



**FACULTE DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

**Année universitaire 2012-2013**

**Thèse N° \_\_\_\_/M**

**TITRE**

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CONNAISSANCES, DES  
ATTITUDES ET DES PRATIQUES COMPORTEMENTALES  
EN MILIEUX HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE EN  
MATIERE D'ETHIQUE MEDICALE : CAS DE LA FMOS,  
DES CHU DU POINT G ET DE GABRIEL TOURE**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le 13/04/2013  
devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie**

**Par**

**Mlle. TONGO AWOUNTSA MBOGNI Edwige**

**Pour obtenir le grade de**

**Docteur en médecine (Diplôme d'état)**

**Jury:**

**Président : Professeur Kaourou DOUCOURE**  
**Membre : M. Seydou DIARRA**  
**Co-directrice: Mme THERA awa KEITA**  
**Directeur de thèse: Professeur Samba DIOP**

Je dédie ce travail à la **famille TONGO**: chacun de vous n'a ménagé aucun effort pour me permettre d'aller jusqu'au bout. Recevez ce travail en témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

Mes sincères remerciements vont:

**A l'éternel Dieu tout puissant:** rien ne peut se faire sans ton aval, ton soutien. Merci de m'avoir permis de parcourir tout ce chemin jusqu'à présent. Merci de continuer à guider mes pas et ceux des miens.

**A mon père Mr TONGO EDOUARD:** tu n'as jamais ménagé aucun effort pour que nous allions au bout de nos rêves. Tu nous as inculqué le goût de l'effort, l'amour du travail bien fait. Ce travail est le tien; reçois-le en reconnaissance de tout l'amour que je te porte et pour tous les sacrifices consentis. Puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie.

**A ma maman Mme GUIMGO SABINE:** je ne serais sans doute jamais arrivée sans ton amour, ta douceur et tes prières. Reçois ce travail en témoignage de mon amour et de toute ma reconnaissance. Puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie.

**A ma maman Mme DJOUMESSI DENISE:** ton amour, tes encouragements et tes prières m'ont accompagné pendant tout ce chemin. Ce travail est également le tien. Puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie

**A ma maman Mme DJOUMESSI NATHALIE:** très tôt tu m'as transmise ton intérêt pour les sciences de la vie et de la terre qui s'est plus tard transformé en l'amour pour la médecine. Et depuis ton soutien, ton amour et tes prières m'ont accompagnée. Ce travail est aussi le tien; puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie.

**A mes grands-parents:** merci pour vos prières

**A mes frères et sœurs:** j'ai été loin de vous ces dernières années, mais vous avez toujours été là. Trouvez ici l'expression de mon profond amour.

**A mes oncles et à mes tantes:** merci pour vos prières

**A ANICET SAHALIKEU:** Tu es un ami merveilleux avec un cœur immense. Merci d'avoir toujours été là malgré mes maladresses.

**A JOELLE IRENE NGUEFACK:** Je nous revois encore sur nos bancs de troisième rêvant de changer le monde. Toi grande avocate défendant les causes justes, et

moi médecin. Le destin a voulu que tu chemine autrement. Ce travail est également le tien.

**A FOUJJI MONT DE PIETE:** merci d'être mon ami et d'avoir toujours été là dans les moments difficiles.

**A MBIANDOUN NGATCHA GAEL SANDRINE:** le chemin a été long et parfois parsemé d'embûches et à chaque fois nous avons su compter l'une sur l'autre. Tu es une amie formidable et avec un grand cœur, aussi souriante que je suis renfermée. Après de toi j'ai appris la tolérance. Puisse cette amitié toujours grandir.

**A NGANKEM NGANKEM AURELIEN FLAVIEN:** tu es le cadet du trio mais parfois on dirait que c'est toi l'ainé. Ta maturité d'esprit et ton bon sens me laissent parfois sans voix. Je suis honorée de t'avoir comme ami.

**A GUISSA VICKY MIRABELLE:** tu es une personne exceptionnelle toujours enthousiaste et pleine de bonne humeur. C'est moi la «mère» et toi la «fille» mais on ne dirait pas! Tu m'as toujours chouchoutée et dorlotée. Je remercie le bon Dieu de t'avoir mise sur mon chemin. Merci d'être toujours là.

**A SEUDIEU MELANIE:** ton sourire et ta bonne humeur permanente me font t'apprécier. Tu as le don d'apparaître dès qu'on a besoin de toi. Merci pour tout.

**A boubacar KONATE, brehima CISSE, zoumana KANTE, aminata CAMARA, oumar BAMBA, alfousseny SYLLA:** notre groupe d'études a été un grand support académique. Merci

**AU PEUPLE MALIEN:** merci de m'avoir adoptée. Puisse l'harmonie et la paix revenir très bientôt sur le MALI BA

**A la famille CISSE:** vous m'avez acceptée avec mes qualités et mes défauts. Merci

**AU Pr SAMBA DIOP:** merci d'avoir bien voulu guider mes pas pour ce travail.

**A Mme THERA awa KEITA:** merci pour vos conseils.

**A feu le Pr ANATOLE TOUNKARA:** vous n'aviez jamais ménagé aucun effort pour mettre les étudiants dans de bonnes conditions d'étude. Nous vous serons à jamais reconnaissants. Que la terre vous soit légère!

**A L'ensemble du corps enseignant:** merci pour tous les efforts consentis pour assurer notre formation.

**A la promotion PRADIER:** Ces années passées ensemble ont été faites de hauts et de bas mais que de bons souvenirs! Je souhaite pour chacun de nous un avenir brillant dans tous les domaines.

**A la promotion ANATOLE TOUNKARA:** puissions-nous être à la hauteur de la mission qui est la notre, être de bons médecins.

**AUX DOCTEURS: POKAM NKAEGAM bertine l'or, TONSI christelle, KOUATCHA migranche, FOUAPON thierry, KOUDEMA stanislass, MBAITOULOUM marc, BEOUDAL serge, CISSOKO mady, AOUDI dalil, CISSE lamissa, FOMBA ibrahim, TRAORE tidiane:** merci pour vos conseils.

**A LA FAMILLE COULIBALY à kati:** merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

**A Mr et Mme TAPILY:** merci d'avoir fais de moi un membre de la famille.

**A L'AEESCM**

**AUX COMMUNAUTES SŒURS: BENINOISE, CONGOLAISE, IVOIRIENNE, GABONAISE, TOGOLAISE, TCHADIENNE:** les hommes se rencontrent, seules les montagnes ne se rencontrent pas.

**A la mémoire de papa FOUJJI Rigobert, tonton Ferdinand et tonton Frédéric**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et président du jury : Professeur kaourou DOUCOURE**

- ❖ Maître de conférences en entomologie médicale
- ❖ Responsable des cours de physiologie à la faculté de pharmacie
- ❖ Membre du comité d'éthique de la FMOS
- ❖ Membre du comité d'éthique du CNESS

#### **Cher maître,**

Nous vous remercions d'avoir bien voulu diriger ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Veuillez trouver ici; l'expression de nos sentiments respectueux

### **A notre maître et juge : M. seydou DIARRA**

- ❖ Assistant en anthropologie médicale à la FMOS.
- ❖ Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la FMOS.
- ❖ Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la section d'anthropologie et de sociologie à la faculté des sciences humaines et des sciences de l'éducation.
- ❖ Chercheur sur les politiques et système de santé, et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et de la femme enceinte au Mali.

#### **Cher maître,**

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Qu'il nous soit permis, de vous exprimer notre profonde gratitude.

## **A notre Maître et codirectrice de thèse : Mme THERA Awa KEITA**

- ❖ Juriste éthicienne
- ❖ Master en éthique de la recherche à l'université de Pretoria et à l'université du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud)
- ❖ Auxiliaire d'enseignement et de recherche en éthique et en responsabilité médicale au sein de l'unité d'enseignement et de recherche en Ecologie humaine, anthropologie et éthique/bioéthique du DER de santé publique spécialité, à la FMOS.

### **Cher maître,**

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de codiriger cette thèse. Vous avez été pour nous une personne ressource tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de nos plus vifs remerciements.

