valoir sa clause de conscience, parce que ce ne serait pas professionnel.

M2	« je pense que ça fait partie du travail, de pas refuser » « Après c'est des droits, ça fait partie des droits, on doit pouvoir le proposer aux gens, enfin c'est notre travail. » « Dans ton travail tu dois être professionnel et proposer les soins aux gens, enfin les soins qui leurs sont disponibles. » « on contraint un peu la liberté du médecin, mais d'un autre côté, on est dans un rôle professionnel, avec les différentes tâches du médecin »
M3	« si on me demande un soin, moi je suis Docteur, je vais essayer de le donner »
M10	« Moi j'estime que c'est notre métier, donc moi je fais passer la personne avant. » « dans le cadre du métier, ben nous on passe après, et on fait pour le bien de l'autre » « comme c'est dans le cadre professionnel, pour moi c'est le patient qui passe avant »

M12	« <i>c'est un peu compliqué quand on est professionnel de santé, d'objecter une clause de conscience. Je ne sais pas si on est en position de pouvoir le faire... »</i> »
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2.2. Argument 2 : Le droit du patient à avoir accès à des actes médicaux est plus important que les convictions personnelles du médecin.

Plusieurs médecins estimaient que le droit du patient à avoir accès à un acte médical était plus important que les convictions personnelles du médecin (M2, M3, M10).

Le médecin M4 soulevait également cette question en se demandant : « *C'est là où on place le curseur quoi, qu'est-ce qu'on est sensé faire, jusqu'où il est sensé aller [...] contre ses croyances personnelles quoi ?* ».

M2	« <i>Ben moi je pense qu'avec le travail qu'on fait, on doit pouvoir quand même un peu mettre de côté sa clause de conscience, [...]. Enfin mettre en priorité le droit des patients finalement.</i> » « <i>mettre un peu plus entre parenthèses sa clause de conscience</i> » « <i>c'est la demande de la patiente, moi je ne me vois pas refuser. Enfin je pense que le droit des patients passe au-dessus.</i> »
M3	« <i>Pour moi ça prime sur mes convictions. J'ai les miennes, mais elles ne vont pas m'empêcher de travailler, [...].</i> » « <i>Pour moi le soin passe avant mes convictions.</i> » « <i>pour moi, le soin prime sur ce que je pense</i> »
M10	« <i>Après moi je fais passer la personne avant, sa décision avant, j'estime que je n'ai pas à imposer ou à exposer mes propres convictions et à influencer... [...] Moi j'estime que ce n'est pas mon rôle.</i> » « <i>comme c'est dans le cadre professionnel, pour moi c'est le patient qui passe avant</i> » « <i>son éthique à lui passe avant la mienne puisque je suis dans le cadre professionnel</i> »

4.2.3. Argument 3 : Le patient ne doit pas subir la clause de conscience du médecin.

Le médecin M9 déclarait qu'il ne fallait pas que les patients subissent la clause de conscience de leurs médecins, en termes de délai ou de lourdeur de prise en charge.

M9	« <i>si ça conduit à générer une IVG par curetage alors qu'on aurait pu avoir une IVG médicamenteuse, là ça commence à devenir plus embêtant. Si on arrive à des délais tardifs, pour la femme, c'est quand même ennuyeux.</i> » « <i>moi je pense qu'il ne faut pas que le patient il subisse, il faut qu'on lui trouve une porte de sortie qui ne lèse pas quoi</i> »
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2.4. Argument 4 : La clause de conscience compromet l'accès aux soins des patients.

Cet argument a été invoqué par 4 médecins (M2, M7, M9, M14).

M2	<p>« Mais bon faut pas qu'il y en ait trop qui soient dans ce cas-là. Si c'est comme aux États-Unis et qu'après y'a un problème d'accès aux soins et que t'as la moitié des médecins contre, oui, c'est quand même problématique. »</p> <p>« Donc, tant que c'est quelques médecins qui sont contre ça va, mais si t'as la moitié des médecins qui sont contre certaines pratiques, ça a des conséquences pour les patients. »</p>
M7	« Mais bon si personne ne le fait, qui c'est qui le fera ? »
M9	<p>« enfin le seul gynéco de tout l'hôpital qui ne faisait pas d'IVG, ça voulait dire que les gens ils devaient aller loin. »</p> <p>« Si elle peut faire son IVG dans les mêmes conditions, là, y'a pas de problèmes. Là où c'est plus compliqué, c'est quand y'a pas d'équivalent. »</p>
M14	<p>« Le vrai problème qui se pose, ce serait dans un coin très très reculé du fin fond de la cambrousse, où on a un seul docteur tout seul et un seul patient tout seul, et où ce patient soit suffisamment loin, non motorisé, avec personne pour l'emmener, donc ce serait un cas assez exceptionnel... »</p> <p>« je pense que le médecin qui aurait, qui serait installé là avec des clauses de conscience sur divers sujets auraient fait une grosse erreur, parce que quand même quand on sait qu'on ne va pas faire tel ou tel soin parce que c'est contre son éthique personnelle, je pense qu'on ne peut pas s'installer dans un endroit isolé »</p> <p>« je pense que quand on a une partie de soins qu'on ne veut pas effectuer, je pense qu'il vaut mieux... il est plus confortable d'être en milieu urbain avec des confrères qui ont des pensées un peu différentes. »</p>

4.2.5. Argument 5 : Les médecins ont une responsabilité dans la société.

Cet argument a été invoqué par les médecins M2 et M8.

M2	« On a un rôle de santé publique, de prévention qui est quand même important. »
M8	« on a fait des études, on a quand même des responsabilités dans la société »

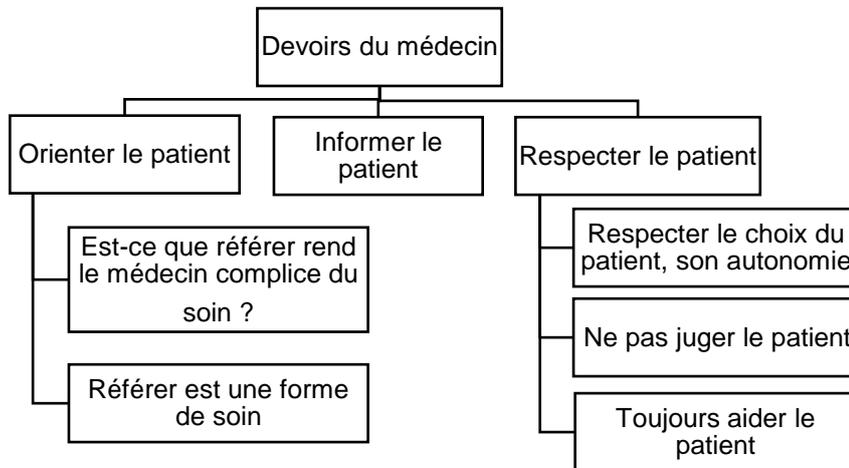
Un des médecins interrogé a estimé que du fait que les médecins choisissent le métier qu'ils vont exercer, ils doivent être prêts à donner les actes médicaux autorisés par la loi (M10).

M10	<p>« on choisit un métier avec des contraintes »</p> <p>« Pour moi à partir du moment où on choisit cette profession... Moi il me semble que notre clause elle passe après, sinon on ne peut pas faire... »</p> <p>« quand on a un métier une profession, vous choisissez, vous savez ce que vous allez faire, vous savez vers quoi vous allez être amené, donc normalement, vous savez d'avance que vous aurez des situations où ça ne correspondra peut-être pas à l'attitude que vous vous auriez »</p> <p>« Je ne pense pas qu'un médecin qui soit particulièrement opposé à la contraception, à l'IVG peut faire gynéco quand même. C'est quelque chose qui me surprendrait. »</p>
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SYNTHÈSE – Arguments contre le droit à la clause de conscience :

- « Le médecin doit faire des actes, même s'il n'est pas forcément d'accord. »
- « Le droit du patient à avoir accès à un acte médical est plus important que les convictions personnelles du médecin. »
- « Le patient ne doit pas subir la clause de conscience du médecin. »
- « La clause de conscience compromet l'accès aux soins des patients. »
- « Les médecins ont une responsabilité dans la société. »

5. Devoirs du médecin



5.1. Orienter le patient

Tous les médecins interrogés ont évoqué cela.

M1	« Alors Dieu merci, je botte en touche, je peux très bien dire que j'ai des consœurs et que je ne le fais pas. » « j'essaye de leur demander de faire autrement que de venir me voir »
M3	« Il doit lui proposer quelqu'un d'autre, il ne peut pas le laisser en plan »
M5	« Par contre, il ne peut pas laisser la personne à la rue, ça, ça serait un problème éthique, il faut qu'il lui trouve une solution de rechange en fait, donc un autre médecin à qui il peut l'adresser en étant sûr que le patient ne soit pas perdu derrière quoi. »
M8	« notre devoir c'est quand même de les amener rapidement vers ce, vers cette personne compétente qui sera capable, pour pouvoir amener au soin et à la demande du patient. »
M11	« moi ma solution perso, c'est de l'adresser à quelqu'un qui accepterait cette demande »

Deux des médecins interrogés (M1 et M9) se sont interrogés sur le fait que référer un patient en cas de clause de conscience pouvait rendre complice de l'acte objecté.

M9	« Ceci dit, ça peut être aussi difficile, enfin ça peut avoir un petit côté Ponce Pilate, parce qu'on se dit : "je ne le fais pas, mais je me débrouille [...] pour qu'elle le fasse quand même", donc finalement on participe aussi... »
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le médecin M1 estimait que le fait de référer ne constituait pas pour lui un acte de complicité à l'acte objecté.

M1	« Pour moi, actuellement, je considère que mon entretien préalable [à l'IVG], je considère pour moi que ce n'est pas être complice de ce mal que de remplir ce papier » « je me dis que essayer d'accueillir cette personne dans sa souffrance, d'essayer de lui faire prendre conscience du geste qu'elle s'apprête à poser, [...] et lui donner un papier qui dit comme quoi cet entretien a bien eu lieu, ça me paraît pas, moi, être complice de ce mal qui risque d'être commis »
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le médecin M6 estimait que selon elle, référer le patient en cas de clause de conscience était une forme de soin.

M6	« si tu orientes la personne vers la personne qui fait le soin, ça ne s'appelle pas refuser un soin ! C'est mon soin c'est de vous orienter vers telle personne. »
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un des médecins interrogé (M3) a émis des doutes sur le fait que les médecins objecteurs réfèrent leurs patients en cas de clause de conscience.

M3	« Oui, mais pour le coup, si tu es dans cette optique-là, à mon avis il ne propose pas quelqu'un d'autre. » « Mais ce que j'aimerais, c'est que ce genre de médecin [...] soit capable de dire : "Je passe la main, il faut que vous alliez voir quelqu'un d'autre." » « non, je suis sûre qu'ils ne le font pas »
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un des médecins interrogé (M5) a estimé que le fait de référer le patient à un confrère non objecteur pourrait être un acte d'une grande valeur éthique pour le médecin objecteur, si celui-ci considère que le soin donné par un confrère non objecteur sera de meilleure qualité que le sien, puisqu'il est objecteur.

M5	« Je pense que ça ne gêne pas l'éthique s'il peut trouver quelqu'un qui fera les choses mieux. » « Ce sera éthique et même très éthique s'il pense pour le coup que sa prise en charge sera moins bonne qu'un autre confrère, à cause de ses convictions. Peut-être qu'il fera même quelque chose d'éthique pour le patient. »
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2. Informer le patient

Ce devoir d'information a été évoqué par les médecins M2, M4, M7, M11, M12 et M13.

M2	« on a le rôle de les informer sur les soins médicaux »
M7	« mais j'ai le devoir de donner l'information aux gens qui la demandent »

5.3. Respecter le patient

5.3.1. Respecter le patient, ses choix et son autonomie

La notion de respect du patient a été évoquée par huit des quatorze médecins interrogés (M1, M6, M7, M9, M10, M11, M12, M13).

➤ Respect du patient et de son choix

M1	« Je ne me permets pas le droit de faire jouer la corde sensible pour orienter son choix, je suis complètement respectueux du choix que cette personne va poser. » « C'est des sujets extrêmement compliqués et tout ça doit être fait, et je m'y attache, dans le respect des personnes »
M6	« jamais je n'irai dire à quelqu'un : "n'allez pas au centre d'IVG". Jamais, ça je trouverai que c'est anti-médical, parce que ce n'est pas à moi de décider de leur vie. »
M10	« jamais je ne me permettrai de donner mon avis, voilà, qui empêcherait finalement le choix de la personne »
M13	« leur décision, elle doit être respectée, elle ne m'appartient pas »

➤ Respect de son autonomie

M1	« Je fais le crédit à la personne en face, d'avoir le libre arbitre, une intelligence pour prendre ses décisions. » « j'ai permis à la personne d'avoir un éclairage que j'espère suffisant pour elle pour faire appel à son intelligence et à son éthique à elle, mais je ne vais pas me substituer à son intelligence et à son éthique à elle. » « Mais je fais quand même confiance à l'intelligence des gens, à leur libre arbitre, je ne vais pas me substituer à eux tu vois, [...], je veux pas décider à leur place et leur mettre des bâtons dans les roues. »
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.3.2. Ne pas juger le patient

Dans les entretiens, l'enquêteur a pu relever un verbatim riche au sujet du jugement chez plusieurs médecins (M1, M3, M4, M5, M6, M9, M10, M11, M12 et M14).

M1	« il faut à la fois pas avoir des paroles et des conduites qui détruisent la personne » « j'ai pas de discours moralisateur »
M6	« je ne suis pas Dieu, je ne suis pas un juge »
M10	« je trouve que chaque personne, chaque vie est particulière et personne ne peut se permettre de juger l'autre »
M13	« qu'on ne culpabilise pas le patient d'avoir posé un problème au médecin »

5.3.3. Toujours aider le patient, ne pas l'abandonner

Cette notion était retrouvée dans 8 entretiens (M1, M3, M5, M6, M7, M9, M13 et M14).

M1	« j'ai quelqu'un qui est dans la détresse que je dois accueillir, que je dois aider »
M6	« je trouve que c'est un devoir d'aider nos patients et de les accompagner. Et de les accompagner au maximum » « Mon éthique c'est on ne doit pas abandonner les gens. »
M13	« Je pense qu'il faut toujours être aidant. »
M14	« notre rôle c'est d'aider quand il y a une détresse quelque part »

SYNTHÈSE – Devoirs du médecin

- Orienter le patient vers un confrère qui réalise l'acte.
- Informer le patient.
- Respecter le patient.

6. Relation médecin-patient : place des convictions personnelles du médecin

6.1. Argument 1 : Les convictions personnelles du médecin entrent forcément dans la relation médecin-patient.

Huit des quatorze médecins interrogés estimaient que les convictions personnelles du médecin entrent forcément dans la relation médecin-patient (M1, M3, M6, M7, M8, M10, M11, M12).

M1	« je ne peux pas me séparer de ma foi »
M3	« les convictions ressortent, mais de toute façon, les convictions elles ressortent forcément sur ta pratique »
M6	« Ça c'est vraiment hors de mes convictions. Et donc, du coup, je ne le propose pas forcément avec conviction. »
M14	« je pense que rapidement les gens savent ce que tu penses donc ne vont pas forcément venir vers un médecin plutôt réticent, et dont ils connaissent les opinions éthiques ou religieuses, on va dire comme ça, donc ils vont plutôt s'adresser ailleurs... »
M11	« Mais dans tout ce qu'on vend on implique notre conviction. »

6.2. **Argument 2 : Les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient.**

Cinq des quatorze médecins interrogés estimaient que les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient (M2, M3, M6, M8, M10).

M2	« il faut essayer de dissocier son rôle de médecin et puis ses convictions personnelles » « tu mets de la distance vis-à-vis de tes convictions ». « c'est mettre à part ses convictions personnelles et son travail de médecin et de faire dans l'intérêt du patient, dans la demande du patient. »
M3	« Pour moi, non justement, elles [les convictions personnelles] ne peuvent pas m'empêcher de travailler » « Pour moi ça prime sur mes convictions. J'ai les miennes, mais elles ne vont pas m'empêcher de travailler, parce que pour moi, c'est plus un empêchement. »
M6	« Ben moi je n'ai pas le droit comme médecin, j'estime que je dois rester neutre vis-à-vis du patient [...] »
M8	« Nous, je pense que dans la médecine, notre mission c'est quand même d'amener au soin, d'éviter des altérations de l'état de santé, donc après, c'est vrai que les convictions doivent venir dans un deuxième temps »
M10	« je n'ai pas à imposer ou à exposer mes propres convictions » « la vie personnelle, la vie privée, les convictions, la foi, je trouve que c'est du domaine personnel, privé quoi, que je ne mets en avant dans ma vie professionnelle »

Le médecin M3 a évoqué la notion de pouvoir que peuvent avoir les médecins sur leurs patients.

M3	« c'est là où on peut être très très manipulateur et c'est là qu'est le problème de certains docteurs, c'est qu'on pense avoir la bonne parole [...]. Sur certains patients on a une emprise et que certains patients si le Docteur a dit non, ils ne feront pas, enfin tu vois ! Et je trouve que ça, c'est [...] nos limites je pense. » « Et là où ça me pose problème, c'est qu'on a quand même une emprise sur les gens, tu vois qui les fait aller dans un sens ou un autre. Tu vois, quand t'as des fortes convictions comme ça, forcément si les gens viennent te voir [...], ils peuvent peut-être avoir les mêmes convictions que toi [...]. Mais s'ils n'ont pas les mêmes convictions que toi, je pense que tu as quand même un ascendant sur eux, et ça [...] pour moi, c'est vraiment pas éthique. »
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.3. **Intérêt d'une société pluraliste avec différents types de médecins**

Le médecin M1 a évoqué le fait qu'il est bon pour la société que l'on puisse consulter différents types de médecins, qu'il n'y ait pas une pensée unique au sein du corps médical.

M1	<p>« Il me semble qu'un système totalitaire où on a accès à des médecins [...] soit tous d'une sorte, soit tous d'une autre [...], on va dire dans une église très chrétienne il y a 50 ans, très hypocrite où c'était absolument pas possible d'avoir accès à la contraception, si tant est qu'elle ait existé à cette époque-là [...], moi ça m'aurait posé problème si on avait eu zéro accès à des libres penseurs, pour éventuellement prendre la pilule etc. [...] Y'aurait eu que des médecins bien cathos, [...] je pense que ça posait le même problème que le problème vers lequel on s'oriente maintenant, qui est exactement le problème inverse. [...] Pour moi le danger, il est plutôt à l'heure actuelle dans le fait que les gens n'aient pas accès à des gens qui ne pensent pas comme le [...] truc ambiant, de même que peut être y'a 50 ans, on n'était peut-être pas assez dans le monde où les gens pouvaient entendre tout »</p> <p>« actuellement, si la clause de conscience saute, il [le patient] n'entendra plus qu'un son de cloche »</p>
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Perspectives

7.1. La clause de conscience comme un devoir

Deux médecins (M5 et M9) ont évoqué la notion de clause de conscience, non pas comme un droit, mais comme un devoir, pour refuser de réaliser des actes médicaux contraires à leur éthique personnelle, car graves selon eux.

M5	<p>« Si on est absolu, on peut parler des médecins qui ont travaillé pour le IIIème Reich [...], tu ne peux pas, en fait si tous les médecins ou 95% des médecins refusent quelque chose pour des questions de valeurs, c'est peut-être qu'il ne faut pas violer cette valeur-là, peut-être que la loi a fait n'importe quoi et qu'on a le droit de s'opposer à une loi. »</p> <p>« Donc si on pousse vraiment dans l'absolu, si tu as plus de la moitié des médecins qui vont penser que la médecine fait totalement fausse route, ce sera quand même inquiétant pour l'acte en question. »</p> <p>« quand y'a une question qui ouvre un grand débat, si y'a trop de médecins qui disent : "ça va contre mes valeurs morales propres", si c'est les valeurs morales propres d'un très grand nombre de personnes, c'est qu'il faut qu'il y ait un grand débat éthique [...]. C'est qu'on touche à un problème qui n'est pas du tout réglé. »</p> <p>« y'a pleins de question qui se posent, notamment sur la génétique, et il faut bien réfléchir [...], on ne peut pas faire n'importe quoi »</p>
M9	<p>« des actes qu'on peut demander à un médecin, qui soient à l'encontre de nos patients, ce qui ne se passe pas dans nos pays, enfin j'espère »</p>

7.2. La délinquance par conviction

Le médecin M9 a introduit la notion de délinquance par conviction (c'est-à-dire, le fait de poser un acte contre la loi, parce que la conscience nous y oblige).

M9	<p>« Enfin les gens qui faisaient les IVG avant, ils le faisaient, c'était l'inverse de la clause de conscience, ils avaient une clause de conscience qui les obligeaient à faire ça. »</p>
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B- RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

1. Données sociodémographiques

107 questionnaires ont été complétés du mois de décembre 2016 au mois de mars 2017. 101 ont pu être retenus pour l'interprétation. Les questionnaires incomplets ont été exclus.

Les médecins étaient âgés de 27 à 62 ans, avec une médiane de 40 ans et une moyenne à 41 ans. Vingt-neuf hommes (29%) et soixante-douze femmes (72%) ont participé à l'étude. L'échantillon était principalement urbain et semi rural. 9 (9%) des médecins exerçaient en zone rurale, 50 (50%) en zone semi rurale et 42 (42%) en zone urbaine.

Le tableau des caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés est disponible en annexe (Annexe 8).