## **A notre Maître et directeur de thèse : Professeur Samba DIOP**

- ❖ Maître de conférences en anthropologie médicale
- ❖ Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé du DER de santé publique de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie

### **Cher maître,**

Vous nous avez fait l'honneur de guider nos pas pour ce thème de recherche. Dès notre première entrevue, vos propos ont été encourageants, stimulants, et il nous appartenait de ne pas vous décevoir. Votre dévouement est hors du commun, il n'a d'égal que votre humilité et nous sommes fiers d'avoir pu avancer dans votre sillage.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1) ENONCE DU PROBLEME</b>	<b>3</b>
<b>2) CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>5</b>
2.1 <i>Revue critique de la littérature</i>	5
2.1.1 Définitions théoriques	5
2.1.2. Distinction entre éthique, morale, déontologie et, droit	6
2.1.3. Fondement de l'éthique	7
2.1.4. Principes directeurs de l'éthique médicale	9
2.1.5. La relation soignant-soigné	16
2.1.6 Ethique médicale et qualité des soins	22
2.1.7 Justification de la recherche	24
2.1.8 Hypothèse de la recherche	24
2.1.9 Objectifs de la recherche	24
<b>3) DEMARCHE METHODOLOGIQUE</b>	<b>27</b>
3.1 <i>Type d'étude</i>	27
3.2 <i>Lieu d'étude</i>	27
3.3 <i>Description de l'étude</i>	27
3.4 <i>Population d'étude et échantillonnage</i>	27
3.5. <i>Critères d'inclusion</i>	28
3.6 <i>Critères de non inclusion</i>	28
3.7 <i>Outils et techniques de recueil des données</i>	28
3.8 <i>Traitement et analyse des données</i>	29
3.9 <i>Calendrier de l'étude : Diagramme de Gant</i>	31
3.10. <i>Produits attendus</i>	31
3.11. <i>Aspects déontologiques et éthiques</i>	32
<b>4) RESULTATS</b>	<b>33</b>
4.1 <i>Données sociodémographiques</i>	33
4.2 <i>Connaissances</i>	35
4.3 <i>Attitudes</i>	46
4.4 <i>Pratiques comportementales</i>	50
4.5 <i>Observations directes</i>	53
<b>5) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	<b>54</b>
<b>6) CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>7) PROPOSITIONS</b>	<b>62</b>

<b>8) REFERENCES</b>	<b>63</b>
<b>9) ANNEXES</b>	<b>70</b>

## **Sigles et abréviations**

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNESS : Comité National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie

CS Com : Centre de santé communautaire

CS REF : centre de santé de référence

Dr : Docteur

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

INRSP : Institut national de recherche en santé publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquis

USA : Etats Unis d'Amérique

USTTB : Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

**Liste des figures** **Pages**

FIGURE 1 : Répartition des étudiants selon le lieu d'enquête \_\_\_\_\_ 24

Figure 2 : Répartition des étudiants selon le sexe \_\_\_\_\_ 25

**Liste des tableaux**

Tableau I : Répartition des étudiants selon l'âge \_\_\_\_\_ 25

Tableau II : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude \_\_\_\_\_ 26

Tableau III : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler ou non de l'éthique des soins \_\_\_\_\_ 26

Tableau IV : Répartition des étudiants qui avaient entendu parler d'éthique des soins selon la source d'information \_\_\_\_\_ 27

Tableau V : Répartition des étudiants selon leur définition de l'éthique des soins \_\_\_\_\_ 27

Tableau VI : Répartition des étudiants selon la connaissance ou non de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali \_\_\_\_\_ 28

Tableau VII : Répartition des étudiants selon la connaissance du rôle des établissements de santé \_\_\_\_\_ 28

Tableau VIII : Répartition des étudiants selon le rôle de la personne malade dans le choix des thérapeutiques la concernant \_\_\_\_\_ 29

Tableau IX : Répartition des étudiants selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des malades. \_\_\_\_\_ 29

Tableau X : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler ou non de la responsabilité médicale \_\_\_\_\_ 30

Tableau XI : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que la formation continue soit importante chez un étudiant en médecine \_\_\_\_\_ 30

Tableau XII : Répartition des étudiants selon qu'ils considéraient ou pas que la collégialité fait partir des responsabilités médicales d'un étudiant en médecine \_\_\_\_\_ 30

Tableau XIII : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler ou non de l'éthique de la recherche \_\_\_\_\_ 31

Tableau XIV : Répartition des étudiants qui avaient entendu parler d'éthique de la recherche selon la source d'information \_\_\_\_\_ 31

Tableau XV : Répartition des étudiants selon la définition de l'éthique de la recherche \_\_\_\_\_ 32

Tableau XVI : Répartition des étudiants selon la connaissance des principes fondamentaux de l'éthique de la recherche sur les êtres humains \_\_\_\_\_ 33

Tableau XVII : Répartition des étudiants selon qu'ils estimaient qu'il soit important de soumettre à un comité éthique indépendant le protocole d'une recherche avant tout début de la recherche ou non \_\_\_\_\_ 34

Tableau XVIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils avaient entendu parler ou non de l'éthique de la recherche \_\_\_\_\_ 34

Tableau XIX : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical devait être pratiqué chez un malade \_\_\_\_\_ 35

Tableau XX : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon la connaissance de l'existence des comités d'éthique au Mali ou non \_\_\_\_\_ 36

Tableau XXI : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non qu'il soit honnête d'informer le patient des erreurs ou des complications médicales le concernant \_\_\_\_\_ 36

Tableau XXII : Répartition des étudiants selon l'attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier \_\_\_\_\_ 37

Tableau XXIII : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades \_\_\_\_\_ 37

Tableau XXIV : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que les structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins \_\_\_\_\_ 38

Tableau XXV : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées dans les établissements de santé \_\_\_\_\_ 38

Tableau XXVI : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie \_\_\_\_\_ 39

Tableau XXVII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins \_\_\_\_\_ 39

Tableau XXVIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non qu'il soit prudent d'effectuer une recherche sur un sujet vulnérable alors que cette recherche peut être faite sur un sujet normal \_\_\_\_\_ 40

Tableau XXIX : Répartition des étudiants selon le comportement face à un malade à qui ils devaient administrer les soins. \_\_\_\_\_ 41

Tableau XXX : Répartition des étudiants selon la condition dans laquelle ils examinaient les malades \_\_\_\_\_ 42

Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon qu'ils permettaient ou non qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison \_\_\_\_\_ 42

Tableau XXXII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils avaient l'habitude ou non de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière \_\_\_\_\_ 43

Tableau XXXIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils avaient l'habitude ou non de donner aux patients des informations sur leur maladie \_\_\_\_\_ 43

« Jusqu'à présent, les générations qui nous ont précédé ont cru qu'elles avaient à refaire le monde. Nous devrions avec humilité et modestie comprendre que notre mission est sans doute d'éviter que notre monde ne se défasse ».

**Albert CAMUS**

« Agir de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »

**Emmanuel KANT**

## **INTRODUCTION**

L'éthique est une étude de la moralité, une réflexion ou une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux passés, présents ou futurs. L'éthique médicale est la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale [3].

L'éthique appliquée à la pratique de la médecine remonte à la civilisation antique. Déjà dans le texte du serment d'Hippocrate au Vème siècle avant Jésus-Christ les idées du respect de la personne, de l'information du patient, de la bienveillance, de l'accès aux soins pour tous y sont présents [36]. Ces idées sont parmi les principes fondamentaux de l'éthique médicale et il est difficile de côtoyer les malades chaque jour sans en être confronté.

Les étudiants en médecine, futurs médecins sont par essence au cœur de la souffrance de la complexité de l'accompagnement du soin d'un patient. Les questions éthiques peuvent alors être pluriquotidiennes, et ces futurs praticiens en ont conscience [24]. Pour cela, la formation initiale et continue à l'éthique médicale se situe parmi les priorités éducatives de la faculté de médecine [13].

Dans une étude réalisée à la Barbade en Amérique du sud [63], 23% des étudiants disent rencontrer quotidiennement des problèmes éthiques ou juridiques au cours de leur travail.

En France, l'éthique médicale fait partie, de plein droit, de la formation médicale initiale [8]. BARRIER et al constatent une perte de sensibilité éthique chez les étudiants pendant l'externat [5] et selon DESCAZEAUD [17], les étudiants n'ont pas à l'esprit tout ce que la société attend d'eux en matière de professionnalisme, et ce quel que soit leur niveau d'étude.

Au Mali, des études ont été entreprises sur la qualité des soins. Ainsi, selon TRAORE [61], 98,5% des malades souhaitent avoir des informations sur leur état de santé. Mais, très peu d'études ont été réalisées sur la connaissance, l'attitude et la pratique comportementale des étudiants en éthique médicale et des soins infirmiers. Aussi, selon MOUTE [48], 42,1% des étudiants pensent que les soignants ne demandent pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

La pauvreté de la littérature sur le sujet au Mali et la nécessité d'évaluer les connaissances, l'attitude et les pratiques comportementales des soignants, en particulier des étudiants en éthique médicale et des soins infirmiers nous ont incités à réaliser ce travail.

## **1) ENONCE DU PROBLEME**

La question des soins de santé soulève aujourd'hui de multiples dilemmes éthiques extrêmement complexes pour lesquels les médecins manquent parfois de préparation. Pourtant, la communauté scientifique internationale cite la sensibilité du système de santé aux questions éthiques parmi les principaux indicateurs disponibles pour mesurer la qualité des soins [66]. Le Mali a adopté en 1998 un plan décennal de développement sanitaire et social dont l'un des axes majeurs est l'amélioration de la qualité des services de santé [15]. Pour cela, il importe que les médecins connaissent et démontrent les valeurs fondamentales de la médecine, notamment la compassion, la compétence et l'autonomie. Ces valeurs constituent, avec le respect des droits humains fondamentaux, le fondement de l'éthique médicale. [Code de Nuremberg] [2]. De plus, les médecins participent activement au progrès des connaissances médicales en particulier par la recherche biomédicale. Par conséquent, l'adhésion à des normes éthiques en matière de recherche peut aider :

Premièrement, à promouvoir les objectifs de la recherche, comme la connaissance, la vérité et les erreurs à éviter;

Deuxièmement, à promouvoir les valeurs qui sont essentielles pour le travail collaboratif, comme la confiance, la responsabilité, le respect mutuel et l'équité entre chercheurs;

Troisièmement, à faire en sorte que les chercheurs soient tenus responsables envers les participants à la recherche;

Quatrièmement, à renforcer le soutien de la communauté dans laquelle se déroule la recherche;

Enfin, à promouvoir les valeurs morales et sociales, telles que la responsabilité sociale, les droits humains [55].

Les étudiants en médecine, futurs médecins, sont-ils préparés pour faire face à tous ces enjeux? D'après Aaron DE **[1]**, traditionnellement, les personnels de santé reçoivent une formation limitée en éthique formelle, même si leur travail quotidien implique une intervention directe et souvent cruciale dans la vie des autres. Cette observation est appuyée par Jonnalagadda et al **[37]** à la Barbade en Amérique latine qui font ressortir qu'il y'a très peu de connaissances de l'éthique de la recherche chez les médecins et les infirmiers. De même, aux USA, une étude a été réalisée sur la conduite non professionnelle et contraire à l'éthique observée par les internes en médecine dans les hôpitaux universitaires au cours de leur première année de formation. 28,6% des résidents ont déclaré avoir été tenus de faire quelque chose contraire à l'éthique, ou personnellement inacceptable durant l'année. Aussi, ils rapportent avoir observé plusieurs types de comportement non professionnel et contraire à l'éthique auprès de leurs collègues et de leurs supérieurs **[4]**. La pandémie du VIH/SIDA motive de nombreux essais de vaccins et de médicaments à grande échelle en vue de traiter ce syndrome.

Au Cameroun, Munung et al **[49]** indiquent que les étudiants dans les universités camerounaises impliqués dans la recherche sur le VIH, ne prennent pas sérieusement en considération l'éthique de la recherche lors de la conception de leurs études.

Au Mali, les conférences annuelles d'information et de sensibilisation sur l'éthique, organisées par le Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS) font ressortir qu'il n'ya pas de programme structuré et systématisé pour l'enseignement de l'éthique à la faculté de médecine **[14]**. Cependant, l'enseignement de l'éthique se fait dans les classes de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> année de médecine. Une étude réalisée au Mali en 2009 montre que

42,1% des étudiants pensent que les soignants ne demandent pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins [48]. Aucune donnée n'est disponible sur les connaissances des étudiants en médecine en éthique de la recherche au Mali.

La présente étude se propose de révéler les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des soignants, notamment les étudiants en médecine en éthique médicale.

## 2) CADRE CONCEPTUEL

### 2.1 Revue critique de la littérature

#### 2.1.1 Définitions théoriques

##### Ethique:

Le mot éthique vient d'un terme grec *Ethiqué*, qui signifie «mœurs». Au sens étymologique, l'éthique signifie la caractéristique d'un individu (éthos) ou habitude. «L'ensemble des principes qui sont à la base de la conduite de chacun» [62].

C'est une étude des mœurs et de la moral, une réflexion ou une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux passés, présents ou futurs [3].

##### Ethique médicale:

C'est la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale [3].

Guy Llorca, professeur de thérapeutique à l'université Claude Bernard de Lyon divise l'éthique médicale en éthique clinique, éthique de la recherche et en éthique des techniques. Nous nous intéresserons ici aux deux premiers sous groupes de l'éthique médicale.

##### Ethique clinique:

C'est l'éthique dans le contexte des soins [50].

##### Ethique de la recherche:

Selon le Dr MACALOU, ancien ministre de la santé du Mali, «l'éthique de la recherche peut être définie comme l'analyse et la pratique systématique de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre et du contrôle des trois

principes fondamentaux: du respect de la personne, de la bienfaisance et de la justice lors des activités de recherche» [14].

### 2.1.2. Distinction entre éthique, morale, déontologie et, droit

- La morale est un ensemble des règles de conduite posées comme bonnes dans l'absolu [14], «l'ensemble des règles de conduites socialement considérées comme bonnes» [62].
- La déontologie est «l'ensemble des règles de bonne conduite dont une profession se dote pour régir son fonctionnement au regard de sa mission» [62].
- Le droit est l'ensemble des lois et dispositions qui règlent les rapports entre les membres d'une société [38]. Il pose les règles de la vie en société.
- L'éthique est «l'ensemble des principes qui sont à la base de la conduite de chacun» [62].

La réflexion éthique est une interrogation sur les actes et les abstentions. La morale gouverne les actes et les abstentions mais aussi les intentions même si elles restent à l'état caché. La déontologie guide les actes et les abstentions. Le droit s'intéresse aux actes [62]

Il n'existe pas à proprement parler de «violation de l'éthique», puisqu'elle n'édicte pas de règles figées. Cette norme garde la souplesse d'adaptation à chaque cas particulier; elle trouve à s'appliquer dans des situations de soins, mais également dans des situations de recherche [32].

### 2.1.3. Fondement de l'éthique

Ethique et déontologie médicales sont étroitement liées, historiquement l'une et l'autre sont issues des concepts d'Aristote et d'Hippocrate. Pour ce dernier le médecin s'engage envers ses maîtres et leurs enfants, et envers les malades à toujours chercher le bien : *«Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de torts ou de corruption [...].»* Ces principes de bienveillance et le *primum non nocere* guident encore chaque médecin dans son activité quotidienne.

L'évolution de l'éthique a été marquée par celle des progrès techniques de la médecine, mais également par l'histoire.

Dès le XVIII<sup>ème</sup> siècle, KANT s'est interrogé sur les problèmes posés à son époque par la vaccination contre la variole mise au point par JENNER. La problématique d'actualité qu'il posait déjà était la suivante : est-il raisonnable de faire confiance à la technique alors que son efficacité n'est pas démontrée? Quelles règles doit adopter celui qui utilise la technique pour en démontrer les bénéfices attendus?

A l'aube du XX<sup>ème</sup> siècle, les découvertes scientifiques se sont ensuite succédées dans de nombreux domaines de la médecine. Les médecins appliquaient les préceptes de Claude BERNARD: *«Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades [...] parmi les expériences qu'on peut tenter sur l'homme, celles qui ne peuvent que nuire sont défendues, celles qui sont innocentes sont permises, et celles qui peuvent faire du bien sont recommandées.»*

Entre les deux guerres mondiales les premiers courants prônant l'existence de races supérieures et une sélection par l'eugénisme firent leur apparition. Leurs théories rejetaient toute philosophie et restreignaient l'étude de l'homme à son étude scientifique. Ces théories ont constitué la base sur laquelle s'est développée l'idéologie nazie. La seconde guerre mondiale a constitué l'apogée de cette idéologie rejetant tout principe d'humanité dans les pratiques des médecins tournés vers un seul but, la création d'une aristocratie raciale.

En 1947, la découverte des expérimentations nazies et l'holocauste des juifs a été à l'origine d'une renaissance de l'éthique formalisée par la rédaction du code de NUREMBERG. Parmi les dix principes de ce texte figuraient notamment :

- le consentement volontaire;
- la liberté du sujet humain se prêtant à des expérimentations;
- le caractère scientifiquement solide des bases de l'expérimentation;
- le principe du rapport bénéfice/risque.