2. Plan de l'analyse et tableau de synthèse des résultats

Dans notre étude quantitative, nous avons réalisé :

- Une exploration de la *connaissance* des médecins généralistes sur la clause de conscience.
- Une exploration de l'*attitude* des médecins généralistes :
 - Proportion de médecins en accord ou désaccord avec la loi.
 - Ressenti d'obligation vis-à-vis du patient pour la réalisation de l'acte, la transmission de l'information et l'orientation du patient.
- Une comparaison de l'attitude des médecins généralistes par rapport à leur ressenti d'obligation en fonction de leur accord ou désaccord avec la loi.
- Une exploration de la *pratique* des médecins généralistes :
 - Composantes décisionnelles pouvant influencer l'exercice professionnel.
 - Proportion de médecins généralistes confrontés à une situation d'objection de conscience.
 - Ressenti d'obligation vis-à-vis du patient pour la réalisation de l'acte, la transmission de l'information et l'orientation du patient.
- Une comparaison de la pratique des médecins généralistes par rapport à leur ressenti d'obligation en fonction de leur accord ou désaccord avec la loi.

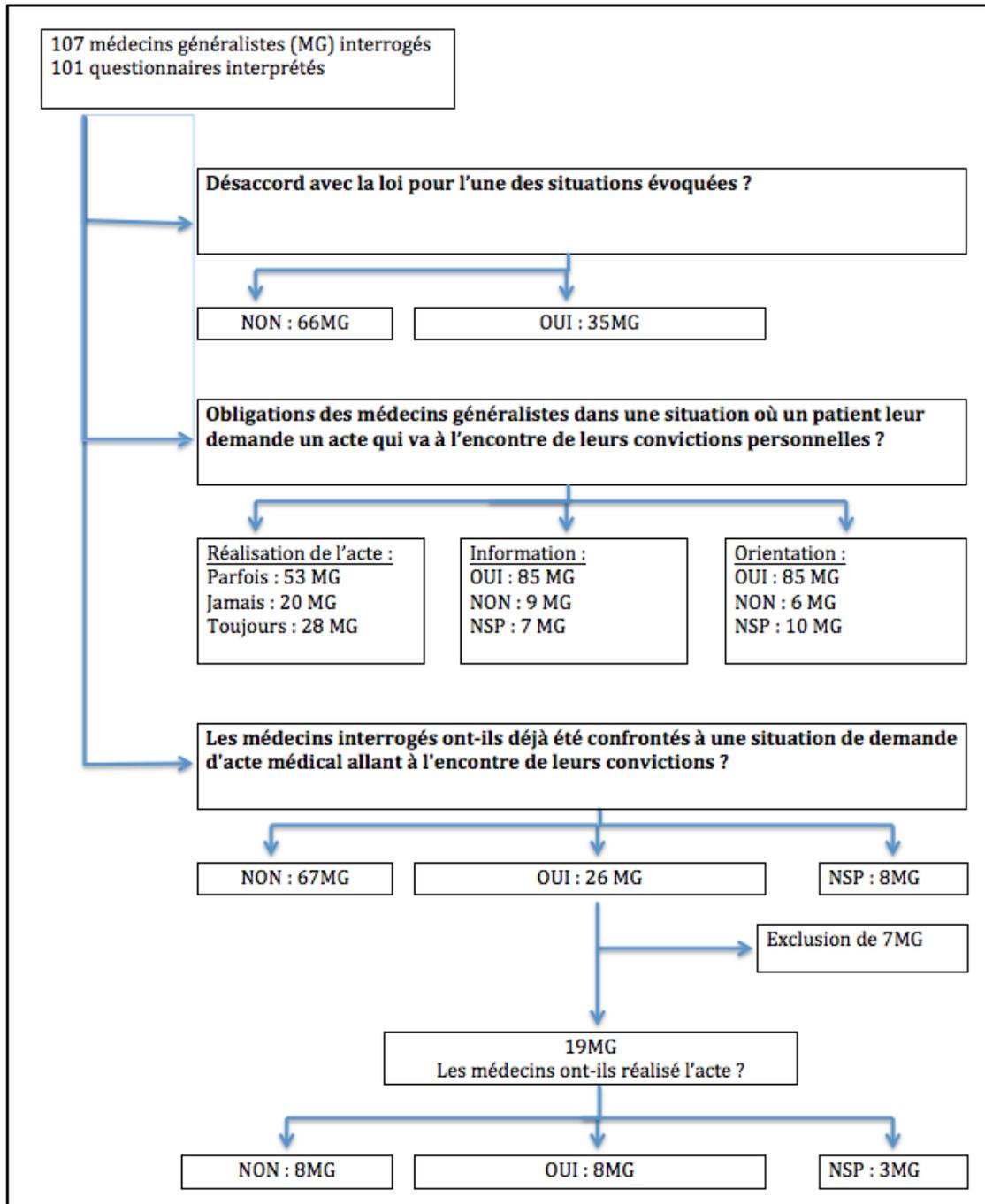


Tableau de synthèse des résultats de l'étude quantitative.

3. Connaissance de la clause de conscience

74% des médecins généralistes ont déclaré connaître le sujet, contre 26% qui n'avaient jamais entendu parler de la notion de clause de conscience en médecine générale.

4. Attitude des médecins généralistes

4.1. Accord ou désaccord avec la loi : le médecin comme agent moral.

4.1.1. Proportion de médecins en désaccord avec la loi

Actuellement, trois situations cliniques pouvant concerner le médecin généraliste font plus particulièrement débat sur le plan éthique :

- L'interruption volontaire de grossesse (IVG),
- La sédation profonde et continue dans la nouvelle loi de soins palliatifs Léonetti-Claeys,
- La prescription de contraception non urgente chez les mineures sans autorisation parentale.

Au total, 35% médecins généralistes interrogés déclaraient être en désaccord avec la loi toutes situations confondues. Plus spécifiquement les proportions de médecins en désaccord avec la loi par rapport aux situations présentées étaient les suivantes :

- 22% pour l'interruption volontaire de grossesse,
- 23% pour la sédation profonde,
- 15% pour la prescription de contraception non urgente chez les mineures sans autorisation parentale.

A noter que 10% des médecins généralistes ne se sont pas prononcés au sujet de la sédation profonde.

4.1.2. Âge et proportion des médecins en désaccord avec la loi

La médiane de notre échantillon était de 40 ans. Nous avons constitué deux groupes contenant le même nombre de médecins : un groupe constitué de médecins âgés de moins de 40 ans et un groupe constitué de médecins âgés de 40 ans et plus.

42% des médecins généralistes âgés de 40 ans et plus ont déclaré être en désaccord avec la loi pour une ou plusieurs des trois situations présentées contre 27% dans le groupe des médecins de moins de 40 ans.

4.2. Ressenti d'obligation vis-à-vis du patient : le médecin comme professionnel.

La diversité des opinions que nous avons observée ne se décrit pas aisément. Afin d'en faciliter la compréhension, nous avons choisi d'analyser les verbatims que les médecins ont laissés dans les espaces « commentaires » du questionnaire.

La totalité des verbatims est disponible en annexe (Annexe 9).

4.2.1. Exploration des représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs obligations.

➤ Réalisation d'un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

52% des médecins généralistes déclaraient que le médecin a *parfois* une obligation déontologique professionnelle

à fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions personnelles.

Dans les verbatims, les médecins évoquaient que :

- Le médecin a une obligation de faire l'acte médical, en l'absence de confrères dans le secteur (évoqué par un médecin).
- La décision doit être prise au cas par cas (évoqué par un médecin).
- Le médecin doit faire l'acte en cas d'urgence (évoqué par 3 médecins).
- Le médecin doit s'assurer que l'acte sera assuré par un confrère (évoqué par un médecin).

20% des médecins généralistes considéraient qu'un médecin doit respecter ses convictions personnelles et donc ne *jamais* fournir un acte médical qui va à l'encontre de celles-ci.

Dans les verbatims, les médecins évoquaient que :

- Le médecin doit faire l'acte en cas d'urgence (évoqué par 2 médecins).
- Le médecin a l'obligation d'orienter le patient à un confrère (évoqué par 5 médecins).
- Le médecin a l'obligation d'informer le patient (évoqué par un médecin).

À la lumière de ces verbatims, on peut donc noter que les 72% de médecins qui répondaient *jamais* ou *parfois* s'accordaient à dire qu'en cas de désaccord avec un acte demandé, les devoirs du médecin consistaient à prendre en charge les situations d'urgence, et en dehors d'un contexte d'urgence, à informer et orienter le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour cet acte.

28% des médecins généralistes estimaient que la demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin et donc qu'il doit *toujours* accéder à celle-ci.

Dans les verbatims, les médecins évoquaient que :

- La demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin (évoqué par un médecin).
- Les convictions personnelles du médecin ne doivent pas influencer la prise en charge et le médecin doit obéir à la loi (évoqué par un médecin).
- Un médecin estimait qu'il avait toujours la possibilité d'adresser le patient à un confrère si l'acte était trop opposé à ses principes éthiques.

➤ **Transmission d'information**

84% des médecins généralistes estimaient que le médecin objecteur a le devoir de transmettre au patient toutes les informations sur l'acte médical, même si cet acte va à l'encontre de ses convictions personnelles.

➤ **Orientation à un confrère**

84% des médecins généralistes déclaraient que le médecin objecteur a le devoir d'orienter le patient à un confrère qui réalisera l'acte demandé.

4.2.2. Analyse du ressenti d'obligation des médecins généralistes en désaccord avec la loi.

Dans cette partie, nous analysons le ressenti d'obligation des médecins vis-à-vis de leurs patients dans des situations où le patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles. L'objectif était de rechercher s'il y avait une différence de ressenti d'obligation entre les médecins en désaccord avec la loi

et les autres.

➤ **Réalisation d'un acte médical autorisé par la loi qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.**

Réalisation de l'acte	JAMAIS	PARFOIS	TOUJOURS	Total
Désaccord avec la loi	8	17	10	35
Accord avec la loi	12	36	18	66
Total	20	53	28	101

Tableau 1. Ressenti d'obligation des médecins en désaccord avec la loi : réalisation de l'acte.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport au ressenti d'obligation concernant la réalisation de l'acte médical, que les médecins soient en désaccord ou en accord avec la loi (Test Chi2 : 0.42, p=0.81).

➤ **Transmission d'information et orientation à un confrère.**

Information du patient

Obligation d'informer	OUI	NON	Ne sait pas	Total
Désaccord avec la loi	31	3	1	35
Accord avec la loi	54	6	6	66
Total	85	9	7	101

Tableau 2. Ressenti d'obligation des médecins en désaccord avec la loi : information du patient.

Nous n'incluons pas les « Ne sait pas » dans l'analyse. Test exact de Fisher : p=1.

Orientation du patient

Obligation d'orienter	OUI	NON	Ne sait pas	Total
Désaccord avec la loi	26	2	7	35
Accord avec la loi	59	4	3	66
Total	85	6	10	101

Tableau 3. Ressenti d'obligation des médecins en désaccord avec la loi : orientation du patient.

Nous n'incluons pas les « Ne sait pas » dans l'analyse. Test exact de Fisher : p=1.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe « accord avec la loi » et le groupe « désaccord avec la loi » dans l'attitude des médecins par rapport à l'information et l'orientation des patients.

Nous avons pu noter que 20% des médecins en désaccord avec la loi ne savaient pas si l'orientation du patient constituait un devoir pour le médecin objecteur. Nous ne pouvons cependant pas conclure sur leur pratique.

5. De l'attitude à la pratique des médecins généralistes

5.1. Composantes décisionnelles pouvant influencer la pratique des médecins

	Médecins objecteurs (n=8)	Médecins non objecteurs (n=90)
Vécu personnel	8	72
Lectures bioéthiques	6	59
Réflexions philosophiques	5	51
Vie spirituelle	5	21
Partage d'expérience	4	63
Convictions politiques	3	20
Réseaux sociaux	2	8
Médias	1	14

Tableau 4. Description des composantes décisionnelles influençant la pratique des médecins généralistes.

Nous avons exclu les trois médecins confrontés à une situation où un patient leur demande un acte allant à l'encontre de leurs convictions personnelles, qui ne se sont pas prononcés par rapport à la réalisation de l'acte.

L'échantillon des médecins objecteurs est de petite taille. C'est pourquoi nous avons choisi de faire une étude descriptive et non analytique de cet échantillon, afin de mettre en avant la diversité des profils des médecins. Parmi les 8 médecins objecteurs, plus de la moitié considérait que le vécu personnel (8), les lectures bioéthiques (6), les réflexions philosophiques (5) et la vie spirituelle (5) influençaient leur pratique professionnelle.

La proportion de médecins dont la pratique était influencée par la vie spirituelle était plus importante dans le groupe des médecins objecteurs.

5.2. Acte posé

Dans cette partie, nous étudions l'échantillon de médecins ayant un désaccord avec la loi pour une ou plusieurs situations. Le but était de savoir comment ces médecins réagissaient *en pratique* dans une situation clinique dans laquelle le patient leur demandait un acte médical qui allait à l'encontre de leurs convictions personnelles.

5.2.1. Proportion de médecins généralistes ayant été confrontés à une situation où la demande d'un acte médical allait à l'encontre de leurs convictions personnelles.

26 médecins (26%) déclaraient avoir été confrontés à une situation où la demande d'un acte médical allait à l'encontre de leurs convictions personnelles. Les autres déclaraient n'avoir jamais été confrontés à cette situation. Sur les 26 situations rapportées, 7 situations n'ont pas été retenues comme des situations d'objection de conscience. Sur les 19 médecins restant, 8 déclaraient avoir réalisé l'acte, 8 ne l'avaient pas réalisé et 3 ne se prononçaient pas.

Les situations cliniques auxquelles les médecins déclaraient avoir été confrontés étaient les suivantes :

- **La demande d'IVG.**

- **La fin de vie.** Cet item recouvrait plusieurs motifs : « sédation en fin de vie », « fin de vie » et « euthanasie ». Deux médecins évoquaient l'euthanasie qui en tant que tel n'est pas une situation d'objection de conscience puisque cette pratique n'est pas légale en France. Il est tout de même intéressant d'intégrer ce motif dans l'item « fin de vie » dans la mesure où elle fait largement débat en Europe. Par ailleurs, les deux médecins qui ont fait référence à l'euthanasie déclaraient avoir une clause de conscience pour la sédation profonde à la question suivante.
- **La contraception.** Un médecin généraliste déclarait avoir fait valoir sa clause de conscience pour une demande de contraception chez une mineure sans autorisation parentale. Un autre déclarait avoir été confronté à une situation de demande de contraception chez une jeune femme en situation de handicap mental.

Les 7 autres situations évoquées concernaient d'autres domaines, hors des situations où une clause de conscience est prévue par la loi :

- Placement d'office à la demande d'un tiers
- Gastroplastie pour perte de poids dans le cadre d'une IMC=24
- Arrêt maladie
- FIV chez une femme de plus de 40 ans après beaucoup d'échecs
- Un médicament dangereux prescrit par un confrère spécialiste
- Refus par la patiente de se faire soigner pour un cancer du sein

Ces situations n'ont pas été retenues comme « situation d'objection de conscience » pour la suite de l'analyse car les problématiques relevaient davantage d'un motif médical ou alors l'acte ne s'intégrait pas dans la pratique de la médecine générale. Cependant, elles montraient la volonté du médecin d'agir au service de ce qui lui paraissait bien.

5.2.2. Analyse de la pratique des médecins généralistes en désaccord avec la loi dans une situation d'objection de conscience.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, 35 médecins déclaraient avoir un désaccord avec la loi. Sur ces 35 médecins, seuls 16 médecins déclaraient avoir été confrontés à une situation d'objection de conscience dans leur pratique. Ce qui signifie que 19 médecins n'auraient jamais vécu cette situation.

Nous analysons dans cette partie la pratique (réalisation ou pas de l'acte) des médecins généralistes en désaccord avec la loi dans une situation d'objection de conscience.

- **Hypothèse : nous avons considéré que tous les médecins en désaccord avec la loi avaient rencontré dans leur pratique l'une des situations évoquées.**

ACCORD/DESACCORD AVEC LA LOI	Réalisation de l'acte	Non réalisation de l'acte	Ne se prononcent pas	Total
Désaccord avec la loi	24	8	3	35
Accord avec la loi	66	0	0	66
Total	90	8	3	101

Tableau 5. Pratique des médecins généralistes en désaccord avec la loi dans une situation d'objection de conscience : hypothèse que tous les médecins ont vécu une situation d'objection de conscience.

Parmi les médecins qui étaient en désaccord avec la loi, en considérant que tous ont rencontré dans leur pratique l'une des situations évoquées, 8 médecins sur 35 n'ont pas réalisé l'acte demandé, c'est-à-dire ont fait valoir leur clause de conscience.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le groupe « accord avec la loi » et « désaccord avec la loi » dans la réalisation de l'acte (Test exact de Fisher, $p < 0.001$).

- **Hypothèse : nous avons exclu les médecins en désaccord avec la loi mais qui n'avaient jamais été confrontés à une situation dans leur pratique (19 médecins).**

ACCORD/DESACCORD AVEC LA LOI	Réalisation de l'acte	Non réalisation de l'acte	Ne se prononcent pas	Total
Désaccord avec la loi	5	8	3	16
Accord avec la loi	66	0	0	66
Total	71	8	3	82

Tableau 6. Pratique des médecins généralistes en désaccord avec la loi dans une situation d'objection de conscience : exclusion des médecins qui n'avaient pas déclaré avoir vécu de situation d'objection de conscience.

Parmi les médecins qui étaient en désaccord avec la loi et avaient été confrontés à une situation d'objection de conscience, 8 médecins sur 16 n'ont pas réalisé l'acte demandé, c'est-à-dire ont fait valoir leur clause de conscience.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le groupe « accord avec la loi » et « désaccord avec la loi » dans la réalisation de l'acte (Test exact de Fisher, $p < 0.001$).

- **Médecins ayant déclaré avoir été confrontés à une situation dans laquelle un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.**

ACCORD/DESACCORD AVEC LA LOI	Réalisation de l'acte	Non réalisation de l'acte	Ne se prononcent pas	Total
Désaccord avec la loi	5	8	3	16
Accord avec la loi	3	0	0	3
Total	8	8	8	19

Tableau 7. Médecins ayant déclaré avoir été confrontés à une situation dans laquelle un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

Les différences présentées dans le tableau ci-dessus, de faible effectif, ne sont pas statistiquement significatives (Test exact de Fisher, $p = 0.2$).

Parmi les 19 médecins qui ont été confrontés à une situation dans laquelle un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles, nous avons retrouvé les 16 médecins qui étaient en désaccord avec la loi. Nous avons aussi mis en évidence que 3 médecins étaient en accord avec la loi et avaient réalisé l'acte demandé (IVG et contraception chez une jeune femme en situation de handicap mental). Nous parlerons pour ces médecins de cas de conscience dans ces situations, plus que de clause de conscience.

5.2.3. Analyse du ressenti d'obligation des médecins généralistes ayant vécu une situation où un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

➤ Réalisation d'un acte médical autorisé par la loi qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

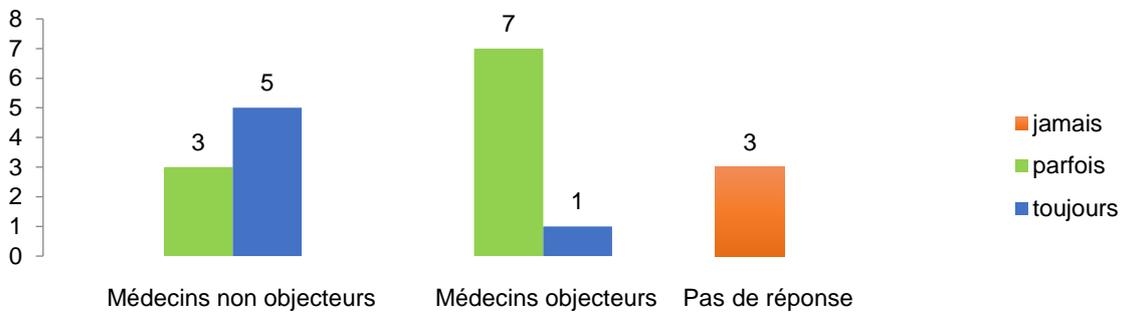


Figure 1. Ressenti d'obligation des médecins généralistes ayant vécu une situation où un patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles.

- **Médecin non objecteur** : médecin confronté dans sa pratique à une situation de demande d'un acte médical autorisé par la loi allant à l'encontre de ses convictions personnelles et **ayant réalisé cet acte**.
- **Médecin objecteur** : médecin confronté dans sa pratique à une situation de demande d'un acte médical autorisé par la loi allant à l'encontre de ses convictions personnelles et **n'ayant pas réalisé cet acte**.
- **Ne se prononcent pas (pas de réponse)** : médecin confronté dans sa pratique à une situation de demande d'un acte médical autorisé par la loi allant à l'encontre de ses convictions personnelles et ne s'étant pas prononcé sur la réalisation de l'acte.

L'échantillon étant de faible effectif, les différences observées n'étaient pas significatives (Annexe 10 Tableau 1).

Cependant, nous pouvons mettre en évidence des tendances. Plus que la majorité, ce qui nous intéresse, c'est de pouvoir étudier la diversité de notre échantillon. Nous avons ainsi une nouvelle fois décidé d'intégrer les verbatims laissés dans les zones « commentaires » par les médecins interrogés, afin d'explicitier leurs réponses.

10 médecins généralistes confrontés à une situation d'objection de conscience considéraient que le médecin avait *parfois* une obligation déontologique professionnelle à fournir un acte qui allait à l'encontre ses convictions personnelles. 7 médecins n'ont pas réalisé l'acte (médecins objecteurs) et 3 l'ont réalisé (médecins non objecteurs).