D'autres textes ont ensuite suivi le code de NUREMBERG contribuant à son évolution et à son enrichissement:

- Le texte des Nations-Unies du 16 décembre 1966 a insisté sur la relation entre l'éthique médicale et les droits de l'homme:  
*«Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou des traitements cruels inhumains ou dégradants; en particulier il est interdit de soumettre une personne sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique.»*
- La déclaration d'HELSINKI en 1964 a été secondaire au constat de manque dans le code de NUREMBERG. Elle a énoncé

plusieurs principes, et a été enrichie à plusieurs reprises (TOKYO en 1975, VENISE en 1983, HONG-KONG en 1989, et EDIMBOURG en 2000).

- La déclaration de MANILLE (1981) a essentiellement individualisé certains groupes humains 'vulnérables' (enfants, femmes enceintes, malades mentaux, ...) par rapport aux textes précédents.
- Ces différents textes ont inspiré des textes nationaux, en France le premier étant constitué par la loi HURRIET-SERUSCLAT relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales. Les lois de bioéthique de juin 1991 et d'août 2004 l'ont ensuite suivie. Ces textes nationaux ont contribué à créer un passage de l'éthique au droit, et à l'intégrer dans la démarche naturelle du chercheur. [52]

#### **2.1.4. Principes directeurs de l'éthique médicale**

Les approches traditionnelles de l'éthique médicale font appel à quatre principes fondamentaux, mais également à des principes connexes [65].

##### **2.1.4.1 Les principes fondamentaux**

###### **2.1.4.1.1 Le respect de l'autonomie du patient**

L'autonomie désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. Ce droit du patient est notifié dans plusieurs textes:

L'**Article 2** du code de déontologie médicale en France: «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 respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort» [30],

L'**Article 2** du code de déontologie médicale au Mali : «Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin» **[41]**.

Ce principe du respect des patients comprend également le respect de la culture de la personne et de ses croyances **[35]**.

#### **2.1.4.1.2 La bienfaisance**

Le bien du patient a été de tout temps le principe directeur de l'action médicale et de la relation médecin-patient **[36]**. Ce principe commande de considérer en premier le bien et l'intérêt du patient. C'est la promotion de ce qui est plus avantageux pour le patient.

Le principe de bienfaisance s'étend aussi à la recherche portant sur les êtres humains et détermine le chercheur responsable du bien être physique, mental et social des personnes participant à la recherche **[35]**.

#### **2.1.4.1.3 La non-malfaisance**

Il a de tout temps été reconnu que l'action médicale au bénéfice du patient est inévitablement liée à des risques, d'où le principe de non-malfaisance souvent évoqué par la maxime *primum non nocere*. Ce principe nous rappelle de réfléchir au préjudice possible lorsqu'on prescrit un traitement au patient **[65]**, lorsqu'on fait une recherche portant sur des êtres humains. L'article 15 de la loi régissant la recherche biomédicale au Mali stipule : «Les recherches biomédicales sans bénéfice individuel direct ne doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes qui s'y prêtent» **[43]**

#### 2.1.4.1.4 La justice

Aujourd'hui, l'accès général aux soins médicaux indépendamment du statut économique est un droit social reconnu, mais les dilemmes liés au principe de justice n'ont pas disparu, bien au contraire. A un niveau global, le problème de l'allocation de ressources médicales qui ne sont pas indéfiniment extensibles met en lumière les implications éthiques de nombreux choix de politique de la santé. Les "gagnants" et les "perdants" ne seront pas les mêmes selon qu'on favorise telle technologie médicale, tel programme de soins primaires ou tel programme de dépistage. Les accents et priorités d'un système de santé expriment donc certaines conceptions implicites de la justice. Dans une société pluraliste, plusieurs conceptions implicites de la justice distributive coexistent et il n'est pas facile, et peut-être impossible, d'identifier la clef de répartition que chacun considérerait comme juste.

A un niveau plus proche de la réalité quotidienne des médecins se posent des dilemmes dans l'allocation de ressources limitées à tel ou tel patient. De tels choix existent. Après tout, le nombre de lits de soins intensifs n'est pas infini, le nombre de donneurs de reins est limité, la journée du médecin, de l'infirmière et de l'aide-soignante n'a que 24 heures... Même si l'on n'est pas dans une situation de rationnement à proprement parler, il y a des choix parfois ardues à faire et il n'est pas toujours facile de respecter l'égale considération due à chacun et à ses besoins.

Dans le domaine de la recherche, le principe de la justice interdit de placer un groupe de personnes à risque pour le seul bénéfice d'un autre. Les chercheurs et les promoteurs ont l'obligation de distribuer les risques et avantages de manière équitable pour les deux participants potentiels [35].

A côté de ces principes fondamentaux on a des principes connexes.

## 2.1.4.2 Les principes connexes

### 2.1.4.2.1 La confidentialité

Le devoir du médecin de garder confidentiels les renseignements concernant le patient est, depuis Hippocrate, une pierre angulaire de l'éthique médicale. Le serment d'Hippocrate déclare: «Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et considérerai comme un secret» [3]. La confidentialité n'est cependant pas toujours absolue.

Il existe des exceptions au respect du principe de confidentialité. Si certaines ne posent pratiquement pas de problème, d'autres soulèvent d'importantes questions éthiques pour les médecins.

Le non-respect du secret professionnel est courant dans la plupart des institutions de santé. Un grand nombre de personnes médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, étudiants, ont besoin d'accéder au dossier médical pour fournir des soins appropriés au patient ou, pour ce qui concerne les étudiants, apprendre la pratique de la médecine. Lorsque les patients parlent une langue différente de celle du personnel soignant, il est nécessaire de faire appel à un interprète pour faciliter le dialogue. Lorsque les patients ne sont pas capables de prendre des décisions médicales par eux-mêmes, il importe que d'autres personnes puissent obtenir les renseignements les concernant afin de pouvoir prendre des décisions en leur nom. Il est courant que les médecins informent les membres de la famille du défunt de la cause du décès. Le non respect du principe de confidentialité est dans ces cas généralement justifié, mais il doit rester exceptionnel et les personnes qui ont accès aux données confidentielles doivent prendre conscience de l'importance pour l'intérêt du

patient de ne pas les propager plus que nécessaire. Dans la mesure du possible, les patients doivent être informés de l'existence de ces violations.

Il est une autre raison généralement acceptée de ne pas respecter le principe du secret professionnel, le respect des règles juridiques. Par exemple, il existe dans beaucoup de juridictions des lois qui obligent le signalement de patients souffrant de maladies particulières, de personnes jugées incapables de conduire ou soupçonnées de mauvais traitements envers les enfants. Les médecins doivent avoir connaissance des règles juridiques qui régissent la communication des données concernant le patient sur leur lieu de travail. Cependant, les obligations juridiques peuvent contredire le principe du respect des droits humains sur lequel se fonde l'éthique médicale. Par conséquent, les médecins doivent regarder d'un œil critique l'obligation juridique d'enfreindre la confidentialité et s'assurer qu'elle est justifiée avant de s'y confondre.

Outre ces manquements au respect de la confidentialité, exigés par la loi, les médecins peuvent avoir un devoir éthique de communiquer des renseignements confidentiels à des personnes qui risquent de subir des préjudices de la part d'un patient. Il existe deux situations dans lesquelles de tels faits peuvent se produire: lorsqu'un patient informe un psychiatre de son intention de porter atteinte à une autre personne et lorsque le médecin est convaincu qu'un patient atteint du VIH continuera à avoir des relations sexuelles non protégées avec son époux ou autre partenaire **[3]**.

Le non-respect de la confidentialité peut, lorsqu'il n'est requis par la loi, être justifié dans les conditions suivantes: lorsque le préjudice est, sauf divulgation non autorisée, supposé imminent, grave, irréversible et inévitable et plus grand que celui susceptible de résulter d'une divulgation de renseignement. En cas de doute, il sera judicieux que le médecin demande

conseil à un expert. Une fois décidé que le devoir de mise en garde justifie une divulgation non autorisée, le médecin doit répondre à deux questions : quels renseignements divulguer et à qui? En général, seuls les renseignements permettant d'éviter un préjudice escompté doivent être communiqués, et ce, aux seules personnes qui ont besoin de ces informations pour prévenir le préjudice. Des mesures raisonnables doivent être prises pour minimiser chez le patient les torts et outrages qui peuvent résulter de cette divulgation de renseignements. Il est ici recommandé au médecin d'informer le patient que le principe de confidentialité peut ne pas être respecté pour assurer sa propre protection ou celle de toute autre victime éventuelle. Il conviendra dans la mesure du possible de s'assurer de la coopération du patient.

Dans le cas d'un patient atteint de l'infection par le VIH, la divulgation de renseignements à l'un des époux ou partenaire sexuel du moment peut ne pas être contraire à l'éthique et s'avérer justifiée lorsque le patient ne souhaite pas informer la personne à risque. Cette divulgation n'est possible que si toutes les conditions suivantes sont réunies: le partenaire présente un risque d'infection par le VIH et ne dispose d'aucun moyen raisonnable de connaître ce risque; le patient a refusé d'informer son partenaire sexuel; le patient a refusé l'aide proposée par le médecin de l'informer à sa place; le médecin a fait part au patient de son intention de divulguer l'information à son partenaire. **[3,45]**

#### **2.1.4.2.2 Le consentement libre et éclairé**

Le consentement libre et éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le droit du patient de prendre des décisions au sujet des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des déclarations juridiques et éthiques.

La déclaration de l'association médicale mondiale sur les droits du patient affirme: Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant [3].

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule à son **article L. 1111-4** qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [29].

Le consentement peut être implicite ou explicite. C'est habituellement dans les hôpitaux, et pour des interventions particulières, que nous avons affaire au consentement explicite (par exemple par le biais d'un formulaire de consentement signé). Le consentement peut être donné verbalement, mais un formulaire de consentement fournit une preuve de consentement. Ce n'est pas un contrat, raison pour laquelle le patient peut retirer son consentement en tout temps. Pour les interventions courantes comme la vérification de la pression artérielle, le consentement est plutôt implicite du fait que le patient se présente volontairement au cabinet du médecin pour un examen.

Pour que le consentement soit «éclairé», le patient doit recevoir une description complète de l'intervention, des risques et des avantages, du pronostic avec et/ou sans le traitement. Le patient doit posséder la capacité mentale de comprendre l'information et doit donner au médecin une autorisation précise pour entreprendre le plan. La responsabilité n'incombe pas uniquement au médecin: le patient doit poser des questions quand il n'est pas certain et il doit réfléchir attentivement à ses choix.

Dans le domaine de la recherche, le consentement libre et éclairé est un processus de communication entre l'équipe de recherche et le participant, qui

commence avant que la recherche ne soit lancée et se poursuit au long de l'étude [35]. Ce n'est pas seulement une obligation légale ou un document devant être signé. Il est essentiel que les informations communiquées soient bien comprises par les participants potentiels et permettent à ces personnes de prendre une décision volontaire de participer ou non à l'étude.

Le respect de ces principes directeurs et connexes implique une certaine activité, une situation dans laquelle le soignant et le soigné sont susceptibles d'agir mutuellement.

#### **2.1.5. La relation soignant-soigné**

##### **2.1.5.1 La relation**

«C'est une interaction entre deux ou plusieurs personnes qui ont des émotions, des désirs, des autonomies, des subjectivités différentes. Il existe de nombreux types de relations en fonction des liens unissant les personnes et des objectifs poursuivis:

- relations familiales
- relations amoureuses
- relation professionnelles

Ou en fonction du degré de proximité des deux personnes:

- relations égalitaires
- relations hiérarchisées
- etc.

Cette relation se joue dans un environnement matériel (temps, lieu) mais aussi culturel et social avec un certain nombre de normes, règles, valeurs, représentation.» [11]

La relation est donc le résultat d'une construction à laquelle chacun contribue avec ses caractéristiques d'homme, de femme, de culture,

d'appartenance sociale, son expérience, son passé, etc., en manifestant des comportements et des attitudes.

Le ROBERT ajoute: «Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lieu de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit.» [56]

#### 2.1.5.1.1 Particularité de la relation

«L'affectivité est l'élément central. Il est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire. Elle révèle sa présence au travers de perturbations comme le bégaiement, les tremblements, les malaises,...» [46]. Par ailleurs, «Etre en relation prend de l'énergie. Dès que les sujets de conversation entre individus sortent des sentiers battus (le temps qui fait, la santé, ...), l'intensité des échanges est augmentée. L'énergie de chacun mobilisée, la relation gagne en authenticité. A ce moment là, s'effectue ce que nous pouvons nommer une véritable rencontre. Moment rare qui donne à la communication sa dimension la plus complète.» [46]

#### 2.1.5.2 Le soignant

Etymologiquement, le mot «soignant» qui rejoint le mot «soigner» vient du latin «*soniare*» qui signifie: s'occuper de.

Soigner c'est:

- «s'occuper du bien être et du consentement de quelqu'un» et «s'occuper de rétablir la santé» [56]
- «avoir soin de quelqu'un ou de quelque chose» [38]

Le soignant effectue des soins définis comme étant «une attention, une application à quelque chose» [38]

Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant c'est prendre soin d'autrui.

#### **2.1.5.2.1 Rôle du soignant**

Les auteurs MANOUKIA et MASSEBEUF, dans l'ouvrage intitulé «La relation soignant-soigné» déclarent: «nous voyons combien les malades nous enseignent, comment être de véritables soignants, et cela ne peut se faire dans les livres. Mais dans le même temps, ce rôle développé dans une formation initiale nous facilite la relation et l'action avec les patients sans nous livrer à l'angoisse que connaîtrait un non-professionnel dans le milieu médical. Il est facile de constater l'inquiétude de celui qui ne possède pas le rôle social qu'exige une situation [...].» [46]

D'après FROMENT, «au soignant la compétence de la démarche diagnostique, dans la proposition de stratégies thérapeutiques dont il énonce aussi honnêtement qu'il peut, les avantages et les inconvénients; au soignant l'aptitude à informer le profane; au soignant aussi de reconnaître la contamination de ses conceptions du bien par son égotisme, et de respecter du plus profond qu'il le peut les conceptions du soigné.» [31]

#### **2.1.5.2.2 Législation**

La profession du soignant s'exerce dans un cadre légal. La réglementation:

- définit le rôle de chacun en fonction du diplôme,
- fixe le contenu des formations initiales,
- donne le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants.

Différentes lois sont instaurées suivant chaque profession médicale. Nous citerons uniquement celles de la profession infirmière.

En effet cette profession est régie par le décret n°93-221 du code de déontologie de la profession infirmière datant du 16 février 1993 [28] et révisée en 2002 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières qui déclare entre autre:

- Art.25 «l’infirmier ou l’infirmière agit en toutes circonstances dans l’intérêt du patient»
- Art.26 «l’infirmier ou l’infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu’il peut éprouver à son égard [...]»

Ainsi que par le décret n°2002-194 du 11 février 2002 du code de la santé publique de la France qui stipule dans l’article 2 que «les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.» [27]. Cette partie réglementaire insiste aussi sur l’aspect éthique des droits de la personne, en soulevant le fait que le soin ne s’adresse pas seulement au corps, mais aussi aux dimensions psychosociales du patient. L’infirmier(e) selon le code de la santé publique est toujours placé dans une situation duelle à savoir, son rôle propre et son rôle sur prescription médicale, mais également la nature des soins qu’elle prodigue: la technique et le relationnel

La deuxième personne incluse dans la relation abordée est le soigné.

#### 2.1.5.3Le soigné

Le terme «patient» vient du latin «*patiens*» qui signifie «souffrir», «supporter». «Un patient est une personne qui fait l’objet d’un traitement

médical ou chirurgical.»[38]. C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance.

Dans le soin, le soignant prend en charge l'Homme, c'est-à-dire le corps mais aussi l'esprit. Cela engage à respecter l'autre et à préserver sa dignité. Il faut prendre garde à ne pas s'occuper que du corps. Respecter la dignité de l'autre signifie qu'il faut respecter sa différence [6].

De plus, la charte du patient hospitalisé du Mali et celle d'autres pays [26,44] sont des textes qui portent sur l'accès au service public pour tous, le droit à des soins et à une information de qualité, la liberté individuelle, le consentement, le respect de la vie privée et de l'intimité, et le droit au recours juridique.