Médecins objecteurs

« L'entretien singulier est l'espace où le patient et le médecin s'associent et se rencontrent pour répondre ensemble en conscience et responsabilité de chacun au problème de santé/maladie »

« Éthique de conviction et éthique de responsabilité, le débat ne peut être tranché avant même de connaître les personnes, les motifs de la demande. »

« Difficile d'être totalement catégorique dans le domaine de l'humain ; d'où la difficulté de répondre par "jamais" ou "toujours" »

6 médecins généralistes confrontés à une situation d'objection de conscience ont répondu que la demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin et qu'il doit *toujours* accéder à celle-ci. Un médecin n'a pas réalisé l'acte (médecin objecteur) et 5 l'ont réalisé (médecins non objecteurs).

Médecins non objecteurs

« Je réalise l'acte mais incite le patient à la réflexion »

« Répondre à la demande et orienter vers une personne ou une structure mais ne pas réaliser un acte contraire à une conviction »

Le médecin objecteur considérant qu'il fallait toujours répondre à la demande du patient n'a malheureusement pas expliqué sa réponse, ce qui est dommage parce que cette réponse nous a semblée contradictoire.

Les 3 médecins confrontés à une situation d'objection de conscience sans se prononcer sur la réalisation de l'acte considéraient qu'un médecin doit respecter ses convictions personnelles et donc ne *jamais* fournir un acte médical qui allait à l'encontre de celles-ci.

« Je suis uniquement dans l'obligation d'orienter le patient à un confrère. »

➤ **Obligation d'informer**

Pour cette analyse nous avons exclu les 3 médecins qui ne s'étaient pas prononcés sur la réalisation de l'acte demandé par le patient.

Obligation d'informer	OUI	NON	Ne sait pas	Total
Médecins objecteurs	6	1	1	8
Médecins non objecteurs	8	0	0	8
Total	14	1	1	16

Tableau 8. Ressenti d'obligation des médecins ayant été dans une situation où un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles : information du patient.

8 médecins non objecteurs sur 8 estimaient qu'ils devaient informer le patient.

Parmi les 8 médecins objecteurs, 6 médecins estimaient qu'ils devaient informer le patient, un médecin déclarait ne pas y être obligé et un médecin ne se prononçait pas. Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives (nous n'incluons pas les « Ne sait pas » dans l'analyse. Test exact de Fisher : $p=0.4667$).

➤ **Obligation d'orienter**

Pour cette analyse nous avons exclu les médecins qui ne s'étaient pas prononcés sur la réalisation de l'acte demandé par le patient.

Obligation d'orienter	OUI	NON	Ne sait pas	Total
Médecins objecteurs	3	1	4	8
Médecins non objecteurs	8	0	0	8
Total	11	1	4	16

Tableau 9. Ressenti d'obligation des médecins ayant été dans une situation où un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles : orientation du patient.

8 médecins non objecteurs sur 8 estimaient qu'ils devaient référer le patient.

Parmi les médecins objecteurs, 3 médecins estimaient qu'ils devaient référer le patient, un médecin déclarait ne pas y être obligé et 4 ne se prononçaient pas. Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives (nous n'incluons pas les « Ne sait pas » dans l'analyse. Test exact de Fisher : $p=0.33$).

DISCUSSION

A- FORCES ET LIMITES GLOBALES DE NOTRE ÉTUDE

1. Originalité du sujet

Une des forces de notre étude réside dans l'originalité de son sujet. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'études françaises sur la clause de conscience. Il existe certes trois thèses de médecine françaises sur la clause de conscience des médecins français, mais il s'agit plutôt de revues de la littérature et pas d'études auprès de médecins (35–37).

A l'échelle internationale, il existe plusieurs études quantitatives, quasiment toutes réalisées aux États-Unis (2,33,34,38–40). Une étude a été réalisée en Finlande (41) et une autre en Norvège (42). Il existe également deux études qualitatives sur la clause de conscience, une réalisée en Norvège (43), l'autre en Afrique du Sud (44). Les conclusions de l'étude norvégienne sont intéressantes et nous verrons en quoi elles rejoignent certaines conclusions de notre étude qualitative.

Nous nous appuyons donc principalement sur des articles nord-américains. Les résultats de ces études sont à confronter avec prudence avec les nôtres, compte-tenu des différences culturelles, juridiques et sociologiques qui existent entre les deux pays.

2. Le choix d'une double étude : qualitative et quantitative

Une deuxième force de notre étude consiste dans le fait d'avoir réalisé une étude qualitative et quantitative avec mutualisation des questions, ce qui nous a permis d'explorer les mêmes thèmes à des niveaux différents.

L'étude qualitative a apporté, sur un petit échantillon de médecins, une réflexion approfondie de leurs représentations sur les droits et les devoirs dans une situation d'objection de conscience. Dépasse la simple description, elle était pertinente pour approfondir la pensée des médecins, explorer les fondements de leurs représentations et apporter des nuances.

L'étude quantitative a permis d'explorer les représentations des médecins dans un échantillon plus important avec les limites que constitue un auto-questionnaire pour exprimer la pensée complexe de l'individu, mais enrichi par les verbatims, ce qui nous a permis de mettre en dialogue les médecins entre eux.

B- FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

1. Validité interne

Une des forces de notre étude est que nous avons pu bénéficier d'une triangulation pour l'analyse des entretiens, réalisée par un des directeurs de notre thèse, le Dr Thierry Farge, et ce pour deux entretiens, les entretiens 3 et 9

(choisis par tirage au sort). Cela a permis de vérifier que les techniques d'encodage de l'enquêteur étaient correctes. Cette triangulation a permis de diminuer la limite d'interprétation, lié au fait que l'analyse d'un entretien est sujette à la subjectivité de l'enquêteur, qui peut mettre telle ou telle chose en avant et interpréter les entretiens différemment, ou même parfois, oublier des verbatims importants. Malheureusement, cette triangulation n'a pas pu être réalisée pour tous les entretiens.

Dans la réalisation de notre étude, nous nous sommes attachés à ce que l'échantillon de médecins interrogés soit suffisamment diversifié pour qu'il puisse représenter le plus de « réalités » possibles : ainsi, notre échantillon était composé de sujets tous différents de par leur sexe, leur âge et leur lieu d'exercice.

De plus, les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Ainsi, dès le onzième entretien, les informations se recoupaient et faisaient écho à des informations déjà obtenues dans d'autres entretiens. Trois autres entretiens ont été réalisés ; ils nous ont permis d'affirmer qu'une saturation des données avait bien été obtenue.

Une des limites de cette étude est que nous n'avons pas pu faire relire les entretiens par les médecins interrogés, et qu'ils n'ont pas pu avoir de regard sur les verbatims encodés pour chacun de leurs entretiens.

2. Constance interne, reproductibilité

Au cours de cette étude, l'enquêteur a été amené à interroger des médecins de sa connaissance, ce qui peut être une limite, puisque cela provoque une inégalité du discours d'un entretien à l'autre. Cela peut introduire un biais de désirabilité qui correspond à la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable. Inversement, on peut imaginer que certains des médecins interrogés ont pu s'exprimer plus facilement et plus librement, du fait qu'ils étaient connus de l'enquêteur.

D'autre part, il existait une limite liée au manque d'expérience de l'enquêteur. Au fur et à mesure, l'enquêteur a pris de l'aisance et a rendu ses interventions au cours de l'entretien plus pertinentes.

3. Fiabilité

Une des limites de notre étude est qu'elle comportait un important biais de mémoire. En effet, l'enquêteur a posé des questions sur des événements passés et les médecins interrogés ne se rappelaient pas forcément toutes les situations vécues dans leur cursus médical qui auraient pu être à l'origine d'une clause de conscience.

Il existait également une limite du fait que le sujet traité était délicat et personnel et que les personnes interrogées pouvaient ne pas avoir envie de raconter telle ou telle situation, ce qui serait un biais de déclaration importante, car cela pourrait cacher des situations d'objection de conscience intéressantes. Ainsi, dans certains entretiens, l'enquêteur a dû poser beaucoup de questions et beaucoup intervenir pour obtenir des réponses (entretien 2 notamment), ce qui peut avoir été à l'origine de limites.

4. Validité externe

Enfin, la confrontation de nos résultats avec les données de la littérature a permis de mettre en évidence une cohérence externe de notre étude et de ses résultats.

C- CONCLUSIONS, FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

1. Conclusion des résultats

- **Exploration des représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs obligations par rapport à la réalisation de l'acte médical.**

La majorité des médecins généralistes - et de façon presque unanime pour les médecins objecteurs -, ont répondu que le médecin a *parfois* une obligation déontologique professionnelle à fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions personnelles. Un des médecins interrogé exprimait qu'« *on ne pas être catégorique avec l'humain* ». Un cinquième des médecins généralistes interrogés considérait qu'un médecin doit respecter ses convictions personnelles et donc ne *jamais* fournir un acte médical qui va à l'encontre de celles-ci. Enfin, un quart des médecins interrogés estimait que le médecin doit *toujours* répondre à la demande du patient car celle-ci prime sur les convictions personnelles du médecin ou parce qu'il doit appliquer la loi et non ses convictions.

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative dans le ressenti d'obligation pour la réalisation de l'acte entre les médecins en accord ou en désaccord avec la loi.

Les trois quarts de médecins répondaient donc qu'un médecin ne doit *jamais* ou doit *parfois* fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions et s'accordaient à dire, à travers les verbatims que dans une situation d'objection de conscience, les devoirs du médecin consistent à prendre en charge les situations d'urgence, et en dehors d'un contexte d'urgence, à informer et orienter le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour cet acte.

- **Articulation du droit du patient et du droit du médecin.**

Exploration des représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs obligations par rapport à :

La transmission d'information. La majorité des médecins généralistes estimait que le médecin objecteur a le devoir de transmettre au patient toutes les informations sur l'acte médical sans différence statistiquement significative entre les médecins en désaccord avec la loi et les autres.

L'orientation à un confrère. La majorité des médecins généralistes estimait que le médecin objecteur a le devoir d'orienter le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour l'acte demandé sans différence statistiquement significative entre les médecins en désaccord avec la loi et les autres.

Analyse de la pratique qu'ont les médecins généralistes en désaccord avec la loi dans une situation d'objection de conscience. Un tiers des médecins était en désaccord avec la loi, mais en pratique, si on considère qu'ils ont forcément tous rencontré dans leur carrière une situation d'objection, la majorité d'entre eux ont réalisé

l'acte demandé.

2. Forces et limites de l'étude quantitative

2.1. Les forces

Le questionnaire a été réalisé à partir d'études nord-américaines, du questionnaire test réalisé à l'occasion du mémoire d'initiation à la recherche et des entretiens de l'étude qualitative. Le recueil de données de l'étude quantitative a été effectué après le recueil de données de l'étude qualitative. Les résultats de cette dernière ont pu confirmer la pertinence des questions et améliorer certains points (notamment les composantes décisionnelles).

Comme nous l'avons déjà dit, il est aisé d'entrevoir les limites de la mise en chiffre et de la réalisation de moyennes d'opinions ; de subjectivités qui peuvent varier dans le temps et dans l'espace. Nous avons donc choisi de centrer notre réflexion sur la diversité de l'échantillon. Ce choix a donné lieu à une nouvelle démarche d'interprétation des résultats permettant de mettre en dialogue les médecins, de confronter les opinions. L'exploration de leur pensée est certes moins approfondie que dans l'étude qualitative car un questionnaire avec des réponses fermées constitue une limite pour recueillir la pensée de l'individu. Cependant, les verbatims qui explicitaient la pensée des médecins ont pu enrichir les résultats de l'étude qualitative.

L'étude quantitative a également permis d'apporter un avantage en nombre permettant notamment la réalisation de pourcentage.

2.2. Les limites

2.2.1. Biais de représentativité

Il n'y a de biais de représentativité que si on prétend généraliser les résultats à la population générale, dans ce cas, nous pouvons évoquer les biais suivants :

- L'âge. L'âge jeune relevé (médiane à 40 ans et moyenne à 41 ans) de notre échantillon peut constituer une limite de notre étude dans la mesure où certains médecins peuvent ne pas avoir été confrontés à une situation d'objection de conscience.
Au niveau national, selon l'Atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des médecins, la moyenne d'âge des médecins en janvier 2016 était de 51,3 ans, et seulement 18,6% des médecins avaient moins de 40 ans.
- Le recueil de données. La méthode de recueil n'a pas été strictement aléatoire car la diffusion du questionnaire s'est faite avec l'aide de médecins remplaçants de notre entourage et de notre directeur de thèse. Ils ont été des maillons dans la diffusion de notre questionnaire mais n'ont pas été invités à participer à l'étude. Nous ne pouvons pas définir exactement le taux de réponse dans la mesure où il y a eu plusieurs maillons dans la chaîne de diffusion.
- La puissance. La puissance n'a pas été calculée car les répartitions des effectifs étudiés étaient différentes selon les questions.

Cependant, comme nous avons fait le choix plus pertinent de décrire la diversité de notre échantillon, il n'a y pas lieu de retenir de biais de représentativité.

2.2.2. Biais de déclaration

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons abordé un sujet sensible pour lequel la pensée de l'individu ne se dit pas facilement. Un auto-questionnaire est insuffisant pour recueillir la pensée de l'individu dans sa complexité. Ce recueil n'est donc pas exhaustif dans la mesure où il ne permet pas au médecin de nuancer leur pensée ou de l'approfondir. C'est pourquoi il était intéressant d'exploiter les verbatims qui explicitaient la pensée des médecins.

Ainsi, concernant la question relative au ressenti des médecins généralistes par rapport à l'obligation de réaliser un acte médical demandé par le patient qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles, certains médecins généralistes ont répondu *parfois*, pour inclure une situation d'urgence, et d'autres *jamais*, en excluant les situations d'urgence.

D- DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. Introduction

En accord avec notre président de jury et nos deux directeurs de thèse, nous avons pris le parti de discuter des résultats des études qualitative et quantitative dans une même discussion.

Dans cette discussion, nous discuterons de notre objectif principal, c'est-à-dire des représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs droits et devoirs dans une situation d'objection de conscience. Nous discuterons par ailleurs de l'objectif secondaire consistant à évaluer s'il est possible d'articuler le droit des médecins à la clause de conscience et les droits des patients à avoir accès à un acte médical légalement autorisé.

Nous aborderons trois grands thèmes, en lien avec la clause de conscience, qui ont été mis en évidence par nos deux études et sont également évoqués dans la littérature :

- La responsabilité du médecin vis-à-vis du patient et dans la société,
- L'autonomie du médecin,
- Le professionnalisme du médecin.

Ces trois thèmes faisant chacun référence à des notions philosophiques et éthiques largement étudiées, et notre sujet d'étude étant éminemment éthique, il nous a paru essentiel de définir chacune de ces notions avant de les mettre en lien avec les résultats de notre étude.

Le deuxième objectif secondaire consistait à explorer les composantes décisionnelles des médecins généralistes dans leur vie professionnelle. Dans l'étude quantitative, nous avons pu décrire sur un échantillon faible de médecins objecteurs que la pratique de plus de la moitié d'entre eux était influencée par la vie spirituelle, mais aussi par leurs réflexions éthiques, philosophiques et leur vécu personnel. La proportion de médecins dont la pratique était

influencée par la vie spirituelle était plus importante dans le groupe des médecins objecteurs. Dans l'étude qualitative, l'ensemble des médecins a évoqué que les convictions religieuses pouvaient motiver une objection de conscience. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude menée aux États-Unis (33), qui montre que dans le groupe des médecins objecteurs, il y avait statistiquement plus de médecins religieux que dans le groupe des non-objecteurs.

Comme nous l'avons vu dans l'étude quantitative, d'autres composantes décisionnelles influencent les médecins objecteurs. Un médecin interrogé dans l'étude qualitative qui rapportait avoir une clause de conscience pour l'IVG et également être croyant déclarait que son objection de conscience était d'ordre moral : « *la clause de conscience peut s'exercer au seul titre de l'intelligence et non pas de la croyance. [...] Je ne fais pas taire mon intelligence sous prétexte que j'ai foi en Jésus-Christ* ». Son objection de conscience ne relève donc pas de l'acte de foi, mais d'un acte moral et réfléchi, fondé sur la raison et non simplement sur la croyance religieuse.

2. Responsabilités du médecin

2.1. Responsabilités du médecin vis-à-vis de son patient

« *La confiance alors témoignée fait peser sur le médecin le poids du sens de sa responsabilité à l'égard de celui qui a recours à lui.* » (45)

Deux des grands principes fondamentaux de l'éthique clinique sont la bienfaisance et l'autonomie. La question de l'autonomie du patient est au centre de notre discussion. Elle interpelle la responsabilité du médecin, partie intégrante du « *contrat de soin* » où s'exprime la « *rencontre d'une confiance et d'une conscience* »⁶. Cette rencontre entre le patient comme « *confiance* » et le médecin comme « *conscience* » renvoie au modèle paternaliste de la relation médecin-patient. Une des responsabilités du médecin est de faire évoluer cette relation afin qu'elle devienne une rencontre entre deux consciences et également entre deux confiances.

Il est essentiel avant de poursuivre notre réflexion de préciser ce que l'on entend par « *autonomie* ». Le Comité Consultatif National d'Éthique (46) évoque trois facettes de l'autonomie d'une personne :

- **L'autonomie d'action** qui renvoie aux possibilités de mobilité corporelle.
- **L'autonomie de pensée** qui qualifie le pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Le sujet autonome est celui qui est capable de comprendre une information médicale et d'y exercer son esprit critique, libre de toute contrainte externe (tiers ou société). À travers cette approche, le Comité Consultatif National d'Éthique fait référence à Kant pour qui l'autonomie est la capacité de « *se servir par soi-même de son entendement* » puis plus récemment au *Rapport Belmont* (47) qui stipule qu'« *une personne autonome est une personne capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion* ».
- **L'autonomie de volonté** définit « *la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée* ». L'autonomie de volonté peut se décliner selon deux acceptations différentes ; soit comme souveraineté individuelle, soit comme autolimitation :
 - **L'autonomie comme souveraineté individuelle** (de tradition utilitariste inspirée par John Stuart Mill) « *consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu* ». Dans cette

⁶ D'après une citation de Louis Portes.

conception d'origine anglo-saxonne, l'autonomie s'assimile à la liberté qu'a chaque être humain à disposer de lui-même comme il l'entend à partir du moment où il ne nuit pas à autrui. Ce n'est pas une capacité mais un droit. Le médecin doit respecter les choix du patient même s'il les juge contraire à la raison. Cette extension du sens de l'autonomie est fondée sur le postulat d'une absence de raison universelle, et d'un contexte de pluralisme moral. Le médecin n'a pas à protéger le patient contre lui-même (sa déraison, se droguer par exemple) mais des contraintes externes sous l'emprise desquelles il pourrait se trouver. Dans ce modèle, le principe moral premier n'est plus le bien du patient mais le respect de sa liberté, maître de son corps, prenant lui-même les décisions le concernant sous couvert d'une négociation contractuelle.

- **L'autonomie comme autolimitation** (de nature déontologique inspirée par Kant) se définit comme une auto-législation, c'est-à-dire la capacité d'un sujet rationnel à se soumettre aux seules lois qu'il s'est fixé à lui-même. Elle intègre une dimension de maîtrise rationnelle de la sensibilité. Pour Kant, le concept d'autonomie est étroitement articulé à celui de la dignité. En effet, c'est en tant qu'être de raison, n'obéissant qu'aux lois qu'il établit lui-même, donc autonome, que l'homme a une dignité intrinsèque.

À la lumière de ces éléments, nous pouvons nous demander si le médecin objecteur n'est pas en contradiction avec les responsabilités qui lui incombent. En exerçant sa clause de conscience, répond-il toujours à ses devoirs envers le patient ? La responsabilité du médecin ne tient-elle pas entre autres au respect de l'autonomie du patient, fondement de l'éthique clinique ? Refuser un acte médical demandé par un patient, n'est-il pas s'élever à l'encontre de son autonomie ? Et dans ce cas, un médecin objecteur ne serait-il pas irresponsable ?

2.1.1. Principes déontologiques de la relation médecin-patient

➤ **Respect de l'autonomie du patient**

Dans l'étude qualitative, les médecins interrogés ont estimé que l'autonomie de leurs patients doit être respectée, y compris lorsque l'acte demandé va à l'encontre de leurs convictions personnelles : ils déclaraient que selon eux, c'est au patient de faire ses choix et non au médecin de décider pour eux.

J. Savulescu (48) milite pour une approche « *rationnelle non-interventionnelle* » dans la relation médecin-patient. Selon lui, le rôle du médecin est de donner des informations basées sur la science au patient (Evidence Based Medicine) et celui-ci décide ensuite, à la lumière des informations données par son médecin, de ce qui est bon pour lui. Pour lui, « *ce sont les patients, et pas leurs médecins, qui doivent juger de ce qu'ils devraient faire* [Notre traduction] ».

➤ **Respect de l'engagement moral du « pacte de soins »**

C'est dans la préface du *Code de déontologie médicale* paru en 1995, que Paul Ricœur parle de « *pacte de soins* » (24). Pour surmonter la dissymétrie initiale de la relation médecin-patient entre le patient qui souffre et le médecin qui sait et sait faire, Paul Ricœur propose un « *pacte de soins* » fondé sur la confiance. Noyau éthique de la rencontre singulière entre le patient et le médecin, « *le pacte de confidentialité qui engage l'un à l'égard de l'autre tel patient avec tel médecin* » est « *une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie* ». Plus qu'un contrat juridique, l'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée entre les deux protagonistes : l'engagement du médecin à « suivre » son patient, et celui du patient à se « conduire » comme

l'agent de son propre traitement. Au sein de la relation médecin patient, le médecin s'engage donc à « suivre » son patient, en respectant sa singularité.

Les résultats de notre étude montrent que le médecin s'engage envers son patient, y compris dans les situations d'objection de conscience : les médecins interrogés dans l'étude qualitative estimaient que le médecin doit respecter son patient, sans le juger, le discriminer ou l'abandonner.

Les auteurs abordant la clause de conscience signalent également que le médecin ne doit pas « [...] *culpabiliser le patient, ni faire pression sur lui, ce qui serait abuser d'une position dominante [...]* » (49). Il doit « [...] *traiter son patient avec respect, éviter les phrases moralisatrices [Notre traduction]* » (50). Il ne doit pas non plus l'abandonner dans une situation difficile : « *[d]e toute évidence, le patient ne peut pas être abandonné, ni moralement ni juridiquement, et il doit être pris en charge jusqu'à ce que le transfert soit effectué [Notre traduction]* » (50). En somme, le médecin objecteur « *doit toujours agir dans le respect de toutes les personnes [Notre traduction]* » (51).

2.1.2. Articulation du respect de l'autonomie du patient avec celui de l'intégrité morale du médecin

Les médecins interrogés dans l'étude qualitative accordaient une grande importance au respect du patient, de ses choix et de son autonomie. Cependant, si le patient peut être libre de ses choix concernant sa vie, l'acte demandé engage aussi le médecin et pas seulement le patient.

Fort de ce constat, dans une situation d'objection de conscience, comment le médecin peut-il à la fois respecter l'autonomie du patient et sa propre intégrité morale ?

Dans l'étude qualitative, ils proposaient deux moyens pour y parvenir : informer et orienter le patient.

➤ Information du patient

La majorité des médecins interrogés dans l'étude quantitative estimait que dans une situation d'objection de conscience, ils avaient une obligation d'informer le patient sur les actes médicaux demandés. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les médecins en accord et en désaccord avec la loi. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études américaines, comme celle de Frank JE (2) et de Curlin et Lawrence (34) où respectivement 95% des étudiants en médecine et 86% des médecins estimaient qu'ils avaient une obligation d'information. En revanche, dans cette dernière étude (34), les médecins qui avaient signalé une situation d'objection de conscience avaient tendance à significativement moins informer les patients que les autres médecins. Ce n'est pas le cas dans notre étude.

Notion de « biais d'information ». Certains médecins interrogés dans l'étude qualitative signalaient qu'il pouvait parfois y avoir des biais dans la transmission des informations qu'ils donnaient au patient, lorsque ce dernier leur demandait un acte médical qui allait à l'encontre de leurs convictions personnelles. Ils signifièrent ainsi leur difficulté à rester neutres. Ce problème a également été soulevé par les médecins interrogés dans l'étude qualitative norvégienne *Conscientious objection to referrals for abortion* (43), dans laquelle ils confiaient leur peur d'influencer les patients.

Cette notion de « *biais d'information* » est largement abordée dans la littérature sur la clause de conscience (13,52,53). D'une part, le médecin objecteur « *[doit] respecter la décision [du patient] sans essayer de [le] pousser selon ses valeurs ou ses croyances personnelles [Notre traduction]* » (52) et d'autre part, il doit « *présenter les soins de façon professionnelle et scientifique et ne pas les dénigrer sur la base de [ses] convictions personnelles [Notre traduction]* » (53). En effet, comme le rappelle J. Savulescu (48) dans son article sur le professionnalisme,

« *la présentation d'une information peut déterminer l'importance de cette information pour les gens.* [Notre traduction] ».

La relation médecin-patient est ce colloque singulier où s'exprime « *la rencontre d'une confiance avec une conscience* »⁷. Cette réalité interpelle la responsabilité personnelle du médecin, son engagement moral faisant partie intégrante du « *pacte de soins* ». Le médecin, en transmettant une information claire, loyale et appropriée au patient sur les actes médicaux demandés annule la dissymétrie de la relation médecin-patient. À travers l'information transmise, le médecin accompagne le patient et lui permet d'acquérir son autonomie de pensée d'une part (en s'assurant de la compréhension de l'information transmise), et de volonté d'autre part (en s'assurant que le patient est libre de ses décisions et n'agit sous aucune pression extérieure). Cet accompagnement favorise le consentement éclairé du patient, c'est-à-dire un choix libre en conscience. Cette démarche permet de combler le fossé entre le médecin qui sait et sait faire et le patient qui souffre, et permet à ce dernier d'arriver à sa propre décision. Pour reprendre la formulation du Comité Consultatif National d'Éthique : « *Pour le médecin, le respect de l'autonomie de pensée se traduit concrètement par le devoir de s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été transmise et qu'il exerce dans ce domaine une liberté par rapport à un tiers ou à une société.* » (46).

➤ **Orientation du patient**

De nombreux auteurs considèrent que l'orientation du patient est une condition d'acceptation de la clause de conscience du médecin (13–17,51,52,54–58). Parmi eux, certains estiment que la clause de conscience viole l'autonomie des patients, les prive de leurs droits et constitue un abus de pouvoir de la part des médecins si celui-ci refuse de référer le patient (14–16).

Dans nos deux études, la majorité des médecins généralistes interrogés estimait que dans une situation d'objection de conscience ils avaient une obligation d'orienter le patient à un confrère. Cette réponse montre leur volonté d'assurer la continuité des soins.

Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études américaines, où 90,2% des étudiants en médecine (2), 82% (33) et 71% (34) des médecins estimaient que le médecin doit référer le patient en cas de clause de conscience. Dans cette dernière étude, les médecins qui rapportaient des cas de clause de conscience référaient significativement moins les patients que les autres. On peut également citer les résultats de l'étude américaine *Conscientious refusals to refer : findings from a national physician survey* (39), où seulement une petite majorité des médecins interrogés (57%) estimait qu'ils étaient dans l'obligation de référer le patient, même s'ils pensaient que le fait de référer serait immoral.

Dans notre étude quantitative, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les médecins en accord et en désaccord avec la loi par rapport au ressenti d'obligation pour l'orientation. Cependant, nous avons noté que quelques médecins en désaccord avec la loi ne savaient pas s'ils avaient une obligation d'orienter le patient.

⁷ Cf. supra, note 6.

Notion de complicité dans le fait d'orienter le patient.

Cette notion est largement débattue dans la littérature : l'orientation du patient rend-elle le médecin responsable ou complice de l'acte médical auquel il objecte ?

La Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens a statué de façon arbitraire sur cette question dans son rapport sur la clause de conscience, en disant qu'orienter le patient ne rend pas complice d'un acte médical objecté (53) et certains auteurs partagent cette position (14).

E. Pellegrino (50) donne également son avis sur cette question en ces termes : « *Coopérer à un acte qui est considéré comme intrinsèquement moralement répréhensible, arranger ou organiser un avortement ou l'aide au suicide, c'est être moralement complice.* [Notre traduction] ». Cependant, il ajoute plus loin que « *[l]a doctrine de la coopération ne prohibe pas le transfert de l'information, des résultats ou des dossiers médicaux à un autre médecin ou à un hôpital. En fait, c'est même nécessaire dans l'intérêt des soins aux patients. Ce qui est immoral est la coopération active à trouver un médecin qui fournira un service moralement répréhensible.* [Notre traduction] ».

Il est difficile de trancher sur la question de la complicité dans l'orientation du patient. En effet, pour une personne qui considère qu'un acte médical est opposé à ses convictions personnelles, le fait d'orienter le patient peut être vécu comme une forme de participation.

Par rapport à cette problématique, un des médecins interrogé dans l'étude qualitative, objecteur pour l'IVG, considérait que la transmission de l'information sur l'acte demandé le déchargeait de cette complicité. Il estimait qu'après l'entretien avec le patient, la responsabilité de la décision lui appartenait.

Une autre piste de réflexion serait de définir des degrés d'implication différents dans l'orientation du patient, mais nous ne développerons pas ce point dans notre discussion (10,50,59,60).

En conclusion de cette partie sur la responsabilité du médecin vis-à-vis du patient, nous pouvons une nouvelle fois citer le Comité Consultatif National d'Éthique (46) : « *Le malade, face à la souffrance, à la maladie, à l'approche de la mort, ne s'en trouve pas moins diminué par la conscience de sa propre faiblesse et par là-même, exposé à une perte d'autonomie qui va jusqu'à atteindre sa faculté de discerner ce qu'il peut vouloir.* ». Tout particulièrement dans ces situations singulières, la vulnérabilité interpelle la responsabilité du médecin.

Nous avons pu mettre en évidence que dans une situation d'objection de conscience, le médecin objecteur, comme tout médecin, répond à ses devoirs sans renier ses convictions, à travers plusieurs attitudes :

- *Le respect de la décision du patient sans discrimination, jugement ou abandon.*
- *Le respect de l'autonomie du patient* à travers la transmission d'une information claire, loyale et adaptée, permettant un consentement éclairé. À travers l'information transmise, le médecin accompagne le patient et lui permet d'acquérir son autonomie en pensée et volonté comme l'expression d'une « *liberté responsable* », car « *la liberté ne peut être exercée dans l'ignorance* » (61).
- *Le respect de la continuité des soins en adressant le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour l'acte demandé.*

Maintenant, que deviendrait la relation médecin-patient basée sur une autonomie du patient qui serait comprise comme souveraineté individuelle ? C'est une réflexion que nous tenterons de mener plus bas, lorsque nous aborderons la question de l'autonomie du médecin.

2.2. Responsabilités du médecin vis-à-vis de la société

Le soin, dans le système médical français, n'est pas une affaire purement privée. Comme le souligne S. Rameix (62) « *l'individu n'est en France que "l'usufruitier" de son corps car l'État est vu dans notre pays comme protecteur des citoyens, y compris contre eux-mêmes. Il y a un "droit d'ingérence" de l'État et de ses représentants dans la vie des citoyens avec la délégation aux médecins d'une partie de ce pouvoir de protection.* ».

Le système de santé français est structuré autour du principe de solidarité envers les malades. L'État intervient dans l'organisation, la régulation et la répartition des structures de soins. Il s'invite donc indirectement dans la relation médecin-patient. C'est là une différence majeure avec le modèle américain qui est un modèle individualiste libéral de la décision médicale par le patient. Le système est structuré autour de la demande du consommateur de soins, au sein d'une relation médecin-patient contractuelle.

Le Comité Consultatif National d'Éthique (46) évoque les valeurs collectives de l'institution médicale en ces termes : « *[ces] valeurs [...], au-delà même de l'institution médicale, dominent la société dans son ensemble : la solidarité, le respect de la vie, l'assistance aux personnes en danger.* ».

Le corps médical est donc investi par l'État d'une responsabilité envers la société ; responsabilité qui consiste :

- À garantir un accès aux soins pour tous : géographique, temporel, sans barrière financière.
- En la protection des personnes vulnérables.
- En une mission de santé publique comme le spécifie l'article 2 du *Code de déontologie* : « *le médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* ».

Le médecin objecteur, dans une situation d'objection de conscience, vit un dilemme intérieur entre le devoir de respecter son intégrité morale et le devoir d'accéder à la demande du patient. Ce devoir renvoie à sa responsabilité au sein du « *pacte de soins* » et envers la société qui s'engage à fournir cet acte.

Nous pouvons nous demander si le médecin objecteur est irresponsable en agissant par conviction ? Compromet-il son engagement dans la société ?

2.2.1. Responsabilité du corps médical envers la société

Plusieurs auteurs d'articles sur la clause de conscience considèrent que le monopole qu'ont les médecins dans la réalisation de certains actes comme les soins palliatifs ou l'IVG⁸ les rend responsables de l'accès à ces actes (13,18,54,55,58,63,64).

Dans d'autres articles, certains auteurs justifient cette obligation comme due à la société, compte-tenu du fait que les études de médecine et les hôpitaux publics sont financés en partie par l'État et donc par la société (16,18).

Par ailleurs plusieurs médecins interrogés dans l'étude qualitative estimaient que le choix de cette profession impliquait d'assumer les contraintes inhérentes à celle-ci. Un des médecins ne comprenait par exemple pas qu'un praticien qui serait contre l'IVG puisse devenir gynécologue-obstétricien.

Plusieurs auteurs partagent ce point de vue (12,16,54,58,63,65), comme D. Brock (54) : « *Les membres de chaque profession font volontairement le choix d'entrer dans la profession et assument les responsabilités de ses membres.*

[Notre traduction] » et J. Frader (16) : « *Pourquoi les individus choisiraient-ils une spécialité dans laquelle la*

⁸ A noter qu'en France, les sages-femmes ont le droit de prescrire une contraception et qu'elles ont également le droit de pratiquer des IVG médicamenteuses depuis juin 2016.

fourniture de services implique tant de procédures qu'ils trouvent moralement répréhensibles sur le terrain ? [Notre traduction] ».

Enfin, certains médecins interrogés dans l'étude qualitative considéraient que dans la mesure où la loi autorisait un acte médical, le médecin devait s'y soumettre. Cette position est partagée par J. Savulescu (12), qui estime que « *[c]e qui est bon pour le patient est défini dans la loi, la conscience n'y a pas sa place.* [Notre traduction] ».

La clause de conscience compromet-elle la responsabilité du corps médical envers la société ?

Certains médecins interrogés dans l'étude qualitative, mais également des auteurs de nombreux articles (18,57,58,66) considéraient que la clause de conscience des médecins pouvait entraver l'accès aux soins des patients et donc compromettre la responsabilité du corps médical envers la société (comme c'est le cas notamment en Italie, où certaines régions comptent près de 90% de médecins objecteurs à l'IVG (8)).

2.2.2. La clause de conscience, compatible avec l'engagement du corps médical envers la société

➤ Premier élément : tous les médecins ne font pas tous les actes médicaux ; on trouvera toujours des médecins pour faire chaque acte médical.

Les médecins interrogés dans l'étude qualitative pensaient qu'il était impossible que tous les médecins refusent de réaliser un même acte médical. Ils estimaient qu'on trouverait toujours des médecins pour effectuer chaque acte médical.

Par ailleurs, l'apparition des spécialités fait que les médecins ont un champ de compétences défini, qui limite leur possibilité de répondre à l'ensemble des actes demandés par le patient. Ils ont le devoir d'orienter le patient lorsque sa demande dépasse leur champ de compétences.

Les médecins interrogés dans l'étude qualitative estimaient qu'il en était de même pour les actes médicaux pour lesquels certains médecins objectaient. Ainsi, pour eux, le fait de ne pas faire un acte médical ne menace pas l'engagement du médecin vis-à-vis du corps médical ou de la société. C'est aussi ce que rapportaient les médecins interrogés dans l'étude qualitative norvégienne que nous avons déjà citée (43).

Ce point de vue est également défendu dans la littérature : « *[l]'objection d'un professionnel de pratiquer un acte particulier ne doit pas être considéré, en principe, incompatible avec l'exercice de sa spécialité. Tous les spécialistes n'effectuent pas tous les actes de leur propre spécialité.* [Notre traduction] » (67). Ou encore : « *Tous les spécialistes sont spécialisés dans un type de soins et ne font pas les autres, et on ne les accuse pas de trahir leur engagement premier de soigner.* [Notre traduction] » (55).

Ainsi, tous les médecins, par leur indépendance professionnelle et en fonction de leurs compétences, ne réalisent pas tous les actes.

➤ Deuxième élément : la société s'engage à donner accès à un acte médical, mais pas chaque médecin individuellement.

Cet argument n'a pas été rapporté par les médecins que nous avons interrogés, mais est très présent dans la littérature. Il nous semblait donc intéressant de l'aborder.

Selon plusieurs auteurs, l'engagement de la société à donner accès à des actes médicaux au travers d'une loi n'oblige pas le médecin à fournir cet acte individuellement (49,54,60,64).

DA Lossignol (49) écrit au sujet de l'euthanasie en Belgique, qu' « [i]l y a donc un droit à demander l'euthanasie mais sans que cela ne constitue un droit à [...] l'euthanasie de façon absolue ». On peut citer également DJ Hill (60) : « Certes, la société a fait une loi qui permet l'accès à l'avortement, mais elle a aussi fait une loi qui permet de s'y récuser. Ce n'est pas parce qu'une chose doit être assurée par le service public (par exemple, l'accès à l'IVG), qu'elle doit être assurée par tous ses employés. [Notre traduction] ».

➤ **Troisième élément : les patients doivent être prêts à accepter certaines contraintes.**

Un troisième élément avancé par certains médecins interrogés était de dire que les patients devaient être prêts à accepter certaines contraintes liées à l'exercice de l'objection de conscience de leur médecin. Cependant, ces mêmes médecins estimaient que le patient ne devait pas être lésé : les délais de prise en charge ne devaient pas être trop retardés et la qualité du soin ne devait pas en pâtir (par exemple, si une patiente doit avoir recours à une IVG chirurgicale parce que les délais d'IVG médicamenteuse sont dépassés).

Cette question autour des contraintes pour le patient divise les auteurs : certains estiment que les patients doivent accepter toutes les contraintes, au nom de la liberté de conscience du médecin, comme D. Sulmasy (10), qui estime qu' « un respect profond et mutuel pour la conscience exige que nous soyons prêts à être incommodés, si nécessaire, pour le bien-être de l'autre [Notre traduction] ». D'autres estiment au contraire que toute contrainte pour le patient est inacceptable (12,56,58). D'autres ont des positions plus mesurées (17,55,68) et proposent des solutions intermédiaires, en estimant que le « fardeau » pour le patient doit être limité au maximum.

Il est cependant difficile d'évaluer à partir de quel moment ces contraintes deviennent inacceptables. Un des éléments qu'a pu relever un médecin interrogé dans notre étude, serait qu'un médecin objecteur ne s'isole pas géographiquement dans la pratique de son exercice.

En conclusion, l'État s'invite certes dans la relation médecin-patient à travers les responsabilités dont il investit le corps médical mais cela ne fait pas des médecins des fonctionnaires pour autant. La clause de conscience ne compromet pas la responsabilité du médecin envers la société. En effet, la société s'engage en mandatant le corps médical à fournir un acte, mais pas chaque médecin individuellement. Le médecin conserve son indépendance professionnelle qui est défendue par les articles 69 et 64 du *Code de déontologie* : « L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes » et « chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ».

En revanche l'engagement individuel du médecin en choisissant sa profession, réside dans celui du « pacte de soins » que nous avons développé plus haut et qui conduit le médecin à assurer la continuité des soins à travers la transmission de l'information et l'orientation.

Nous ne pouvons terminer cette partie sans amorcer une réflexion, soulevée par un médecin interrogé dans l'étude quantitative, sur la tension que l'on peut ressentir entre « éthique de conviction » et « éthique de responsabilité ». Nous devons cette distinction au sociologue allemand Max Weber (69) dans un ouvrage issu de conférences prononcées devant des étudiants en sciences politiques.

L'éthique de conviction fait référence au rationalisme de Kant : il s'agit d'être toujours conforme à la doctrine morale quelles qu'en soit les conséquences. L'éthique de responsabilité consiste à affronter la rencontre avec la complexité du réel et à assumer les conséquences prévisibles de ses actes.

Est-on nécessairement irresponsable si l'on agit par conviction ? Faut-il renoncer à ses convictions pour agir de façon responsable ? Max Weber ne dit pas, par cette distinction, qu'il est possible de se décharger de ses convictions au nom de ses responsabilités ou de ses responsabilités au nom de ses convictions. Les deux dimensions sont importantes dans le désir de faire le bien. Être responsable, c'est-à-dire assumer les

conséquences de ses actes, suppose d'avoir une idée du bien et du mal dans l'évaluation même des conséquences. Les convictions permettent d'interpréter les conséquences de ses actes. La responsabilité morale suppose la connaissance du bien et du mal d'une part, et la liberté d'autre part. Il n'y a donc pas de responsabilité sans exigence morale. L'éthique de conviction et de responsabilité ne sont pas contradictoires mais se complètent nécessairement.

Le philosophe P. Jacob (70) nous propose également de dépasser cette opposition. La conviction n'est pas une entrave, elle vient éclairer l'action. La démarche éthique consiste à chercher les principes à la source des grandes convictions qui sont « faire le bien, éviter le mal, protéger la vie humaine », puis la conscience délibère et porte un jugement objectif sur les actes à poser. Répondre d'un acte, en assumer les responsabilités, c'est pouvoir rendre compte de cette démarche intellectuelle et non concevoir l'éthique comme une science pratique, un outil de justification.

On peut également citer Guy Durand (71) qui affirme que « *prendre ses responsabilités, c'est accomplir vaillamment l'action qui s'impose, mais c'est d'abord réfléchir à [cette] action [...], en tenant compte à la fois de la situation concrète dans sa singularité et sa complexité et des diverses règles éthiques* ». Elle s'oppose donc à une prise de décision par facilité, automatisme, conformisme et à une réflexion superficielle. « *Une éthique de la responsabilité est celle d'un sujet libre, autonome, réfléchi, prudent, courageux, convaincu* » qui doit donc pouvoir répondre certes de ses actes, mais aussi de la démarche intellectuelle à l'origine de sa décision.

Au sein de la société, être responsable c'est pouvoir répondre de ses actes ; pour le médecin, c'est aussi répondre de la démarche intellectuelle qui l'a conduit à sa décision éthique. Pour le dire autrement, être responsable, c'est faire face au réel dans sa complexité en agissant en conscience.

Nous avons commencé à aborder la question de l'indépendance professionnelle du médecin. Serait-il éthique qu'un médecin renonce à son autonomie morale ?

3. Autonomie du médecin

3.1. Évolution de la relation médecin-patient

Le *Code de la Santé Publique* stipule que « *[toute] personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...]. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne.* » (Art. 1111-4). En affirmant l'autonomie du patient, la loi du 4 mars 2002 a permis de rééquilibrer une relation médecin-patient trop asymétrique.

Historiquement paternaliste, modèle fondé sur le principe de bienfaisance à l'égard de celui qui est en état de faiblesse, par sa maladie et son ignorance, et dont la dérive était de nier la conscience du patient, la relation médecin-patient a évolué et tend maintenant vers la transmission de l'information et la recherche du consentement éclairé, permettant au patient de devenir acteur de sa santé.