#### 2.1.5.3.1 Rôle du malade

Dans l'ouvrage «la relation soignant-soigné» [46], il est expliqué que le rôle du malade désigne bien la place d'un individu dans un groupe. Il est ajouté que la complémentarité veut que ce rôle se tienne au mieux dans un milieu hospitalier, au sein d'un groupe de soignants et d'autres malades et qu'il justifie toutes les interactions soignant-soigné. De plus, il contient comme tous les rôles, un savoir et des comportements adaptés aux relations de soins. Pour FROMENT [31], «au soigné la possibilité d'interroger, d'exprimer ce qui, parmi ces possibles peut soulager ou aggraver le mal, pour demander des propositions plus adéquates, et finalement s'il le souhaite, choisir. Le soignant doit enfin donner une forme objective [...] à son devoir, pour ne pas laisser à sa subjectivité la possibilité de le façonner au gré de son intérêt [...]. L'un des devoirs exige de négliger les affects, contingents qui surgissent lors de la rencontre du soigné [...]. Quel que soit l'affect initial, le soignant devrait toujours adopter une attitude associant respect, compassion et amour. Il faut cependant constater l'impossibilité de toujours écarter de soi les sentiments,

pourtant injustifiables dans l'absolu de mépris, d'hostilité, d'irritation et autres jugements instinctifs qui manifestent ici encore les tendances du moi. Ce constat nous ramène à notre finitude d'homme et nous permet de mieux nous ouvrir au soigné.»

Après une approche plus accrue des termes de soignant et soigné, nous nous demandons comment s'organise la relation entre ces deux personnes.

#### **2.1.5.4 Ce qu'est la relation soignant-soigné**

Pourquoi réserver une mention à la relation soignant-soigné? Parce que «la personne malade se trouve dans un contexte de vulnérabilité et de dépendance du fait de la maladie, qui rend nécessaire que soient soulignés son droit de consentir ou non à un traitement, et même son droit spécifique au secret de ses confidences car le confident n'a pas été choisi ici avec la même liberté que dans d'autres relations humaines.» [25]

Voici un abord global de la relation soignant-soigné fait par différents auteurs: «dans le milieu hospitalier, les raisons ou objectifs des relations sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné.» [46]

Il existe «des échanges d'informations en permanence avec des mots, des gestes, des mimiques, des positions du corps, des attitudes mais aussi des «accessoires» (tenue vestimentaire: uniforme, vêtement civil, attributs d'une fonction: pince, tensiomètre, bassin, ...). Chacun d'eux apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme

des supports d'information qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné» [46]

D'autre part, FABREGAS, se questionne: «la relation soignant-soigné serait-elle "asymétrique", nourrie d'une sorte de "choc des cultures" entre celui qui sait et celui qui ignore, celui qui décide et celui qui subit? N'y aurait-il pas de place pour la modestie, la compassion et le respect face au soigné qui, maladie oblige, se retrouve amputé d'une partie de son moi et perd de son altérité?» Elle répond: «la souffrance de l'autre renvoie à la propre finitude du soignant. Soignant parmi les soignants, il n'en reste pas moins homme parmi les hommes. Pas d'unilatéralité, mais au contraire, double confiance et double conscience dans chaque acte thérapeutique.» [25]

D'après TCHASSOU, «lorsque la maladie survient, il est habituel que celui qui en est atteint cherche à se soigner. Il se tourne donc vers une personne qu'il croit capable et compétente pour lui prodiguer les soins requis par son état. Le soignant écoute les problèmes décrits par le malade et accepte de le soigner tant que la résolution de ceux-ci entre dans le champ de ses compétences professionnelles. Ainsi commence ce que l'on nomme la relation soignant-soigné» [60].

#### 2.1.6 **Ethique médicale et qualité des soins**

L'OMS [57] définit la qualité des soins comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...».

DONABEDIAN, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [19]

Ces définitions intègrent bien les principes fondamentaux de l'éthique médicale dans la qualification des soins de qualité. Il faut «garantir le moindre risque iatrogénique» à chaque patient, «maximiser le bien-être» des patients.

Alors, parmi les principaux indicateurs disponibles pour mesurer la qualité des soins selon les principales dimensions retenues par la communauté scientifique internationale, nous pouvons citer la réactivité. [66]

La réactivité ou la sensibilité du système de santé à la demande du patient (responsiveness) renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé. Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

Ainsi, afin d'améliorer l'aptitude du système de santé à mieux répondre aux besoins des patients, il est important d'atteindre une meilleure connaissance de leurs attentes. Le PICKER Institute Europe par exemple mesure la qualité des soins de santé du point de vue du patient et utilise ce feedback pour améliorer la qualité du système de soins. Il travaille avec les patients, les professionnels de santé et les décideurs pour promouvoir la compréhension de

la perspective du patient à tous les niveaux de la politique et de la pratique des soins de santé. [66]

#### 2.1.7 **Justification de la recherche**

Notre étude s'inscrit dans une perspective de cultiver le professionnalisme chez les futurs médecins par l'acquisition de compétences en éthique médicale.

#### 2.1.8 **Hypothèse de la recherche**

Le niveau d'étude influence les connaissances, les attitudes, et les pratiques comportementales des soignants en matière d'éthique médicale.

#### 2.1.9 **Objectifs de la recherche**

##### 2.1.10.1 Objectif général

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des étudiants en médecine en éthique médicale et des soins infirmiers.

##### 2.1.10.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les connaissances des soignants, singulièrement des étudiants en médecine en éthique des soins, et en éthique de la recherche.
- Déterminer les connaissances des soignants, plus précisément des étudiants en médecine en responsabilité médicale.
- Comprendre l'attitude des soignants, particulièrement des étudiants face à l'éthique médicale.
- Evaluer les pratiques comportementales des soignants, singulièrement des étudiants en éthique médicale.

- Proposer aux décideurs de la FMOS et des centres hospitaliers une démarche éthique pour le renforcement des capacités des personnels soignants.



### **3) DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

#### **3.1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

#### **3.2 Lieu d'étude**

L'étude s'est déroulée à Bamako au sein de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), des centres hospitaliers universitaires (CHU) du point G et de Gabriel Touré.

#### **3.3 Description de l'étude**

Une observation des attitudes et pratiques des étudiants en matière d'éthique médicale a été faite durant notre passage dans les différents services (gynéco-obstétrique, pédiatrie, chirurgie générale, pneumologie) où nous avons été repartis pour le «stage et synthèse clinique» obligatoire en 6<sup>ème</sup> année de médecine, mais également pendant des stages volontaires (hématologie médicale). Ensuite, une enquête a été réalisée auprès des étudiants par questionnaire (avec réponses ouvertes et fermées) pour déterminer leur connaissance en éthique médicale

#### **3.4 Population d'étude et échantillonnage**

La population d'étude aurait pu être tout le personnel soignant des centres hospitaliers universitaires. Faute de moyens nous nous sommes limités aux étudiants en médecine à partir de la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année.

Cette tranche est la plus concernée car c'est elle qui se prépare à la vie active professionnelle avec plus de responsabilité et de contacts avec les soignés

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule statistique suivante:

$$n = (\Sigma\alpha)^2 \frac{p \times q}{i^2}$$

$n$ =taille minimum de l'échantillon

$\Sigma\alpha$ = écart réduit au risque  $\alpha$  consenti.  **$\Sigma\alpha=1,96$**  pour  $\alpha=5\%$

$P$ =fréquence relative d'un événement mesurable sur la question.  **$P=0,421$**

$q$ =complémentaire de la probabilité.  **$q=1-p$  soit  $1-0,421=0,579$**

$i$ =precision.  **$i=5\%$**

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,421 \times 0,579}{(0,05)^2} = 375$$

### 3.5. Critères d'inclusion

Etait inclus tout étudiant de la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année de médecine qui avait accepté librement de participer à la recherche.

### 3.6 Critères de non inclusion

Tout étudiant en médecine à partir de la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année ayant refusé de participer à la recherche.

### 3.7 Outils et techniques de recueil des données

Les données ont été recueillies par une fiche d'enquête. En annexe

A la FMOS, nous sommes passés dans les salles de classe (3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année de médecine) aux heures d'inactivité pédagogique et avons distribué un questionnaire aux étudiants présents qui avaient acceptés de participer à l'étude ; dans les CHU du point G et de Gabriel Touré. Nous sommes passés dans les différents services et avons distribué un questionnaire

aux étudiants présents qui avaient accepté de participer à l'étude. Cela jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon souhaitée.

Nous avons veillé à ce qu'un même étudiant ne réponde pas au questionnaire à la FMOS et dans les CHU.

### **3.8 Traitement et analyse des données**

La saisie des données et l'analyse statistique ont été effectuées sur le logiciel SPSS 17.0, le texte sur Microsoft Word 2007. Le test statistique utilisé a été celui du Khi2 de Pearson; la valeur  $P \leq 0,05$  a été considérée comme significative.