Le modèle alternatif est celui de l'autodétermination du patient tel qu'il apparaît dans les pays nord-américains et au Royaume-Uni. Le principe moral de ce modèle est le respect de l'autonomie. Le patient y est informé par un médecin qui est son égal ; il est responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent. La valeur première ici n'est pas de faire le bien du patient mais de respecter la liberté d'un être qui prend lui-même les décisions qui le concernent, sous couvert d'une négociation contractuelle. Les dérives de ce modèle consistent dans le fait que le

médecin devienne un simple prestataire de service, indifférent au sort de son patient, et que le patient soit dans une attitude consumériste (72,73).

Nous avons donc assisté ces dernières années à une évolution de la relation médecin-patient, et également d'une certaine conception de la médecine. D'une dérive paternaliste, nous sommes passés à une relation plus équilibrée, grâce au respect de l'autonomie du patient à travers le consentement éclairé, permettant à ce dernier d'être acteur de sa santé.

Mais aujourd'hui, n'évoluons-nous pas vers un déséquilibre inversé qui tendrait à ériger le patient en « maître » au détriment du respect de l'autonomie du médecin ? Les patients décidant eux-mêmes des soins auxquels ils ont droit, quitte à ce que le médecin soit parfois considéré comme un prestataire de services comme a pu l'exprimer un des médecins interrogé dans l'étude qualitative.

De la même façon, la remise en cause de la clause de conscience et donc de l'autonomie du médecin ne serait-elle pas le reflet de cette tentation d'évolution vers un modèle autonomiste pur ?

C'est une question qui pourrait se poser autour de la fin de vie quand des directives anticipées deviennent opposables aux médecins. Ne remettent-elles pas en cause l'autonomie professionnelle et morale du médecin ?

Notre discussion recentre donc le débat sur l'autonomie du médecin dans la relation médecin-patient. Nous avons déjà abordé ci-dessus la question de l'indépendance professionnelle. Nous abordons dans cette partie l'autonomie morale du médecin en tant que personne, autrement dit sa liberté de conscience.

La relation médecin patient est initialement la rencontre « *d'une confiance avec une conscience* »⁹, qui tend à être équilibrée comme nous l'avons vu en une rencontre entre deux consciences, entre deux autonomies : celle du patient et celle du médecin. En effet, comme le dit E. Pellegrino, « *[I]e médecin et le patient, en tant qu'êtres humains, ont droit au respect de leur autonomie personnelle. Ni l'un ni l'autre n'ont le pouvoir d'annuler le droit de l'autre. La protection de la liberté de conscience est due à chacun des deux.* [Notre traduction] » (50). Autrement dit, « *[I]e droit à l'autonomie du patient ne doit pas entraîner le sacrifice du droit symétrique du médecin* » (74).

3.2. L'acte médical : un engagement à la fois professionnel et personnel

Certes le patient peut être libre de ses choix concernant sa vie, cependant l'acte demandé engage aussi le médecin et pas seulement le patient. À travers la réalisation d'un acte médical, le médecin engage sa responsabilité professionnelle mais aussi sa responsabilité morale. Même dans la conception anglo-saxonne de l'autonomie comme auto-déterminisme, la liberté s'arrête là où commence celle des autres. Le concept d'indivisibilité de la personne, précepte souligné par Paul Ricœur (24) ne vaut-il pas aussi pour le médecin ? Il est ici question du respect de l'unicité de la personne, du médecin comme agent professionnel et agent moral. E. Pellegrino (75) l'exprime en ces termes : « *N'oublie pas cependant, que le médecin aussi est un agent moral. C'est pour cela que le patient ne peut pas demander au médecin de faire fi de ses convictions profondes. Respecter le patient n'induit pas que le médecin doit faire tout ce que le patient veut et accepter de violer ses convictions morales profondes. Dans la relation médecin-patient, nous avons deux agents moraux, et chacun des deux doit respecter la dignité et les valeurs de l'autre.* [Notre traduction] ».

⁹ Cf. supra : note 6.

Serait-il éthique qu'un médecin renonce à son intégrité morale ? Quelles en seraient les conséquences ?

3.3. Autonomie du médecin : respect de son intégrité morale

L'étude qualitative a montré que les médecins accordaient une grande importance au respect de leur intégrité morale. Pour les médecins interrogés, le respect de cette intégrité passe par la possibilité de se récuser à la réalisation d'actes qu'ils ne veulent pas faire, que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Comme le dit J. Finnis (76), « *lorsque l'on choisit une action morale ou immorale, on choisit aussi de devenir un certain type de personne* [Notre traduction] ». Et de même dans l'article espagnol de E. Pellegrino (50) : « *conclure que quelque chose doit être fait ou évité, et agir en conséquence, revient à montrer le genre de personne que l'on est et que l'on souhaite être. Un tel acte fournit la preuve que l'individu est le type de personne qu'il prétend être.* [Notre traduction] ».

Pour plusieurs auteurs, le respect de l'intégrité morale des médecins est important car ces derniers doivent exercer leur profession avec conscience et non comme des prestataires de service. Il est donc essentiel de protéger leur conscience et donc de leur reconnaître un droit à la clause de conscience (11,26,50,51).

Selon Grégor Puppink (26), « *ce devoir [de clause de conscience] existe explicitement pour les professions réglementées dotées d'une déontologie. Celles-ci doivent exercer leur profession avec conscience. [...] C'est aussi parce que le médecin a le devoir d'exercer sa profession "avec conscience et dignité" [Association Médicale Mondiale, Serment de Genève] que lui est reconnu "le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles", "hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité" [Article 47 du Code de déontologie médicale en vigueur en France].* ».

C'est aussi le point de vue des auteurs Morton et Kirkwood (11) qui déclarent : « *La difficulté réside dans le fait qu'il existe une contradiction (en partant du principe qu'ignorer sa conscience compromet la faculté de prendre des décisions éthiques) entre le fait de demander aux professionnels de santé d'agir avec conscience et leur demander de l'ignorer dans d'autres moments, afin de les faire adhérer à des tâches auxquelles ils objectent.* [Notre traduction] ».

On peut également citer K. Martinez (51) : « *la médecine est une « entreprise morale [...] [...] [L]es médecins ne doivent pas agir comme de simples techniciens qui effectuent des services à la demande, mais comme des sujets moraux.* [Notre traduction] ».

Ainsi, la clause de conscience est un droit qui protège la conscience morale des professionnels de santé et préserve leur indépendance professionnelle en préservant leur faculté de prise de décisions éthiques, utile et bénéfique au sein de la relation médecin-patient.

3.4. Conséquences liées au non-respect de l'intégrité morale des médecins

Dans la littérature sur la clause de conscience, principalement nord-américaine, de très nombreux auteurs insistent sur l'importance du respect de l'intégrité morale du médecin (17,50,54,75,77,78) : « *[f]orcer les gens à faire quelque chose qu'ils trouvent profondément moralement répréhensible est une forme d'attaque sur cette personne.* [Notre traduction] » (77).

➤ **Premier élément : ne pas respecter l'intégrité morale d'un médecin peut provoquer souffrance morale et burn-out.**

Dans l'étude qualitative, les médecins interrogés estimaient que forcer le médecin à réaliser un acte opposé à ses convictions personnelles ou professionnelles pourrait être à l'origine d'une souffrance morale. C'était aussi ce que signalaient les médecins interrogés dans l'étude qualitative norvégienne (43).

De façon plus générale, ce thème de la souffrance du médecin est largement repris dans la littérature (50,79–82), comme par exemple dans l'article d'E. Pellegrino (50) : « *Ignorer cette " voix intérieure " [celle de la conscience] induit la culpabilité, le remords et la honte, ainsi qu'une perte de l'estime de soi.* [Notre traduction] » et plus loin : « *Agir contre la conscience c'est violer l'identité personnelle si directement que cela peut entraîner des séquelles émotionnelles et psychologiques graves.* [Notre traduction] ».

Par ailleurs, des études menées chez les infirmières ont pu mettre en évidence que le fait d'agir contre sa conscience pouvait provoquer « *dépression ou épuisement professionnel [...]. Un des facteurs qui peut y contribuer est le sacrifice ou la perte de valeurs personnelles.* [Notre traduction] » (79).

H. Samia (80) va plus loin en disant que la trahison à des valeurs que nous « *percevons comme une partie de notre identité* » peut conduire à la « *perte de notre esprit. On peut mourir ainsi à soi-même, peu à peu, dans le quotidien hospitalier.* ».

L'étude américaine *The Moral and Ethical Component of Nurse-Burnout* (81) va dans le même sens en mettant en évidence un lien entre souffrance morale et burn-out chez les infirmières.

➤ **Deuxième élément : un médecin qui fait un acte médical contre ses convictions personnelles ou professionnelles ne le fera pas avec qualité.**

Plusieurs médecins interrogés dans l'étude qualitative déclaraient que s'ils réalisaient un acte à contre-cœur, contre leurs convictions professionnelles ou personnelles, cet acte risquait de ne pas être bien fait.

J. Savulescu (63) partage cet avis : « *Il pourrait y avoir des risques à obliger les médecins à fournir des services qu'ils ne veulent pas fournir : peut-être que certains ou même beaucoup d'entre eux feraient les actes à contre-cœur, éventuellement au détriment du bien-être des patients.* [Notre traduction] ».

➤ **Troisième élément : un médecin qui doit faire des actes médicaux contre ses convictions personnelles sera amené à changer de travail.**

Enfin, l'étude qualitative a mis en évidence que forcer un médecin à réaliser un acte contre ses convictions pouvait le conduire à changer de profession. Deux médecins ont ainsi déclaré qu'ils changeraient de travail si on ne leur donnait plus la possibilité de se récuser à un acte médical au motif de leurs convictions personnelles ou professionnelles.

Ce point de vue est également retrouvé dans la littérature (82,83), notamment dans l'article *A defence of conscientious objection in medicine* (83), dans lequel l'auteur déclare qu'agir contre sa conscience peut conduire « *les personnes à quitter leur profession ou, s'ils savent que leur intégrité morale ne sera pas respectée, à ne pas choisir cette profession en premier lieu.* [Notre traduction] ».

En conclusion, le risque d'une relation médecin-patient purement contractuelle qui abandonnerait le principe de bienfaisance serait de faire du médecin un prestataire de service, indifférent au sort du patient. Le médecin qui s'engage au sein du « *pacte de soins* », s'engage professionnellement et moralement. « *Chaque médecin est*

responsable et cette responsabilité personnelle est d'abord d'ordre moral. Elle est partie intégrante du "contrat de soins" où s'exprime la "rencontre d'une confiance et d'une conscience". » (84).

L'engagement moral du médecin au sein du « *pacte de soins* » consiste dans le souci de bien faire conformément à deux des vertus des professionnels de santé décrites par Beauchamp et Childress (85) : le médecin doit être consciencieux - dans le sens qu'il tend à rechercher le bien -, et intègre - c'est-à-dire fidèle à ses engagements.

N'y a-t-il pas une contradiction lorsque l'on demande à une personne d'être capable de s'engager moralement pour autrui et par ailleurs de renoncer à ses convictions profondes et à son intégrité morale ? Un agent moral peut-il l'être pour autrui sans commencer par l'être pour lui-même ?

Pour le médecin, accepter un acte médical allant à l'encontre de ses convictions personnelles profondes met en jeu sa responsabilité morale et son éthique professionnelle. L'étude qualitative a montré l'importance que les médecins accordaient au respect de leur intégrité morale. Ce constat est appuyé par la littérature et l'un et l'autre s'accordent pour dire que le non-respect de l'intégrité morale du médecin conduirait :

- À une souffrance morale du médecin, qui pourrait conduire au burn-out.
- À une réalisation insatisfaisante d'actes médicaux, car réalisés à contre-cœur.
- À un changement de profession des médecins.

Sur le plan légal, la liberté de conscience défend l'autonomie morale d'une personne. Avant d'être un droit, la clause de conscience est un devoir de nature morale comme nous le rappelle le procès de Nuremberg de 1947, imposant à une personne de refuser un commandement jugé injuste par la conscience. La clause de conscience tire sa légitimité de la norme morale du bien et du mal perçue par la conscience. Le droit à la clause de conscience est donc la reconnaissance par le droit de la légitimité du refus d'exécution d'un acte jugé contraire à la justice, telle que perçue par la conscience. Elle est donc le garant du respect de l'intégrité morale du médecin.

Le médecin objecteur, comme tout médecin, a le devoir d'être professionnel. Nous pouvons alors nous demander si la clause de conscience est compatible avec le professionnalisme du médecin.

4. Professionnalisme du médecin

Dans l'article *Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations ?*, M. Wicclair (55) parle de ce qu'il appelle la « *thèse d'incompatibilité* ». Il s'agit d'une thèse défendue par différents auteurs, mais réfutée par Wicclair, selon laquelle le fait d'opposer sa conscience à un acte médical serait incompatible avec les obligations professionnelles des médecins.

Le professionnalisme est à la base du contrat conclu entre la médecine et la société ; c'est la capacité pour le médecin d'assurer l'engagement envers la société et les personnes et à répondre à leurs attentes.

Les principes fondamentaux du professionnalisme médical sont (86) :

- Le principe de la primauté du bien-être du patient
- Le principe de l'autonomie du patient.
- Le principe de la justice sociale : la profession médicale doit assurer la répartition équitable des ressources destinées aux soins de santé et doit s'évertuer à éliminer toute discrimination.

Le médecin a également un ensemble de responsabilités professionnelles - on peut citer entre autres l'engagement envers la compétence professionnelle, l'honnêteté à l'égard des patients, la confidentialité -, mais nous ne les aborderons pas dans cette discussion.

Nous avons déjà abordé plus haut les principes d'autonomie du patient et de responsabilité du médecin dans la société, et nous avons vu en quoi la clause de conscience ne compromettrait pas ces engagements.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence que le respect de la continuité des soins garantissait le respect du principe de la justice sociale.

Qu'en est-il du principe de la primauté du bien-être du patient ? La clause de conscience met-elle véritablement en péril ce principe ?

4.1. La clause de conscience perçue comme non professionnelle.

Un quart des médecins interrogés dans l'étude quantitative estimait que le médecin doit toujours réaliser l'acte médical demandé par le patient, même si celui-ci va à l'encontre de ses convictions personnelles. Ces médecins considèrent que la demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin et qu'il doit appliquer la loi et non ses convictions.

Les arguments avancés par les médecins interrogés dans l'étude quantitative et qualitative pour soutenir cette position étaient les suivants :

- La demande du patient prime sur les convictions du médecin.
- La loi prime sur les convictions du médecin.
- Les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient.
- Le médecin doit rester dans son rôle de professionnel. Ce n'est pas lui qui reçoit l'acte médical, mais le patient ; ce que le patient veut pour lui n'est pas forcément ce que le médecin veut pour lui-même.

➤ **Les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient. Le médecin doit même parfois faire des actes qui vont à l'encontre de ses convictions personnelles.**

L'étude quantitative a révélé qu'un tiers des médecins interrogés déclaraient être en désaccord avec la loi pour certains actes médicaux, mais en pratique la majorité d'entre eux réalisait l'acte demandé.

Plusieurs médecins interrogés dans l'étude qualitative estimaient que les convictions personnelles du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient : elles ne doivent pas guider les décisions thérapeutiques. Le médecin peut même parfois être amené à réaliser un acte médical contraire à ses convictions personnelles, afin de répondre à la demande du patient et d'assumer son rôle de professionnel.

Cette position est largement partagée dans la littérature américaine sur la clause de conscience (12,13,63). On peut citer J. Savulescu (12), qui estime que « *[l]a conscience du médecin n'a pas sa place dans le système de santé moderne. [...] Si des personnes ne sont pas capables de donner aux patients les soins auxquels ils ont le droit, parce que cela rentre en conflit avec leurs valeurs, alors ils ne devraient pas devenir médecins.* [Notre traduction] ». Et un peu plus loin : « *Les valeurs sont centrales et importantes dans nos vies, mais elles ont une place différente dans la vie privée et dans la vie publique. Elles ne devraient pas influencer les soins qu'un médecin donne à ses patients.* [Notre traduction] ». On peut également citer les auteurs Miller et Brody (87), qui estiment que « *[s]il reste encore une certaine marge de manœuvre pour l'individualité dans la pratique de la médecine - et*

un bon médecin peut avoir un style personnel unique - , l'identité professionnelle limite généralement l'expression individuelle [...] [Notre traduction] ». Ainsi, le professionnalisme du médecin doit l'amener à limiter l'expression de ses valeurs individuelles dans la relation médecin-patient.

➤ **Le droit du patient prime sur les convictions personnelles du médecin.**

Comme nous l'avons vu dans l'introduction de notre thèse, certains résument le débat sur la clause de conscience en une question : le droit du patient à avoir accès à un soin est-il plus important que le droit du médecin au respect de ses convictions personnelles ? Pour certains des médecins interrogés dans notre étude qualitative, le droit du patient prime sur le droit du médecin.

Cette position trouve un large écho dans la littérature scientifique traitant de la clause de conscience (13,15,16,53,58,63,88).

Plusieurs auteurs, mais également le comité d'éthique de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (53), rappellent que : « *Le premier devoir des gynécologues-obstétriciens est de traiter et prodiguer des soins des patients dont ils ont la charge. Toute objection de conscience est secondaire à ce premier devoir.* [Notre traduction] ».

D'autres auteurs estiment que le médecin qui donne la priorité à ses convictions personnelles et se récusé à la réalisation d'un acte médical n'agit pas en professionnel. « *À notre avis, être un professionnel de la santé consciencieux peut bien vouloir dire parfois agir de manière contraire à ses idéaux personnels, afin d'adhérer à une obligation professionnelle générale de servir les intérêts des patients en premier.* [Notre traduction] » (16). On peut également citer A. Lamackowa (58) : « *[J]e praticien a [...] la responsabilité de traiter le patient de manière professionnelle. Cette responsabilité transcende les convictions personnelles des professionnels de santé. [...] Les praticiens qui donnent la préférence à leurs croyances personnelles refusent de se conformer aux normes de leur profession.* [Notre traduction] ».

4.2. La clause de conscience, compatible avec le professionnalisme du médecin

Plusieurs médecins, mais également des auteurs d'articles soutiennent que le professionnalisme du médecin n'est pas remis en cause par la clause de conscience. Certains vont même plus loin et disent que la clause de conscience, si elle est bien utilisée et à bon escient, est un acte d'une grande qualité éthique et professionnelle : « *le refus d'un médecin d'exécuter, pour des raisons éthiques et religieuses, certains actes qui sont commandés ou tolérés par les autorités, est un acte d'une grande dignité éthique lorsque les raisons données par le médecin sont sérieuses, sincères et constantes, et se réfèrent à des sujets graves et fondamentaux.* [Notre traduction] » (89).

➤ **« La "neutralité des valeurs" est impossible. »** (50)

De très nombreux auteurs ont abordé la question de la place des convictions personnelles du médecin dans la relation médecin-patient. Beaucoup d'entre eux considèrent que la neutralité du médecin est impossible (11,48,50,90).

De la même manière, plusieurs médecins interrogés dans l'étude qualitative ont estimé que leurs convictions personnelles influencent dans leur relation avec les patients et dans leur manière de soigner.

Ainsi, l'un d'eux signalait que le médecin « *n'est pas une machine* ». Cette citation rejoint celle d'un médecin interrogé dans l'étude qualitative norvégienne (43) : « *Ma conscience n'est pas une robe que je peux mettre ou enlever quand je veux.* [Notre traduction] ». Ces deux citations soulignent l'impossibilité qu'ont les médecins à mettre de côté leurs convictions personnelles dans leur rôle de professionnel.

A. Grady (68) le signale également : « *Certains ne devraient pas perdre de vue que [...] les professionnels de santé ne sont pas des machines – ce sont des personnes qui ont un travail et qui ont aussi des valeurs morales et éthiques qui parfois contrastent avec celui-ci.* [Notre traduction] ». Selon E. Pellegrino (50), « *[e]n plus de sa propre perception de l'éthique professionnelle, chaque médecin apporte à la relation avec le patient un système personnel de croyances morales.* [Notre traduction] ». Il estime que « *[l]a demande de la société laïque que les médecins pratiquent la "neutralité des valeurs" est impossible.* [Notre traduction] ». On peut citer également J. Savulescu (48), habituellement très incisif contre la clause de conscience dans ses articles : « *[l] est difficile d'imaginer une personne sans valeurs. La plupart des gens ont des normes qu'ils appliquent à leur comportement. Il est également difficile d'imaginer que ces valeurs n'entrent pas en jeu lorsqu'on demande à un médecin d'effectuer une procédure sur un patient.* [Notre traduction] ».

Les médecins sont donc des « *agents moraux* » (50) dont les convictions personnelles peuvent parfois être en opposition avec un acte demandé par le patient. Ce désaccord avec la demande du patient ne remet pas en cause leur professionnalisme.

Les patients et la société gagnent à avoir des médecins qui pensent différemment.

Certains médecins interrogés dans l'étude qualitative norvégienne (43) estimaient que les patients apprécient le fait d'avoir un médecin avec une personnalité et des opinions et qu'ils profitent du fait que leur médecin leur donne son point de vue, et même parfois, leur oppose un peu de résistance.

Un des médecins interrogé dans l'étude qualitative estimait que c'est la société dans son ensemble qui gagne à avoir des médecins qui pensent différemment, qu'il est bon qu'il n'y ait pas une pensée unique dans le corps médical. Cette vision de pluralité dans l'exercice de la médecine est partagée dans plusieurs articles (11,51,90). Pour K. Martinez (51), la clause de conscience « *affiche le pluralisme éthique* [Notre traduction] ». Morton et Kirkwood (11) estiment que « *dans une société multiculturelle ou multiconfessionnelle, [l]es valeurs [du médecin] vont sûrement entrer en conflit avec le patient un jour ou l'autre. Il est plus important de voir ça comme une preuve que chaque individu est un membre de la société doté d'une conscience et de tenter de faciliter son développement pour atteindre un but commun, plutôt que de radier toute personne qui a une vision différente.* [Notre traduction] ».