### 3.9 Calendrier de l'étude : Diagramme de Gant

Activités	Date							
	Mars 2011- Mai 2011	juin-juillet	Aout - septembre	Septembre 2011-Juin 2012	Juillet 2012- Octobre 2012	Novembre 2012- Janvier 2013	Février- mars 2013	Avril 2013
Recherche bibliographique et du protocole	✓							
Correction du protocole par le directeur de thèse		✓						
Début de l'étude			✓					
Collecte et analyse des données				✓				
Première correction du document par la codirectrice et le directeur					✓			
Deuxième correction du document par la codirectrice et le directeur						✓		
Soutenance et corrections finales								✓

### 3.10. Produits attendus

Atteinte des objectifs fixés.

### **3.11. Aspects déontologiques et éthiques**

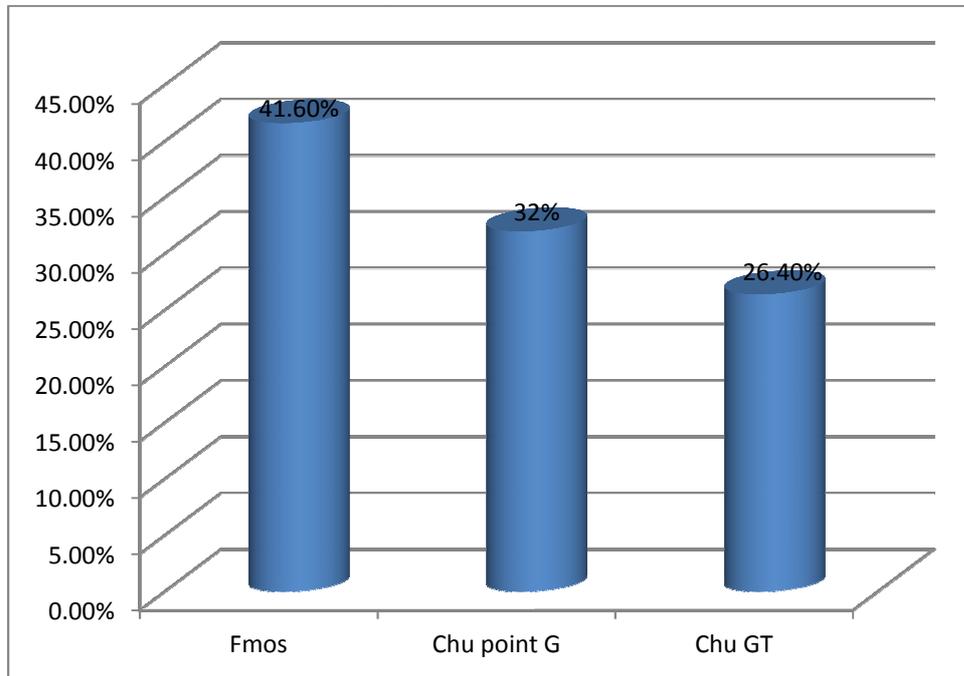
Nous avons obtenu l'autorisation du Doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, ainsi que celui des chefs de service dans lesquels nous sommes passés.

Nous avons expliqué l'objet et les objectifs de la recherche aux étudiants que nous avons rencontrés à la FMOS et dans les CHU, et ensuite nous leur avons demandé leur consentement. Les fiches d'enquête ont été remises seulement aux étudiants qui avaient acceptés de participer à la recherche.

Les données sur les réponses des étudiants ainsi que les observations directes des pratiques comportementales des étudiants ont été gardées confidentielles. L'anonymat a été garanti tant pendant notre observation dans les services que lors de la collecte d'informations par le questionnaire. Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

## 4) RESULTATS

### 4.1 Données sociodémographiques



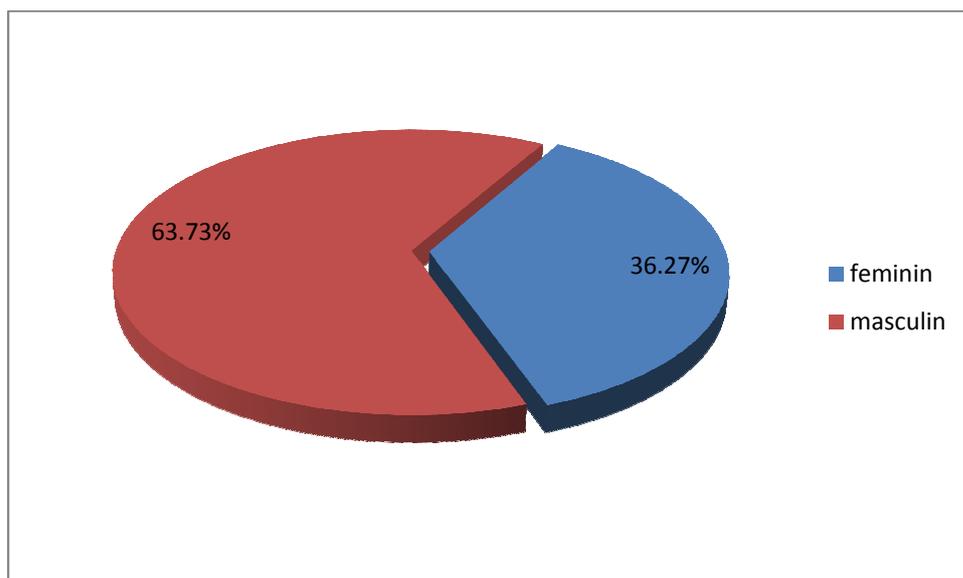
**Figure 1 : Répartition des étudiants selon le lieu d'enquête**

La FMOS était le lieu où nous avons enregistré le plus grand nombre d'étudiants ayant volontairement adhéré à notre étude, soit 41,6%.

**Tableau I : Répartition des étudiants selon l'âge**

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
15-20 ans	15	4
<b>21-26 ans</b>	<b>305</b>	<b>81,3</b>
27-32ans	53	14,1
33-38 ans	2	0,5
Total	375	100

La tranche d'âge de 21-26 ans était majoritairement représentée avec 81,3%.



**Figure 2 : Répartition des étudiants selon le sexe**

Le sexe masculin était le plus représenté avec 63,73%

**Tableau II : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage (%)
3 <sup>ème</sup> année	90	24
4 <sup>ème</sup> année	85	22,7
5 <sup>ème</sup> année	91	24,3
6 <sup>ème</sup> année	<b>109</b>	<b>29,1</b>
Total	375	100

Les étudiants de la 6<sup>ème</sup> année étaient majoritaires avec 29,1%

## 4.2 Connaissances

**Tableau III : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler ou non de l'éthique des soins.**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>367</b>	<b>97,9</b>
Non	8	2,1
Total	375	100

La plupart des étudiants enrôlés dans notre étude, soit 97,9% avaient entendu parler de l'éthique des soins.

**Tableau IV : Répartition des étudiants qui avaient entendu parler d'éthique des soins selon la source d'information.**

Source d'information	Effectifs	Pourcentage (%)
Radio	4	1,1
Télévision	1	0,3
Faculté (cours)	<b>331</b>	<b>88,3</b>
Hôpital	9	2,4
Radio, télévision, faculté, et hôpital	2	0,3
Faculté et hôpital	18	4,8
Autre*	2	0,3
Total	367	100

\*: lecture personnelle

La faculté était le lieu où la majorité des étudiants s'informaient sur l'éthique des soins, avec un effectif de 331, soit 88,3%

**Tableau V : Répartition des étudiants selon leur définition de l'éthique des soins**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Les règles et les lois qui encadrent les soins	<b>147</b>	<b>39,2</b>
Guide des comportements entre soignants et soignés	63	16,8
Meilleure manière de donner des soins	53	14,1
Respect du patient pendant l'administration des soins	112	29,9
Total	375	100

La définition de l'éthique des soins était donnée par 39,2% des étudiants comme étant des règles et les lois qui encadrent les soins.

**Tableau VI : Répartition des étudiants selon la connaissance ou non de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali**

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>338</b>	<b>90,1</b>
Non	37	9,9
Total	375	100

La majorité des étudiants, soit 90,1% connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali. Toutefois, seul 37,3% (n=338) de ces étudiants connaissaient le lieu où l'on pouvait se procurer ce code.

**Tableau VII : Répartition des étudiants selon la connaissance du rôle des établissements de santé**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Ils garantissent la qualité de l'accueil, et des soins chez les malades	<b>352</b>	<b>93,9</b>
Ils garantissent seulement la qualité des soins	22	5,9
Autre *	1	0,3
Total	375	100

\*: formation des agents de santé

Les étudiants à 93.9% pensaient que le rôle des établissements de santé était de garantir la qualité de l'accueil, et des soins chez les malades.