➤ **Ambivalence des médecins sur la question du professionnalisme**

Il est intéressant de remarquer, qu'aussi bien dans l'étude quantitative que qualitative, certains médecins semblent se contredire. On peut citer par exemple un médecin interrogé dans l'étude quantitative, qui déclarait avoir fait valoir sa clause de conscience pour une demande d'IVG mais répondait que le médecin devait « *toujours* » répondre à la demande du patient. Cette réponse s'oppose au principe-même de la clause de conscience qu'il a pourtant fait valoir.

Dans l'étude qualitative, certains médecins exprimaient dans un même entretien une vive opposition au fait de refuser un acte médical à un patient - assimilant ce refus à un manque de professionnalisme -, puis plus loin, qu'il ne serait pas éthique d'être forcé de réaliser un acte contre ses convictions personnelles.

Ces contradictions illustrent la complexité de la médecine dans la pratique. Elle nous place au cœur de l'éthique clinique. Dans une situation d'objection de conscience, le médecin objecteur vit un dilemme intérieur qui oppose

l'agent moral attaché à son intégrité et le professionnel concerné par son patient. Cet agent moral et ce professionnel forment une même personne qui dans certaines situations controversées se voit confrontée à un choix complexe.

➤ **Le médecin généraliste ne manque pas à ses devoirs s'il informe et réfère le patient.**

Un résultat important de notre étude est que les médecins accordaient une grande importance au respect de la continuité des soins. En effet, pour la majorité des médecins interrogés dans l'étude quantitative, les devoirs du médecin consistaient à prendre en charge les situations d'urgence, et en dehors d'un contexte d'urgence à informer et orienter le patient à un confrère qui n'avait pas d'objection pour cet acte. A travers les commentaires, les médecins ne montraient pas d'opposition à la clause de conscience, puisque ces obligations font partie intégrante de la loi.

Dans son article *Conscientious refusal by physicians and pharmacists : who is obligated to do what, and why ?*, D. Bock introduit la notion de « *compromis conventionnel* » (54). Il écrit : « *Selon le "compromis conventionnel", un médecin/pharmacien qui a une objection morale sérieuse à fournir un service/produit à un patient/client n'est pas tenu de le faire, uniquement si les trois conditions suivantes sont remplies : 1. Le médecin/pharmacien informe le patient/client sur le service/produit si celui-ci est médicalement pertinent à sa condition médicale. 2. Le médecin/pharmacien renvoie le patient/client à un autre professionnel disposé et capable de fournir le service/produit. 3. Le renvoi n'impose pas un fardeau déraisonnable au patient/client.* [Notre traduction] ».

Nous avons déjà largement abordé ces différents points plus haut, mais il est intéressant de remarquer que D. Brock précise que le médecin/pharmacien objecteur doit avoir une « *objection morale sérieuse* ». Cette remarque a également été faite par un des médecins interrogé dans l'étude qualitative qui considérait que les raisons de l'objection de conscience du médecin doivent être cohérentes avec ses valeurs ; les médecins objecteurs ne doivent pas s'infiltrer dans la morale à mauvais escient.

Cette réflexion rejoint l'avis de la Cour Européenne, dont nous avons déjà parlé plus haut, qui a jugé que l'objection devait résulter d'un « *conflit grave et insurmontable* » et revêtir les caractères d'une « *conviction atteignant un degré suffisant de force, de sérieux, de cohérence et d'importance pour entraîner l'application des garanties de l'article 9* » (28).

Ce point a été développé dans de nombreux articles (13,17,18,51,57).

Dans son article, D. Brock conclue en disant que « *[l]e non-respect des trois conditions en vigueur revendique une protection de l'intégrité morale des professionnels de santé, mais ignore les obligations professionnelles envers ses patients.* [Notre traduction] ». Le « *compromis conventionnel* » permet de concilier le respect des droits du patient et de l'intégrité morale du médecin. La clause de conscience, quand elle est pratiquée dans les conditions prévues par ce compromis respecte les principes fondamentaux du professionnalisme, mais également les vertus des professionnels de santé (85), que sont la compassion, le discernement, la loyauté, l'intégrité et le caractère consciencieux.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les patients ont un intérêt immense à ce que leur médecin soit consciencieux - dans le sens qu'il tende à rechercher le bien -, et intègre - c'est-à-dire fidèle à ses engagements.

4.3. Le « *pacte de soins* » au service d'une alliance thérapeutique

Le défi de la relation médecin-patient est de ne pas en rester à une confrontation « droit contre droit » ou « droit contre devoir », mais de dépasser à la fois le « paternalisme » des professionnels qui décideraient à la place du patient, et l'« autonomisme » du patient qui ferait des professionnels de simples prestataires de service. Une troisième voie se trouve dans le développement d'une « alliance thérapeutique » aboutissant à une décision médicale partagée. Paul Ricœur (24), comme nous l'avons déjà évoqué, répond à cette nécessité en proposant un « *pacte de soins* » engageant les deux parties - le médecin et le patient -, fondé sur la confiance tel « *une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie* ». L'engagement moral lié au « *pacte de soins* » implique la reconnaissance :

- du caractère singulier de la situation et du patient lui-même (non substituabilité de la personne),
- du précepte d'indivisibilité de la personne (prise en charge globale de la personne)
- et celui de « l'estime de soi », fond éthique de la dignité, qui vise à reconnaître la valeur propre du patient.

La relation initialement asymétrique, s'équilibre peu à peu à mesure que la confiance réciproque se confirme. Les décisions auxquelles parviendront les deux partenaires exigent du médecin qu'il tienne compte de la réalité personnelle du patient et des règles de la bonne pratique professionnelle.

Cette approche rejoint celle de l'approche centrée patient qui invite le médecin à se saisir de la complexité de la situation en se mettant à l'écoute du vécu du patient et de sa demande. Le médecin accompagne le patient dans sa décision sans renier ses convictions, puisque l'objectif est de trouver un accord commun, résultat d'une compréhension et d'un respect mutuel (91).

Dans notre étude quantitative la majorité des médecins - et de façon presque unanime pour les médecins objecteurs -, ont fait le choix de répondre que le médecin a *parfois* une obligation déontologique professionnelle à fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions personnelles. Ils montrent que le médecin garde une médecine personnalisée, expression de l'autonomie du médecin et du respect du patient, autour d'une réflexion du juste et du non juste. Elle révèle donc le sens de la responsabilité et du professionnalisme du médecin à travers le choix d'une démarche prudente, au nom de l'éthique. D'autre part, elle reflète la complexité de la médecine dans la pratique clinique qui nécessite le plus souvent une réflexion au cas par cas, prenant en compte la singularité du patient et la particularité de la situation. En effet, on ne peut être catégorique dans le domaine de l'humain.

La clause de conscience, sans compromettre le respect de l'autonomie du patient, permet au médecin de préserver son intégrité morale. Dans le « *pacte de soins* », le médecin accompagne la réflexion du patient et respecte son choix en assurant la continuité des soins quand l'acte demandé va à l'encontre de ses convictions personnelles. L'éthique clinique, tenant compte du patient et du médecin, est centrée sur la recherche de l'optimal, du meilleur possible pour chaque situation singulière.

« Lors d'une décision médicale, le soignant doit s'efforcer de permettre au malade d'exercer sa liberté, de façon à ce qu'il puisse mener sa vie et rechercher son bonheur en connaissance de cause et en fonction de son échelle de valeurs, la liberté du soignant étant sauve, excepté en cas d'urgence, d'accepter ou non de soigner ce malade. Et ceci à l'intérieur du cadre fixé par la loi et les consensus éthiques unanimement reconnus » (45).

Ainsi les trois grands principes du professionnalisme : primauté du bien-être du patient, respect de son autonomie et justice sociale ne sont pas compromis dans une situation d'objection de conscience.

5. Perspectives

Les résultats de notre étude ont montré les enjeux éthiques de la clause de conscience pour le patient, pour le médecin - au sein de la relation médecin-patient -, et pour la société. À la lumière de ces résultats, nous pouvons proposer trois axes de réflexion.

Pour le médecin. À travers la réflexion autour de la clause de conscience, notre étude montre la complexité de certaines situations dans la pratique clinique. La majorité des médecins interrogés dépassait l'opposition frontale entre le droit du patient à avoir accès à un acte médical et le droit du médecin au respect de son intégrité morale, où un droit devrait prévaloir sur l'autre. Ils n'étaient pas dogmatiques et montraient qu'ils gardaient une médecine personnalisée, expression de l'autonomie du médecin et du respect du patient, au service d'une démarche éthique. Ainsi, compte-tenu de l'avancée permanente de la médecine, les professionnels de santé gagneraient à être formés à l'éthique clinique, afin d'être sensibilisés à la démarche éthique.

Pour le patient. Dans notre étude, nous avons étudié les représentations des médecins généralistes sur leurs droits et leurs devoirs dans des situations d'objection de conscience et la manière d'articuler les droits des médecins et ceux des patients dans ces situations. Il serait intéressant, afin d'être plus exhaustif sur ce sujet, d'étudier ce que pensent les patients directement concernés par cette problématique. Quelles sont leurs représentations des droits et des devoirs des médecins généralistes dans une situation d'objection de conscience ? Qu'attendent-ils de leur médecin ?

Cette question pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude avec laquelle il serait intéressant de confronter nos résultats.

Pour la société. Aujourd'hui en France, un équilibre semble être trouvé entre objecteurs et demande d'actes médicaux, permettant le respect de l'intégrité morale des médecins d'une part et l'autonomie des patients d'autre part. Les résultats de notre étude montre qu'il est bon (dans le sens de « *la visée bonne* », pour reprendre les termes de P. Ricoeur) que la clause de conscience soit respectée par la société quand elle est pratiquée dans les conditions prévues par la loi.

Avec l'avancée permanente de la médecine, des questions émergeront autour de nouvelles pratiques (recherche sur les embryons, diagnostic anténatal, grossesse pour autrui, euthanasie) qui pourront faire l'objet de clause de conscience.

Comme le suggère un des médecins interrogé dans notre étude, si un jour en France, l'accès à un acte médical était compromis par l'objection de conscience d'une majorité de médecins, plutôt que de forcer les médecins objecteurs, il serait important d'orienter le débat pour comprendre les causes de ce refus et s'interroger sur la légitimité de cet acte.

CONCLUSION

« Les obligations professionnelles ont mis en cause, dans une certaine mesure, ma liberté d'action, mais n'ont pas entravé ma liberté d'homme pensant, agissant suivant son cœur, ses conceptions philosophiques. »

Un homme libre de Pierre Vellay, médecin résistant pendant la Seconde Guerre Mondiale

Une situation d'objection de conscience met en opposition deux droits : d'un côté un droit individuel - la liberté de conscience du médecin - et de l'autre un droit collectif - le droit des patients à avoir accès à un service médical autorisé par la loi. Cette situation nous place au cœur de l'éthique médicale et nous renvoie à trois pôles : le médecin, le patient et la société.

Pour le médecin, accepter un acte médical allant à l'encontre de ses convictions personnelles profondes met en jeu sa responsabilité morale et son éthique professionnelle. Le médecin objecteur, dans une situation d'objection de conscience, ressent un dilemme intérieur qui oppose l'agent moral attaché à son intégrité et le professionnel concerné par son patient. Cet agent moral et ce professionnel forment une même personne qui dans certaines situations controversées se voit confrontée à un choix complexe.

Les médecins de cette étude estimaient que le respect de leur intégrité morale est essentiel, surtout lorsque l'on constate que la négation de leurs convictions peut entraîner une souffrance telle qu'elle peut conduire au burn-out. La conscience est le socle de l'autonomie d'une personne, la respecter c'est reconnaître cet agent moral qu'est aussi le médecin et dont il ne peut se dissocier dans son rôle de professionnel. La clause de conscience est donc la reconnaissance par le droit de la légitimité du refus d'exécution d'un acte jugé contraire à la justice, telle que perçue par la conscience. Elle est donc le garant du respect de l'intégrité morale du médecin.

Les médecins de cette étude estimaient que le respect de leur liberté de conscience ne compromet pas les droits du patient dans la mesure où ceux-ci s'engagent à assurer la continuité des soins. Le médecin objecteur, conscient, comme tout médecin, de son engagement moral au sein du « *pacte de soins* » répond à ses devoirs sans renier ses convictions, à plusieurs conditions : il doit respecter la décision du patient sans discrimination, jugement ou abandon ; respecter l'autonomie du patient à travers la transmission d'une information claire, loyale et adaptée, permettant un consentement éclairé, c'est-à-dire un choix libre en conscience ; et respecter la continuité des soins en adressant le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour l'acte demandé.

A travers la transmission de cette information, le médecin accompagne la réflexion du patient et respecte son choix en assurant la continuité des soins quand l'acte demandé va à l'encontre de ses convictions personnelles. La responsabilité du médecin consiste à permettre au patient d'acquiescer son autonomie de pensée et de volonté afin de favoriser un choix libre en conscience, dans une démarche d'approche centrée patient.

La clause de conscience ne compromet donc pas le principe de justice sociale, dans la mesure où les médecins s'accordaient à penser que le devoir du médecin objecteur consiste à respecter la continuité des soins par la transmission de l'information et l'orientation à un confrère.

Le système de santé français structuré autour du principe de solidarité envers le malade, fait que l'État s'invite dans la relation médecin-patient à travers les responsabilités dont il investit le corps médical. Cela ne fait pas pour autant

des médecins des fonctionnaires. La société s'engage à donner un acte médical mais pas chaque médecin individuellement. Le médecin conserve son indépendance professionnelle défendue dans le *Code de déontologie*.

La clause de conscience, sans compromettre le respect de l'autonomie du patient, permet au médecin de préserver son intégrité morale. Notre étude montre qu'il est bon que la clause de conscience soit respectée par la société quand elle est pratiquée dans les conditions prévues par la loi. Les patients ont un intérêt immense à ce que leur médecin soit consciencieux - dans le sens qu'il tend à rechercher le bien -, et intègre - c'est-à-dire fidèle à ses engagements.



(Nom, prénom du candidat : Martha SALMON

CONCLUSIONS

« Les obligations professionnelles ont mis en cause, dans une certaine mesure, ma liberté d'action, mais n'ont pas entravé ma liberté d'homme pensant, agissant suivant son cœur, ses conceptions philosophiques. »

Un homme libre de Pierre Veilay, médecin résistant pendant la Seconde Guerre Mondiale

Une situation d'objection de conscience met en opposition deux droits : d'un côté un droit individuel - la liberté de conscience du médecin - et de l'autre un droit collectif - le droit des patients à avoir accès à un service médical autorisé par la loi. Cette situation nous place au cœur de l'éthique médicale et nous renvoie à trois pôles : le médecin, le patient et la société.

Pour le médecin, accepter un acte médical allant à l'encontre de ses convictions personnelles profondes met en jeu sa responsabilité morale et son éthique professionnelle. Le médecin objecteur, dans une situation d'objection de conscience, ressent un dilemme intérieur qui oppose l'agent moral attaché à son intégrité et le professionnel concerné par son patient. Cet agent moral et ce professionnel forment une même personne qui dans certaines situations controversées se voit confrontée à un choix complexe.

Les médecins de cette étude estimaient que le respect de leur intégrité morale est essentiel, surtout lorsque l'on constate que la négation de leurs convictions peut entraîner une souffrance telle qu'elle peut conduire au burn-out. La conscience est le socle de l'autonomie d'une personne, la respecter c'est reconnaître cet agent moral qu'est aussi le médecin et dont il ne peut se dissocier dans son rôle de professionnel. La clause de conscience est donc la reconnaissance par le droit de la légitimité du refus d'exécution d'un acte jugé contraire à la justice, telle que perçue par la conscience. Elle est donc le garant du respect de l'intégrité morale du médecin.

Les médecins de cette étude estimaient que le respect de leur liberté de conscience ne compromet pas les droits du patient dans la mesure où ceux-ci s'engagent à assurer la continuité des soins. Le médecin objecteur, conscient, comme tout médecin, de son engagement moral au sein « du pacte de soin » répond à ses devoirs sans renier ses convictions, à plusieurs conditions : il doit respecter la décision du patient sans discrimination, jugement ou abandon ; respecter l'autonomie du patient à travers la transmission d'une information claire, loyale et adaptée, permettant un consentement éclairé, c'est-à-dire un choix libre en conscience ; et respecter la continuité des soins en adressant le patient à un confrère qui n'a pas d'objection pour l'acte demandé. À travers la transmission de cette information, le médecin accompagne la réflexion du patient et respecte son choix en assurant la continuité des soins quand l'acte demandé va à l'encontre de ses convictions personnelles. La responsabilité du médecin consiste à permettre au patient d'acquiescer son autonomie de pensée et de volonté afin de favoriser un choix libre en conscience, dans une démarche d'approche centrée patient.

La clause de conscience ne compromet donc pas le principe de justice sociale, dans la mesure où les médecins s'accordent à penser que le devoir du médecin objecteur consiste à respecter la continuité des soins par la transmission de l'information et l'orientation à un confrère.

Le système de santé français structuré autour du principe de solidarité envers le malade, fait que l'État s'invite dans la relation médecin-patient à travers les responsabilités dont il investit le corps médical. Cela ne fait pas pour autant des médecins des

Conclusion

fonctionnaires. La société s'engage à donner un acte médical mais pas chaque médecin individuellement. Le médecin conserve son indépendance professionnelle définie dans le Code de déontologie.

La clause de conscience, sans compromettre le respect de l'autonomie du patient, permet au médecin de préserver son intégrité morale. Notre étude montre qu'il est bon que la clause de conscience soit respectée par la société quand elle est pratiquée dans les conditions prévues par la loi. Les patients ont un intérêt immense à ce que leur médecin soit consciencieux - dans le sens qu'il tend à rechercher le bien -, et intègre - c'est-à-dire fidèle à ses engagements.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Arnaud Bich

[Signature]

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maieutique Lyon-Sud Charles Mérieux

[Signature]

Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 12/05/2017

ANNEXES

Annexe 1 a. Guide d'entretien de l'étude qualitative.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Âge

Sexe : H/F

Date d'installation

Lieu : rural / semi-rural / urbain

- **Connaissances générales**

Que savez-vous de la clause de conscience en médecine générale ?

Questions subsidiaires :

- Avez-vous déjà entendu parler de la clause de conscience en médecine générale ?
- Pourriez-vous me donner une définition de la clause de conscience ?

- **Histoire personnelle et situations d'objection de conscience**

Quelles pourraient être les situations dans lesquelles un médecin généraliste refuserait des actes médicaux, en invoquant la clause de conscience ?

Questions subsidiaires :

- Quelles pourraient être les raisons de cette clause de conscience ?
- Avez-vous déjà eu connaissance d'un médecin généraliste qui a fait valoir sa clause de conscience ?
- Et vous-même, avez-vous déjà été dans cette situation-là ?

- **Le droit à la clause de conscience pour le médecin est-il justifié ?**

Pensez-vous qu'un médecin peut refuser un acte médical au motif de sa conscience ?

Pensez-vous que les médecins ont l'obligation de fournir des actes médicaux même si ceux-ci vont à l'encontre de leurs convictions personnelles ?

Que pensez-vous des deux affirmations suivantes ?

→ Un médecin ne devrait jamais faire ce qui va à l'encontre de ses convictions personnelles.

→ Parfois, un médecin a une obligation déontologique professionnelle à fournir des actes médicaux, même si cela va à l'encontre de ses convictions personnelles.

- **Droits et devoirs des médecins / droits des patients**

La dernière partie de l'entretien aborde le problème qui est posé par le fait que parfois, le droit des médecins à la clause de conscience s'oppose au droit des patients à avoir accès à un acte médical, qui pourtant est autorisé par la loi.

Comment pensez-vous qu'on puisse articuler le droit des médecins généralistes à l'objection de conscience et les droits des patients à avoir accès à des actes médicaux légalement autorisés ?

Annexe 1 b. Lettre d'information de l'étude qualitative.

LA CLAUSE DE CONSCIENCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse de médecine générale et nous vous en remercions. Notre thèse, que nous effectuons en binôme, porte sur la clause de conscience des médecins généralistes en France.

La clause de conscience des médecins est définie dans l'article R. 4127-47 du code de santé publique :
« *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.* »

La problématique de notre thèse est la suivante :

« Quelles représentations ont les médecins généralistes français de leurs droits et leurs devoirs devant une situation où un patient leur demande un acte médical autorisé par la loi, qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles ? »

Nos recherches bibliographiques mettent en évidence une opposition entre deux droits : un droit individuel (la liberté de conscience du médecin) et un droit collectif (le droit des patients à avoir accès à un acte médical autorisé par la loi).

De cette opposition émergent deux courants :

- Les partisans de la clause de conscience reconnue comme un droit garant du respect de l'intégrité morale du médecin.
- Les opposants, qui considèrent la clause de conscience comme une privation des patients de leurs droits.

Il n'y a que très peu de données bibliographiques sur ce sujet en France, et nous voulons essayer de dresser un tableau de la situation, de l'opinion et des représentations qu'ont les médecins généralistes français sur ce sujet sensible.

Nous abordons le sujet sous deux angles : à partir d'une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire, et d'une étude qualitative à l'aide d'un guide d'entretien ; avec mutualisation de nos questions.

Cette double approche nous permettra de faire d'une part une exploration descriptive de l'opinion des médecins généralistes, et d'autre part d'aller au-delà de cette représentation en approfondissant les fondements de ces opinions.

Notre projet de thèse a reçu un avis favorable de la CNIL, ainsi que de la Commission d'éthique de la recherche en médecine générale (Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1).

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle ; seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pouvez nous contacter par mail : clausedeconsciencemg@gmail.com.

En vous remerciant par avance pour votre participation à ce travail, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Marguerite BARROIS-MULLER et Marthe SALMON

Annexe 2 a. Questionnaire de l'étude quantitative.

J'ai reçu les informations concernant cette étude et j'accepte d'y participer.

- Caractéristiques sociodémographiques

Âge :

Sexe : Homme Femme

Date d'installation :

Lieu : rural semi-rural urbain

- Connaissance générale

Aviez-vous déjà entendu parler de la notion de clause de conscience en médecine générale ?

Oui Non

- Histoire personnelle et situations d'objection de conscience

Aviez-vous déjà vécu une situation dans laquelle la demande d'un acte médical autorisé par la loi, de votre patient, allait à l'encontre de vos convictions personnelles?

Oui Non Ne sait pas

- Si oui, dans quelle situation clinique :

- Si oui, avez vous fait valoir votre clause de conscience ? Oui Non

Actuellement, trois situations cliniques pouvant concerner le médecin généraliste font plus particulièrement débat sur le plan éthique :

L'interruption volontaire de grossesse (IVG), la sédation profonde et continue dans le cadre de la nouvelle loi Léonetti-Claeys du 2 février 2016 et la contraception non urgente chez les mineurs sans autorisation parentale.

Aviez-vous une objection de conscience dans ces situations cliniques ?

- L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) :

Oui Non Ne sait pas

- La sédation profonde et continue dans la nouvelle loi de soins palliatifs Léonetti-Claeys :

Oui Non Ne sait pas

- La prescription de contraception non urgente chez les mineurs sans autorisation parentale :

Oui Non Ne sait pas

- Composantes décisionnelles

Sur le plan personnel, vos décisions dans votre vie professionnelle pourraient être influencées par :

- Convictions politiques : Oui Non Ne sait pas

- Vécu personnel : Oui Non Ne sait pas

- Vie spirituelle ou religieuse : Oui Non Ne sait pas

- Réflexion philosophique : Oui Non Ne sait pas

- Conférences ou lectures bioéthiques : Oui Non Ne sait pas

- Médias : Oui Non Ne sait pas

- Groupes de pairs ou partage d'expériences : Oui Non Ne sait pas
- Réseaux sociaux : Oui Non Ne sait pas

- Droits et devoirs des médecins

Dans une situation clinique de demande d'acte médical qui va à l'encontre de vos convictions personnelles, mais autorisé par la loi, pensez-vous que vous avez une obligation déontologique professionnelle à fournir cet acte ?

- Jamais, car un médecin doit respecter ses convictions personnelles
- Parfois
- Toujours, car la demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin

Commentaire libre :

Dans une situation où un médecin généraliste fait valoir sa clause de conscience, pour un acte médical, pensez-vous :

- Que le médecin a une obligation de présenter au patient toutes les informations sur cet acte ?
Oui Non Ne sait pas
- Que le médecin a une obligation d'orienter le patient à un confrère ?
Oui Non Ne sait pas

Un grand merci pour votre participation !

Annexe 2 b. Lettre d'information de l'étude quantitative.

LA CLAUSE DE CONSCIENCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux médecins généralistes remplaçantes et nous effectuons cette année notre thèse qui porte sur la clause de conscience des médecins généralistes en France. Nous vous proposons de participer à notre étude, en répondant à un questionnaire comportant moins de 10 questions.

La clause de conscience des médecins est définie dans l'article R. 4127-47 du code de santé publique :
« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

La problématique de notre thèse est la suivante :
« Quelles représentations ont les médecins généralistes français de leurs droits et leurs devoirs devant une situation où un patient leur demande un acte médical autorisé par la loi, qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles ? »

Nos recherches bibliographiques mettent en évidence une opposition entre deux droits : un droit individuel (la liberté de conscience du médecin) et un droit collectif (le droit des patients à avoir accès à un acte médical autorisé par la loi).

De cette opposition émergent deux courants :

- Les partisans de la clause de conscience pour qui prime le respect de l'intégrité morale du médecin.
- Les opposants, qui considèrent la clause de conscience comme une privation des droits du patient.

Il n'y a que très peu de données bibliographiques sur ce sujet en France, et nous voulons essayer de dresser un tableau de la situation actuelle, de l'opinion et des représentations qu'ont les médecins généralistes français sur ce sujet sensible.

Nous abordons le sujet sous deux angles : à partir d'une étude quantitative à laquelle vous êtes invités à participer et d'une étude qualitative auprès d'un nombre plus restreint de médecin ; avec mutualisation de nos questions. Cette double approche nous permettra de faire d'une part une exploration descriptive de l'opinion des médecins généralistes, et d'autre part d'aller au-delà de cette représentation en approfondissant les fondements de ces opinions.

Notre projet de thèse a reçu un avis favorable de la CNIL, ainsi que de la Commission d'éthique de la recherche en médecine générale (Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1).

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle ; seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. Votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Vous pouvez décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pouvez nous contacter par mail : clausedeconsciencemg@gmail.com.

Vous trouverez ci-joint le questionnaire de l'étude quantitative comportant moins de dix questions. **Merci de bien vouloir cocher la case indiquant que vous avez bien reçu et compris toutes les informations concernant cette étude et que vous acceptez d'y participer.**

En vous remerciant par avance pour votre participation à ce travail, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Marguerite BARROIS-MULLER et Marthe SALMON

Annexe 3. Récépissé de la déclaration à la CNIL.

RÉCÉPISSÉ

Madame BARROIS-MULLER Marguerite
 660 CHEMIN DE BROGIEUX
 07100 ROIFFIEUX

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
 UNE MÉTHODOLOGIE DE
 RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration
1940634 v 0

du 17 mars 2016

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame	N° SIREN ou SIRET :
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 660 CHEMIN DE BROGIEUX	Tel. : 06 74 18 45 30
Code postal : 07100	Fax. :
Ville : ROIFFIEUX	

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 17 mars 2016
 Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
 Présidente

Annexe 4. Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés dans l'étude qualitative.

	Sexe	Age	Durée d'installation	Lieu d'installation
M 1	H	57 ans	30 ans	Semi-rural
M 2	F	37 ans	2 ans	Semi-rural
M 3	F	46 ans	15 ans	Semi-rural
M 4	F	37 ans	2 ans	Semi-rural
M 5	H	38 ans	5 ans	Semi-rural
M 6	F	56 ans	30 ans	Urbain
M 7	H	64 ans	35 ans	Semi-rural
M 8	H	43 ans	10 ans	Rural
M 9	H	58 ans	27 ans	Rural
M 10	F	59 ans	25 ans	Urbain
M 11	F	46 ans	15 ans	Rural
M 12	H	62 ans	30 ans	Urbain
M 13	H	37 ans	1 an	Urbain
M 14	F	33 ans	2 ans	Urbain

Annexe 5. Extrait du logiciel N'Vivo : grille de codage.

Nom	Sources	Références
A - APPROCHE PERSONNELLE DE LA CDC PAR LES MEDECINS	0	0
1) CONNAISSANCES GENERALES	0	0
a - Connaissances générales	13	29
b - Définitions données	14	18
Interdiction de la CDC dans l'urgence	3	3
c - Vécu personnel	10	30
2) CAS DE CDC	0	0
a - CDC évoqués spontanément	14	29
b - CDC autour de l'IVG	9	18
c - CDC autour de la fin de vie	8	21
d - CDC autour de la contraception	7	12
e - Autres CDC évoquées	11	33
3) RAISONS DE LA CDC	14	45
a - Points importants en ce qui concerne l'invocation des convictions religieuses	2	8
b - Notion d'échelle de valeurs	2	3
B - CONFLIT ENTRE LES DROITS DES MEDECINS ET DES PATIENTS	0	0
a - Mise en évidence de ce conflit	6	12
b - Comment gérer ce conflit	0	0
1 - Discussion avec le patient	6	19
2 - Ne pas rester seul	7	14
C - DROIT A LA CDC	2	3
1) ARGUMENTS EN FAVEUR DU DROIT A LA CDC	11	23
Argument 1 - On ne peut pas forcer le médecin à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire.	7	19
1 - Si on force le médecin à faire des actes médicaux qu'il ne veut pas faire, il changera de travail.	2	3
2 - Si on force le médecin à faire un acte médical, il le fera mal.	5	9
Argument 2 - Il faut respecter l'intégrité morale des médecins.	0	0
1 - Respecter l'intégrité morale des médecins	6	9
2 - Souffrance induite si on force le médecin à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire.	3	8
3 - Limites du respect de l'intégrité morale	2	2
Argument 3 - Cela ne compromet pas l'accès aux soins des patients.	0	0
1 - Chaque médecin n'est pas obligé de fournir tous les actes médicaux auxquels la loi donne accès.	2	2
2 - On trouvera toujours des médecins pour faire chaque acte médical.	2	3
3 - Les patients doivent aussi être prêts à accepter certaines contraintes	2	2
2) ARGUMENTS CONTRE LE DROIT A LA CDC	4	19
Argument 1 - Le médecin doit faire des actes, même s'il n'est pas forcément d'accord.	9	23
1 - C'est le patient qui choisit les actes médicaux qu'il veut.	2	3
Certains actes que le patient fait ne sont pas de la responsabilité du médecin	2	5
Les choix du patient ne sont pas forcément les choix que le médecin ferait pour lui-même.	5	8
2 - Le médecin doit respecter la loi qui donne accès à des actes médicaux pour le patient.	2	7
3 - C'est son devoir de professionnel.	3	7
Argument 2 - Le droit du patient à avoir accès à des actes médicaux est plus important que les convictions	3	16
Argument 3 - Le patient ne doit pas subir la CDC du médecin.	1	5
Argument 4 - La CDC est à l'origine d'un problème d'accès aux soins.	4	9
Argument 5 - Les médecins ont une responsabilité dans la société.	2	2
Les médecins choisissent leur métier et doivent donc être prêts à fournir les actes médicaux autorisés	1	3

<input type="checkbox"/> D - DEVOIRS DU MEDECIN	0	0
<input type="checkbox"/> 1) Adresser le patient	14	35
<input type="checkbox"/> Est-ce que référer rend complice de l'acte objecté.	2	3
<input type="checkbox"/> Référer est une forme de soin.	1	1
<input type="checkbox"/> 2) Devoir d'information	6	13
<input type="checkbox"/> 3) Respect du patient	0	0
<input type="checkbox"/> a - Respecter le patient, son choix, son autonomie	8	22
<input type="checkbox"/> b - Ne pas juger le patient	10	18
<input type="checkbox"/> c - Toujours aider le patient, ne pas l'abandonner	8	17
<input type="checkbox"/> E - RELATION MEDECIN-PATIENT. PLACE DES CONVICTIONS PERSONNELLES DU MEDECIN	0	0
<input type="checkbox"/> Argument 1 - Les convictions personnelles du médecin entrent forcément dans la relation médecin-patient.	8	11
<input type="checkbox"/> Argument 2 - Les convictions du médecin n'ont pas leur place dans la relation médecin-patient.	5	15
<input type="checkbox"/> Problème du pouvoir du médecin sur son patient	1	2
<input type="checkbox"/> Intérêt d'une société pluraliste avec différents types de médecins.	2	6
<input type="checkbox"/> F - OUVERTURES	0	0
<input type="checkbox"/> 1) La CDC comme un devoir	2	5
<input type="checkbox"/> 2) La délinquance par conviction	1	1

Annexe 6. Extrait du logiciel N'Vivo : codage du nœud « Adresser le patient ».

<Éléments internes\\ENTRETIEN 1> - § 1 référence encodée [Couverture 0,19%]

Référence 1 - Couverture 0,19%

Alors Dieu merci, je botte en touche, je peux très bien dire que j'ai des consœurs et que je ne le fais pas.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 2> - § 1 référence encodée [Couverture 0,76%]

Référence 1 - Couverture 0,76%

on a le droit a priori si on envoie à quelqu'un d'autre, si on donne les coordonnées d'une autre personne susceptible de faire l'acte.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 3> - § 5 références encodées [Couverture 2,34%]

Référence 1 - Couverture 0,58%

après, j'sais pas moi les gens, ils sont aussi capables, si on te dit non, d'aller voir quelqu'un d'autre, non tu ne crois pas ?

Référence 2 - Couverture 0,35%

Il doit lui proposer quelqu'un d'autre, il ne peut pas le laisser en plan.

Référence 3 - Couverture 0,47%

Oui, mais pour le coup, si tu es dans cette optique-là, à mon avis il ne propose pas quelqu'un d'autre.

Référence 4 - Couverture 0,73%

Mais ce que j'aimerais, c'est que ce genre de médecin aille, enfin soit capable de dire : « Je passe la main, il faut que vous alliez voir quelqu'un d'autre. ».

Référence 5 - Couverture 0,21%

non, je suis sûre qu'ils ne le font pas même.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 4> - § 3 références encodées [Couverture 3,59%]

Référence 1 - Couverture 0,79%

par contre, il doit trouver une solution alternative, s'il y a quelque chose qu'il refuse de faire, il doit adresser à quelqu'un qui a priori..., qui le fait.

Référence 2 - Couverture 0,68%

Si on donne une alternative, si on ne dit pas : « Je refuse point. », si on essaye quand même d'aider le patient, de l'orienter, ouais.

Référence 3 - Couverture 2,12%

Alors je pense que le patient qui vient avec une demande, si toi, de par tes convictions t'es pas capable de répondre à cette demande, ben il faut expliquer, en disant que soit tu es pas à l'aise, soit ça va à l'encontre de ce que tu penses, mais qu'effectivement c'est une question qu'il pose et qu'il faut bien qu'il trouve une réponse quelque part. Tu peux l'adresser à quelqu'un qui pourra lui apporter cette réponse.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 5> - § 4 références encodées [Couverture 3,47%]

Référence 1 - Couverture 0,40%

Je pense que ça ne gêne pas l'éthique s'il peut trouver quelqu'un qui fera les choses mieux.

Référence 2 - Couverture 1,11%

Par contre, il ne peut pas laisser la personne à la rue, ça, ça serait un problème éthique, il faut qu'il lui trouve une solution de rechange en fait, donc un autre médecin à qui il peut l'adresser en étant sûr que le patient ne soit pas perdu derrière quoi.

Référence 3 - Couverture 0,71%

qu'il ne doit jamais aller contre ses convictions personnelles, sauf s'il laisse une personne dans l'embarras et que ça viole sûrement d'autres convictions personnelles

Référence 4 - Couverture 1,25%

Pas que dans ces cas-là et pour le coup, si un médecin dit qu'il est incapable de faire tel ou tel suivi et que c'est clair dans l'esprit des gens, ben il faut qu'un confrère à lui aide ses patients quand ils ont des difficultés qu'il n'est pas capable de gérer. Moi ça me choque pas du tout.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 6> - § 1 référence encodée [Couverture 0,34%]

Référence 1 - Couverture 0,34%

Je trouve que tout médecin, s'il refuse de faire quelque chose, doit adresser à la personne qui fait.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 7> - § 2 références encodées [Couverture 1,19%]

Référence 1 - Couverture 0,74%

il faut qu'il s'assure que quelqu'un puisse prendre en charge la personne, parce que de toute façon si ce n'est pas lui qui le fait, ce sera quelqu'un d'autre qui le fera

Référence 2 - Couverture 0,46%

« il ne doit jamais faire », mais il doit s'assurer que la demande du patient peut être entendue autrement

<Éléments internes\\ENTRETIEN 8> - § 4 références encodées [Couverture 4,16%]

Référence 1 - Couverture 0,44%

et étaient à ce moment-là je dirais dans l'obligation de proposer aux patientes un confrère pour réaliser le geste

Référence 2 - Couverture 0,41%

moi je délègue beaucoup, j'adresse beaucoup à des confrères, les décisions graves je ne les prends pas seul

Référence 3 - Couverture 2,02%

les devoirs c'est quand même d'orienter les patients, il faut que les patients arrivent au soin, ils ne tomberont pas forcément sur la personne compétente, mais attention dans le sens très global du terme, pas en terme technique, mais en terme global de PEC, ben ils tomberont pas forcément sur la personne compétente dès le premier contact, mais le tout nous notre devoir c'est quand même de les amener rapidement vers ce, vers cette personne compétente qui sera capable, pour pouvoir amener au soin et à la demande du patient.

Référence 4 - Couverture 1,29%

Et on est dans l'obligation de répondre de manière, enfin on n'est pas, pour moi, dans l'obligation de soin, mais dans l'obligation de PEC en réseau, donc d'adresser les patients, de faire en sorte qu'il n'y ait pas de perte de temps dans la PEC et donc de connaître des confrères qui peuvent nous aider dans des situations compliquées.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 9> - § 1 référence encodée [Couverture 0,65%]

Référence 1 - Couverture 0,65%

je pense qu'on a théoriquement l'obligation de fournir au patient un moyen d'avoir accès à ce qu'il demande, dans la mesure où c'est justifié hein.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 10> - § 1 référence encodée [Couverture 0,83%]

Référence 1 - Couverture 0,83%

j'ai des limites aussi je crois, donc après si j'ai du mal à répondre par rapport à ma propre conviction, ben je passerai la main

<Éléments internes\\ENTRETIEN 11> - § 3 références encodées [Couverture 1,23%]

Référence 1 - Couverture 0,43%

Je pense que oui, ça peut être éthique dans le sens où on donne une autre solution au patient

Référence 2 - Couverture 0,39%

Du moment que le patient puisse avoir une autre solution auprès d'un autre confrère

Référence 3 - Couverture 0,41%

moi ma solution perso, c'est de l'adresser à quelqu'un qui accepterait cette demande.

<Éléments internes\\ENTRETIEN 12> - § 4 références encodées [Couverture 4,02%]

Référence 1 - Couverture 0,50%

Eh bien, il le renvoie à quelqu'un qui n'a pas ce problème-là.

Référence 2 - Couverture 0,76%

Mais il doit proposer les adresses de confrères qui ne sont pas en difficultés avec ce problème-là.

Référence 3 - Couverture 1,58%

Si, j'ai un souci avec l'IVG, je ne vais pas ne pas donner de renseignements, mais je vais proposer au patient des professionnels qui soient en mesure d'éclairer la patient sur les différentes possibilités.

Référence 4 - Couverture 1,18%

le plus simple je pense, serait qu'il l'envoie en consultation à un gynécologue soit à l'hôpital, soit à un confrère, enfin il peut s'en sortir comme cela

<Éléments internes\\ENTRETIEN 13> - § 3 références encodées [Couverture 3,37%]

Référence 1 - Couverture 1,49%

je pense qu'éventuellement, et je pense que ça aussi c'est prévu par la loi, éventuellement, on peut donner l'adresse, les coordonnées d'un médecin qui serait en mesure de pouvoir répondre de manière plus favorable à la demande du patient

Référence 2 - Couverture 0,59%

je pense qu'il faut qu'on reste une ressource d'une façon ou d'une autre. Avec des coordonnées

Référence 3 - Couverture 1,30%

il faut absolument que cette personne qui refuse de faire l'IVG trouve avec un timing très serré euh, un correspondant à cette dame, on n'a pas trop ... on ne peut pas prendre le temps là, c'est souvent serré...

<Éléments internes\\ENTRETIEN 14> - § 2 références encodées [Couverture 1,65%]

Référence 1 - Couverture 1,06%

on a le droit de refuser tout soin, du moment que ce n'est pas une urgence vitale d'une part, et d'autre part, si je ne me trompe pas, qu'on l'oriente

Référence 2 - Couverture 0,59%

je pense qu'il vaut mieux du coup respecter sa conviction et orienter à un confrère

Annexe 7. Cas de clauses de conscience évoqués par les médecins interrogés dans l'analyse qualitative.

	IVG	Contraception	Sédation profonde	Euthanasie	Dépistage T 21
M1	x	x	x	x	
M2	x				
M3	x			x	
M4	x				
M5	x		x		
M6	x	x			x
M7	x	x	x		x
M8	x		x		
M9	x	x	x		
M10			x		
M11	x	x		x	x
M12		x			
M13	x			x	
M14	x			x	

Numéro Questionnaire	Sexe	Age	Date installation	Lieu d'installation					
					26	F	38	2005	SR
1	F	30	2016	SR	27	H	48	1999	SR
2	F	50	0	SR	28	H	60	1983	SR
4	F	30	2015	U	29	F	45	2010	R
5	F	28	2016	U	30	F	55	1990	U
6	F	35	2011	U	31	F	32	2014	SR
7	F	vide	2014	U	32	H	58	1995	SR
8	F	29	2016	U	33	H	59	1988	U
9	H	58	vide	U	34	H	55	1995	SR
10	F	36	2010	U	35	F	36	2014	SR
11	F	40	vide	SR	36	F	33	2014	U
12	F	55	vide	U	37	F	33	vide	U
13	H	50	1999	U	38	F	46	vide	U
14	F	49	2008	SR	39	F	30	vide	SR
15	H	56	1991	R	40	F	54	1991	SR
16	F	39	2011	U	41	F	42	vide	SR
17	H	41	2007	U	42	H	53	1999	U
18	H	45	1997	SR	43	F	33	0	SR
19	H	41	2001	SR	44	F	41	2009	SR
20	H	56	1990	R	45	H	43	vide	SR
21	H	39	2011	R	46	H	62	vide	U
22	F	41	2004	SR	47	H	48	vide	U
23	F	60	1979	SR	48	H	57	1988	SR
25	F	42	1999	U	51	F	33	2012	SR

Annexes

52	H	62	1983	SR	80	F	31	2016	U
53	H	54	1997	U	82	F	39	0	U
54	F	56	1991	SR	83	F	30	0	U
55	F	34	2014	SR	84	F	29	0	U
56	F	61	1989	SR	85	F	60	1985	U
57	H	29	0	SR	86	F	vide	vide	U
58	F	28	0	SR	87	H	57	1989	R
59	F	30	2016	U	88	F	43	2002	U
61	F	27	0	SR	89	F	45	2009	U
62	H	44	2001	R	90	F	31	0	R
63	F	30	2016	U	91	F	31	0	SR
64	F	57	1994	U	92	F	31	0	SR
65	F	28	0	U	93	H	38	2013	SR
66	F	28	0	SR	94	F	40	2010	SR
67	F	32	2016	SR	95	F	28	0	U
68	F	29	2016	R	96	H	30	0	U
69	H	31	2016	U	97	F	33	2014	SR
70	F	31	2017	U	98	F	49	2000	SR
71	H	62	1985	U	99	F	44	2005	U
72	F	29	0	SR	100	F	53	1994	R
74	F	32	2013	SR	101	F	60	1994	SR
75	F	28	0	SR	102	F	28	2016	SR
77	F	58	1991	SR	103	F	31	2016	U
78	F	47	1998	U	104	H	44	2003	SR
79	F	29	0	SR	105	F	29	0	SR

106	F	29	0	SR
107	H	30	2015	SR

Annexe 8. Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés dans l'étude quantitative.

H : homme

F : femme

U : urbain

R : rural

SR : semi-rural

Annexe 9. Verbatims de l'étude quantitative.

Le médecin a **parfois** une obligation déontologique professionnelle à fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions personnelles.

« *Obligation si pas de confrère dans le secteur* »
« *En cas d'urgence* » « *situation d'urgence principalement* » « *Selon le degré d'urgence et la gravité potentielle de la situation.* »
« *L'obligation est, il me semble, de s'assurer que le patient obtient le soin de quelqu'un d'autre.* »
« *L'entretien singulier est l'espace où le patient et le médecin s'associent et se rencontrent pour répondre ensemble en conscience et responsabilité de chacun au problème de santé/maladie* »
« *Ethique de conviction et éthique de responsabilité, le débat ne peut être tranché avant même de connaître les personnes, les motifs de la demande* »
« *Difficile d'être totalement catégorique dans le domaine de l'humain ; d'où la difficulté de répondre par "jamais" ou "toujours"* »
« *Je pense que c'est une décision très compliquée pour le médecin, qui doit être décidée au cas par cas. Mais je mettrai plutôt la demande du patient en priorité, approche centrée patient.* »
« *En pratique, peu d'obligation, ne pratiquent les IVG ou les sédations profondes que les médecins formés à cela ou dans certains services.* »

Le médecin ne doit **jamais** fournir un acte médical qui va à l'encontre de ses convictions personnelles.

« *Sauf urgence vitale* » « *Sauf urgence, on peut toujours adresser à un confrère.* »
« *L'important est d'informer et d'orienter le patient.* »
« *Il faut orienter le patient vers un autre professionnel de santé qui sera en accord avec cet acte.* » « *J'adresserais à un confrère qui accepterait.* » « *Je suis uniquement dans l'obligation d'orienter le patient à un confrère.* »
« *Obligation d'adresser à un confrère.* »

La demande du patient prime sur les convictions personnelles du médecin : il doit **toujours** accéder à celle-ci.

« *L'obligation déontologique existe mais si cela me place dans une situation trop violente pour moi (car trop opposé à mes principes éthiques), il y a toujours la possibilité d'adresser à un confrère.* »
« *Je réalise l'acte mais incite le patient à la réflexion* »
« *Répondre à la demande et orienter vers une personne ou une structure mais ne pas réaliser un acte contraire à une conviction* »
« *Pour moi, c'est le besoin du patient au delà de la demande qui prime sur ce que pense le médecin.* »
« *Entre théorie et pratique, il y a un fossé.* »
« *Des explications, un temps de réflexion peuvent permettre à des patients de revenir sur une décision prise parfois hâtivement. Après ce temps de réflexion et de dialogue, j'appliquerai le droit et non mes convictions.* »
« *Si c'est la loi qui l'autorise, que viennent foutre mes convictions personnelles là-dedans ? La loi, je l'applique.* »

Annexe 10. Statistiques de l'étude quantitative.

	JAMAIS	PARFOIS	TOUJOURS	Total
Médecins non objecteurs (non réalisation de l'acte)	0	3	5	8
Médecins objecteurs (réalisation de l'acte)	0	7	1	8
Ne se prononcent pas (Pas de réponse)	3	0	0	3
Total	3	10	6	19

Tableau 1. Ressenti d'obligation des médecins ayant été dans une situation où un patient leur demande un acte qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles : réalisation de l'acte.

Dans le tableau ci-dessus, le test statistique ne concerne que les 2 premières lignes et les deux dernières colonnes, qui contiennent l'information. Les écarts ne sont pas significatifs : Test exact de Fisher, $p=0.12$

BIBLIOGRAPHIE

1. Faroudjia JM. Clause de conscience du médecin. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 décembre 2011. Available from : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CLAUSE_DE_CONSCIENCE.pdf.

2. Frank JE. Conscientious refusal in family medicine residency training. *Fam Med.* 2011 May;43(5):330-3

3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Clause de conscience. Communiqué de presse du 23 février 2015. Available from : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_cp_clause_de_conscience_26_fevrier_2015.pdf.

4. Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes. IVG : bilan de la mise en oeuvre des recommandations formulées par le HCE depuis 2013, à l'occasion du 42^{ème} anniversaire de la loi Veil. 17 janvier 2017. Available from : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/travaux-du-hcefh-54/article/ivg-bilan-de-la-mise-des-oeuvres>.

5. Commission des questions sociales, de la santé et de la famille. Rapporteur : M. Christine McCAFFERTY, Royaume-Uni, Groupe socialiste. Accès des femmes à des soins médicaux légaux : problème du recours non réglementé à l'objection de conscience. Rapport du 20 juillet 2010. Available from : <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/odc-mccafferty.pdf>.

6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Menace sur la clause de conscience des médecins : alerte du CNOM. Communiqué de presse du 7 octobre 2010. Available from : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/menace-sur-la-clause-de-conscience-des-medecins-alerte-du-cnom-1022>.

7. Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe. Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux. Octobre 2010. Available from : <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/textes-internationaux-cons-europe-obj-conscience.pdf>.

8. Minerva F. Conscientious objection in Italy. *J Med Ethics.* 2015 Feb;41(2):170-3.

9. Décision adoptée par le Comité des ministres dans le cadre du système de réclamations collectives de la Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, Réclamation n° 87/2012. Comité européen des Droits sociaux (CEDS). Avril 2014. Available from : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c941a.

10. Sulmasy DP. What is conscience and why is respect for it so important? *Theor Med Bioeth.* 2008;29(3):135-49.

11. Morton NT, Kirkwood KW. Conscience and conscientious objection of health care professionals refocusing the issue. - HEC Forum. 2009 Dec;21(4):351-64.
12. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. BMJ. 2006 Feb 4;332(7536):294-7
13. Swartz MS. « Conscience clauses » or « unconscionable clauses »: personal beliefs versus professional responsibilities. Yale J Health Policy Law Ethics. 2006 Summer;6(2):269-350.
14. Cook RJ, Dickens BM. The growing abuse of conscientious objection. Virtual Mentor. 2006 May 1;8(5):337-40.
15. Dickens BM. Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical. Med Law. 2009 Mar;28(2):337-47.
16. Frader J, Bosk CL. The personal is political, the professional is not: conscientious objection to obtaining/providing/acting on genetic information. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2009 Feb 15;151C(1):62-7.
17. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? J Med Ethics. 2012 Jan;38(1):18-21.
18. Meyers C, Woods RD. An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse ? J Med Ethics. 1996 Apr ; 22(2) : 115-20
19. Mino JC. Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champ hospitalier de l'éthique clinique aux États-Unis et en France. Revue française des affaires sociales 20s02/3 (n° 3), p. 69-102.
20. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs, trad. V. Delbos, Delagrave, Paris, 1907, rééd. coll. Classiques de la philosophie, L.G.F.-Le Livre de poche, Paris, 1993. ISBN 2253065145.
21. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris, Seuil, 1990. ISBN-13: 978-2757853085. pp 200-201.
22. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004. Available from : <http://www.ccne-ethique.fr>.
23. Durand G. Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils, Paris, Cerf, 1999, coll. « Fides ». ISBN-13 : 978-2762126297. p 153-154.
24. Code de déontologie médicale. Introduit et commenté par Louis René ; préface de Paul Ricoeur. Paris. Edition du Seuil. 1996. Points. Essais, ISSN 0768-0481 ; 334. ISBN : 2-02-028535-5.

25. Ricoeur P. *Éthique et morale*. 1990.
Available from :
https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/ebim/documents/Ricoeur__Ethique_et_morale.pdf.
26. Puppinck G. *Objection de conscience et droits de l'homme. Essai d'analyse systématique. Société, droit et religion*, 1/2016 (Numéro 6), p. 209-275.
27. Newman J.H. *Lettre au duc de Norfolk*. Traduit de l'anglais par le P. Bernard Dupuy. Ad Solem, *Ecrits newmaniens*. 2017. ISBN 13 : 979-1090819146.
28. *Affaire Bayatyan c. Arménie*. CEDH, Cour (Grande Chambre), 7 juill. 2011, n° 23459/03. § 110.
29. *Rapport de la Commission du Droit International sur les travaux de sa deuxième session du 5 juin au 29 juillet 1950*, Documents Officiels cinquième session, Supplément No 12(a/1316), Nations Unies, New-York, 1950, pp.12-16. Available from : <https://ihl-databases.icrc.org/dih-traites/INTRO/390?OpenDocument>.
30. Puppinck G. *Bref exposé sur l'objection de conscience*.
Available from : <http://www.objectiondelaconscience.org/wp-content/uploads/2017/01/Bref-expos%C3%A9-sur-l'objection-de-conscience.-G-Puppinck-Novembre-2016.pdf>.
31. APCE. *Résolution 1928 (2013) du 24 avril 2013, Sauvegarder les droits de l'homme en relation avec la religion et la conviction, et protéger les communautés religieuses de la violence*, art. 9.10. Available from : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=19695&lang=FR>.
32. Maletrud K. *Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis*. *Scand J Public Health*. 2012 Dec;40(8):795-805.
33. Lawrence RE, Curlin FA. *Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey*. *Acad Med*. 2009 Sep;84(9):1276-82.
34. Curlin FA, Lawrence RE et al. *Religion, conscience, and controversial clinical practices*. *N Engl J Med*. 2007 Feb 8;356(6):593-600.
35. Abou M. *La clause de conscience du résident et de l'interne en médecine*. Thèse d'exercice, médecine. Université d'Aix-Marseille II. 2003.
36. Tarchouna Dhakouani M. *L'objection de conscience dans le cadre de l'interruption volontaire de grossesse : état des lieux auprès des professionnels de santé*. Thèse d'exercice, médecine. Université de Strasbourg. 2016.

37. Vergne L. La clause de conscience du médecin face à la loi ou au règlement : l'exemple des médecins résistants. Thèse d'exercice, médecine. Université de Paris-Sud. 2015.
38. Curlin FA, Nwodim C et al. To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008 Apr-May;25(2):112-20.
39. Combs MP, Antiel RM et al. Conscientious refusals to refer: findings from a national physician survey. *J Med Ethics*. 2011 Jul;37(7):397-401.
40. Lawrence RE, Curlin FA. Autonomy, religion and clinical decisions: findings from a national physician survey. *J Med Ethics*. 2009 Apr;35(4):214-8.
41. Nieminen P, Lappalainen S et al. Opinions on conscientious objection to induced abortion among Finnish medical and nursing students and professionals. *BMC Med Ethics*. 2015 Mar 25;16:17.
42. Nordstrand SJ, Nordstrand MA et al. Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey. *J Med Ethics*. 2014 Sep;40(9):609-12.
43. Nordberg EM, Skirbekk H, Magelssen M. Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *BMC Med Ethics*. 2014 Feb 26;15:15.
44. Harries J, Cooper D, Strebel A, Colvin CJ. Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study. - *Reprod Health*. 2014 Feb 26;11(1):16.
45. Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. *Études*, vol. tome 402, no. 1, 2005, pp. 27-38.
46. Comité consultatif national d'éthique. Refus de traitement et autonomie de la personne. Avis 87. Available from : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>.
47. Rapport Belmont. 1978.
48. Savulescu J. Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *J Med Ethics*. 1995 Dec;21(6):327-31.
49. Lossignol D. Liberté de conscience, clause de conscience. Available from : https://www.bordet.be/fr/services/servmed/minterne/soinsup/douleur/articles/Liberte_consc.pdf.

50. Pellegrino ED. La conciencia del médico, cláusulas de conciencia y creencia religiosa : una perspectiva católica. [The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: A Catholic perspective]. Cuad Bioet. 2014 Jan-Apr;25(83):25-40.
51. Martinez K. Medicina y objeción de conciencia. [Medicine and conscientious objection]. An Sist Sanit Navar. 2007 May-Aug;30(2):215-23.
52. Beca JP, Astete CA. Objeción de conciencia en la práctica médica. [Conscientious objection in medical practice]. Rev Med Chil. 2015 Apr;143(4):493-8.
53. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human Reproduction And Women's Health ; International Federation of Gynecology and Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Jan;128(1):89-90.
54. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? Theor Med Bioeth. 2008;29(3):187-200.
55. Wicclair MR. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? Theor Med Bioeth. 2008;29(3):171-85.
56. Martin J. Objection de conscience : déontologie et service à la population. Bulletin des médecins suisses 2008. <http://www.bullmed.ch/docs/saez/archiv/fr/2008/2008-24/2008-24-516.pdf>.
57. Dickens BM, Cook RJ. The scope and limits of conscientious objection. Int J Gynaecol Obstet. 2000 Oct;71(1):71-7.
58. Lamackova A. Conscientious objection in reproductive health care: Analysis of Pichon and Sajous v. France. Eur J Health Law. 2008 May;15(1):7-43.
59. Chervenak FA, McCullough LB. The ethics of direct and indirect referral for termination of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2008 Sep;199(3):232.
60. Hill DJ. Abortion and conscientious objection. J Eval Clin Pract. 2010 Apr;16(2):344-50.
61. Conseil de l'ordre des médecins. Le patient, le médecin et la société : 10 principes pour une confiance partagée. Mars 2007. Available from : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/plateforme2007.pdf>.
62. Rameix S. Les fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris. Ellipses, 1996. ISBN : 978-2-7298-9641-6.

63. Savulescu J, Schuklenk U. Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. *Bioethics*. 2017 Mar;31(3):162-170.
64. Charo RA. The celestial fire of conscience -- refusing to deliver medical care. *N Engl J Med*. 2005 Jun 16;352(24):2471-3
65. Williams A. Conscientious objection: a medical student perspective. *Virtual Mentor*. 2009 Sep 1;11(9):686-9.
66. Cook RJ, Olaya MA, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Mar;104(3):249-52.
67. Etica de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica. Fundación de ciencias de la salud. 2008. Available from : https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_etica_objeccion_conciencia.pdf.
68. Grady A. Legal protection for conscientious objection by health professionals. *Virtual Mentor*. 2006 May 1;8(5):327-31.
69. Weber M. *Le Savant et le Politique* (traduction de J. Freund, introduction de R. Aron), Plon, Paris, 1959.
70. Jacob P. L'éthique de responsabilité, un piège ? Available from : <http://www.objectiondelaconscience.org/lethique-de-responsabilite-un-piege/>.
71. Durand G. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Paris, Cerf, 1999, coll. « Fides ». ISBN-13 : 978-2762126297.
72. Rameix S. *La relation médecin-patient: enjeux moraux et politiques*. Available from : http://aes-france.org/IMG/pdf/AES__S-Rameix.pdf.
73. Tannier C. *Ethique de l'autonomie et relation de soin*. *Revue hospitalière de France*. N°550. 2013. Available from : http://www.le-cercle-ethique.fr/resources/Articles-Etudiants/Autonomie.et.relation.de.soin_Christian-Tannier.pdf.
74. Beauchamp T, Childress J. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Traduit de l'américain par Martine Fisbach. Les Belles Lettres. Paris 2007. ISBN : 978-2-251-43015-7. p. 68.
75. Pellegrino, E.D. Toward a reconstruction of medical morality. *American Journal of Bioethics*. 2006 ; 6 (2) p 68-69.
76. Finnis J. *Fundamentals of Ethics*. Washington DC: Georgetown University Press, 1983.

77. Benn P. The role of conscience in medical ethics. In: Athanassoulis N, ed. Philosophical reflections on medical ethics. Basingstoke: Palgrave Macmillan,2015:160–79.
78. Sarthea C. ¿ Que objeción ? ¿ Que conciencia ? Reflexiones acerca de la objeción de conciencia y su fundamentación conceptual. [What objection? What conscience? Philosophical reflections on conscientious objection]. Cuad Bioet. 2013 Sep-Dec;24(82):391-7.
79. Barr P. The Unknown Fear – Moral Distress. Nebraska Nurse, February 1992, p. 13-4.
80. Hurst Samia. Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme ». La souffrance des soignants face au dilemme moral. InfoKara, 4/2001 (Vol. 16), p. 27-31.
81. Cameron M. The Moral and Ethical Component of Nurse-Burnout. Nursing Management, vol.17, n°4, 1986, p. 42B-42E.
82. Corley, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics, 2002. 9(6), 636-650.
83. C. Cowley. A defence of conscientious objection in medicine: A reply to Schuklenk and Savulescu. Bioethics 2016; 30: 358–364, at 360.
84. Commentaires par le Conseil National de l'ordre des médecins de l'article 69 du code de santé publique. Available from : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-69-caractere-personnel-de-l-exercice-293>.
85. Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. Traduit de l'américain par Martine Fisbach. Les Belles Lettres. Paris 2007. ISBN : 978-2-251-43015-7. p. 58.
86. Charte sur le professionnalisme médical. Available from : <https://afmc.ca/pdf/Charter-FRENCH.pdf>.
87. Miller FG, Brody H. Professional integrity and physician-assisted death. Hastings Cent Rep. 1995 May-Jun;25(3)8-17.
88. Faundes A, Duarte GA, Osis MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Dec;123 Suppl 3:S57-9.

89. Declaración de la comisión central de deontología sobre la ética médica en la atención del menor Maduro – Consejo General de colegios médicos – Comisión central de deontología, derecho médico y visado - Available from : <http://www.cgcom.org/sites/default/files/etica%20medica.pdf>).
90. Gerrard JW. Is it ethical for a general practitioner to claim a conscientious objection when asked to refer for abortion? *J Med Ethics*. 2009 Oct;35(10):599-602.
91. Stewart M and al. *Patient centred medicine. Transforming the clinical method*. Oxon ed. Radcliff medical press. 2003 p. 360. Note de synthèse Pr. A. Moreau.

Marguerite BARROIS et Marthe SALMON. La clause de conscience en médecine générale. Étude qualitative et enquête transversale auprès de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.

RÉSUMÉ

Introduction. La clause de conscience est, pour le médecin, le droit de refuser de réaliser un acte médical autorisé par la loi qu'il estimerait contraire à ses convictions. Une situation d'objection de conscience met en opposition deux droits : un droit individuel - la liberté de conscience du médecin - et un droit collectif - le droit des patients à avoir accès à un acte médical. Quelles représentations les médecins généralistes français ont-ils de leurs droits et de leurs devoirs dans une situation où un patient leur demande un acte médical qui va à l'encontre de leurs convictions personnelles ? Est-il possible d'articuler ces deux droits ?

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés et enquête transversale descriptive et analytique, auprès de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.

Résultats.

Étude qualitative. Nous avons interrogé 14 médecins entre avril et novembre 2016. Ces médecins estimaient que le droit à la clause de conscience des médecins est essentiel, car il permet le respect de leur intégrité morale. En revanche, les médecins interrogés considéraient que le patient ne doit pas subir la clause de conscience du médecin et que celle-ci doit toujours être réalisée dans le respect du patient. Les médecins déclaraient que le médecin objecteur a le devoir d'informer le patient sur l'acte demandé et d'orienter le patient à un confrère qui effectuera cet acte.

Étude quantitative. Nous avons interrogé 101 médecins entre décembre 2016 et mars 2017. Parmi eux, 19 médecins avaient déjà été dans une situation d'objection de conscience et 8 médecins avaient refusé de réaliser l'acte. 52% des médecins ont répondu que le médecin a *parfois* une obligation déontologique professionnelle à fournir un acte qui va à l'encontre de ses convictions personnelles et 84% considéraient que le médecin objecteur a un devoir d'informer et d'orienter le patient. Concernant ces devoirs, il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre le groupe en accord ou en désaccord avec la loi.

Discussion et conclusion. Les résultats de notre étude et les données de la littérature montrent que la clause de conscience ne compromet ni la responsabilité du médecin envers son patient, ni le professionnalisme, si le médecin objecteur transmet une information claire, loyale et adaptée sur l'acte demandé et l'oriente vers un confrère qui réalisera cet acte. Elle ne compromet pas non plus la responsabilité du médecin envers la société, car la société investit le corps médical dans son ensemble à fournir un acte médical, et non pas chaque médecin individuellement. Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent que la clause de conscience permet de respecter l'autonomie du médecin, c'est-à-dire son intégrité morale et son indépendance professionnelle dans une société qui pourrait tendre à le faire devenir prestataire de services. La clause de conscience, dans les conditions prévues par la loi, permet donc le respect de l'autonomie du patient tout en respectant l'intégrité morale du médecin. Les patients ont un intérêt immense à ce que leur médecin soit consciencieux - dans le sens qu'il tende à rechercher le bien -, et intègre - c'est-à-dire fidèle à ses engagements.

MOTS CLÉS : conscience, clause de conscience, objection de conscience, éthique clinique, relation médecin-patient, autonomie, responsabilités, professionnalisme

JURY

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Membres : Monsieur le Professeur René-Charles RUDIGOZ
Madame le Professeur Liliane DALIGAND
Monsieur le Docteur Thierry FARGE
Monsieur le Professeur Olivier PERRU

DATE DE SOUTENANCE le 13 juin 2017

EMAIL DES AUTEURS marguerite.barroismuller@gmail.com marthesalmon@hotmail.com