**Tableau VIII : Répartition des étudiants selon le rôle de la personne malade dans le choix des thérapeutiques la concernant**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Elle participe au choix thérapeutique	<b>276</b>	<b>73,6</b>
Elle décide seule des thérapeutiques	21	5,6
Elle ne décide de rien	76	20,3
Autre *	2	0,5
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100</b>

\*: dépend des thérapeutiques

La plupart des étudiants, soit 73,6% estimaient que la personne malade devait participer au choix thérapeutique la concernant.

**Tableau IX : Répartition des étudiants selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des malades**

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité	<b>327</b>	<b>87,2</b>
Ne pas tenir compte de son intimité ni de ses croyances	48	12,8
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100</b>

Les étudiants à 87,2% pensaient qu'il fallait respecter les croyances, l'intimité et la tranquillité des malades.

**Tableau X : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler ou non de la responsabilité médicale.**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>372</b>	<b>99,2</b>
Non	3	0,8
Total	375	100

Les étudiants à 99,2% avaient entendu parler de la responsabilité médicale.

**Tableau XI : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que la formation continue soit importante chez un étudiant en médecine**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>354</b>	<b>94,4</b>
Non	21	5,6
Total	375	100

Les étudiants à 94,4% estimaient que la formation continue est importante chez un étudiant en médecine

**Tableau XII : Répartition des étudiants selon qu'ils considéraient ou pas que la collégialité fait partir des responsabilités médicales d'un étudiant en médecine**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>346</b>	<b>92,3</b>
Non	29	7,7
Total	375	100

Les étudiants considéraient à 92,3% que la collégialité fait partir des responsabilités médicales d'un étudiant en médecine.

**Tableau XIII : Répartition des étudiants selon qu'ils avaient entendu parler de l'éthique de la recherche ou non**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>272</b>	<b>72,5</b>
Non	103	27,5
Total	375	100

Parmi les étudiants interrogés, 72,5% avaient entendu parler de l'éthique de la recherche.

**Tableau XIV : Répartition des étudiants qui avaient entendu parler de l'éthique de la recherche selon la source d'information**

Source d'information	Effectifs	Pourcentage (%)
Radio	3	1,1
Télévision	7	2,6
Hôpital	6	2,2
Faculté	<b>245</b>	<b>90,1</b>
Faculté et hôpital	9	3,3
Autre*	2	0,7
Total	272	100

\*: Lectures personnelles

La faculté était la principale source d'information avec 90,1%, pour les étudiants qui avaient entendu parler de l'éthique de la recherche.

**Tableau XV : Répartition des étudiants selon la définition de l'éthique de la recherche**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Règles à respecter pour mener une recherche	<b>149</b>	<b>39,7</b>
Ensemble des règles pour la protection des participants à une recherche	85	22,7
Le consentement éclairé du sujet avant tout début de recherche	78	20,8
Respect des personnes participant à une recherche	63	16,8
Total	375	100

Les étudiants à 39,7% définissaient l'éthique de la recherche comme étant les règles à respecter pour mener une recherche.

**Tableau XVI : Répartition des étudiants selon la connaissance des principes fondamentaux de l'éthique de la recherche sur les êtres humains**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Le respect de la personne	<b>269</b>	<b>71,7</b>
La bienfaisance	38	10,1
La justice	13	3,5
Le respect de la personne, la bienfaisance et la justice	39	<b>10,4</b>
Respect de la personne et bienfaisance	10	2,7
Respect de la personne et justice	4	1,1
Bienfaisance et justice	2	0,5
Total	375	100

Le respect de la personne était le principal principe de l'éthique de la recherche cité par les étudiants avec 71,7%. Les trois principes fondamentaux étaient cités par 10,4% des étudiants. Aussi, 91,7% (n=375) des étudiants pensaient qu'il était essentiel de demander le consentement éclairé des personnes qui se prêtent à une recherche.

**Tableau XVII : Répartition des étudiants selon qu'ils estimaient qu'il soit important de soumettre à un comité éthique indépendant le protocole d'une recherche avant tout début de la recherche ou non**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>311</b>	<b>82,9</b>
Non	64	17,1
Total	375	100

Les étudiants à 82,9% estimaient que le protocole d'une recherche devait être soumis à un comité éthique indépendant avant tout début de recherche.

**Tableau XVIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils avaient entendu parler de l'éthique de la recherche ou non**

Réponse	Oui	Non	Total
Classe			
3 <sup>ème</sup> année	51(57%)	39(43%)	90
4 <sup>ème</sup> année	65(76%)	20(24%)	85
5 <sup>ème</sup> année	69(76%)	22(24%)	91
6 <sup>ème</sup> année	87(80%)	22(20%)	109
<b>Total</b>	<b>272(73%)</b>	<b>103(27%)</b>	<b>375</b>
Khi2=15,45	ddl=3		P=0,001

Les étudiants à 73% avaient entendu parler de l'éthique de la recherche. Il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des étudiants et le fait qu'ils aient ou non entendu parler de l'éthique de la recherche.

**Tableau XIX : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical se pratique chez un malade**

Réponse Classe	Après son consentement libre et éclairé	Son consentement n'est pas nécessaire	autre*	total
3 <sup>ème</sup> année	69(77%)	<b>19(20,8%)</b>	2(2,2%)	90
4 <sup>ème</sup> année	82(96%)	3(4%)	0	85
5 <sup>ème</sup> année	89(98%)	2(2%)	0	91
6 <sup>ème</sup> année	108(99%)	1(1%)	0	109
<b>Total</b>	<b>348(93%)</b>	25(6,5%)	2(0,5%)	375

\*: Etat de conscience du malade

La majorité des étudiants soit 93% s'accordaient à dire que l'acte médical devait être pratiqué chez le malade après son consentement libre et éclairé. En revanche, 20,8% des étudiants de la 3<sup>ème</sup> année pensaient le contraire.

**Tableau XX : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la connaissance ou non de l'existence des comités d'éthique au Mali**

Réponse / Classe	Oui	Non	Total
3 <sup>ème</sup> année	30 (33,33%)	<b>60 (66,7%)</b>	90
4 <sup>ème</sup> année	36 (42,3%)	49 (57,7%)	85
5 <sup>ème</sup> année	49 (53,9%)	42 (46,1%)	91
6 <sup>ème</sup> année	69 (63,3%)	40 (36,7%)	109
<b>Total</b>	<b>184 (49,1%)</b>	<b>191(50,9%)</b>	<b>375</b>

A 50,9%, les étudiants ne connaissaient pas l'existence des comités d'éthique au Mali.

**Tableau XXI : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et de l'information ou non du patient des erreurs ou des complications médicales le concernant.**

Réponse / Classe	Oui	Non	Total
3 <sup>ème</sup> année	55(61,1%)	35(38,9%)	90
4 <sup>ème</sup> année	67(78,8%)	18(21,2%)	85
5 <sup>ème</sup> année	66(72,5%)	25(27,5%)	91
6 <sup>ème</sup> année	83(76,2%)	26(23,8%)	109
<b>Total</b>	<b>271(72,3%)</b>	<b>104(27,7%)</b>	<b>375</b>
Chi2=8,23	ddl=3	P=0,041	

A 72,3%, les étudiants pensaient que le malade devrait être informé des erreurs ou des complications médicales le concernant. Cependant, ce pourcentage est significativement différent entre les niveaux d'étude

### 4.3 Attitudes

**Tableau XXII : Répartition des étudiants selon l'attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Il est accessible à tous sans distinction	<b>333</b>	<b>88,8</b>
Il est accessible seulement aux personnes démunies	28	7,5
Il est accessible seulement aux personnes aisées	14	3,7
Total	375	100

A 88,8%, les étudiants pensaient que le service public hospitalier était accessible à tous sans distinction.

**Tableau XXIII : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>195</b>	<b>52</b>
Non	176	46,9
Autre*	4	1,1
Total	375	100

\*: pas toujours

La majorité des étudiants, soit 52% pensaient que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades. Aussi, 55,5% (n=375) des étudiants pensaient que les croyances et l'intimité des malades étaient préservées dans les hôpitaux.

**Tableau XXIV : Répartition des étudiants selon qu'ils pensaient ou non que les structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>238</b>	<b>90,1</b>
Non	37	9,9
Total	375	100

Plus de la moitié des étudiants, soit 90,1% pensaient que les structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins.

**Tableau XXV : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la préservation ou non de la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant dans les établissements de santé**

Réponse	Oui	Non	Total
Classe			
3 <sup>ème</sup> année	57(63,3%)	33(36,7%)	90
4 <sup>ème</sup> année	59(69,4%)	26(30,6%)	85
5 <sup>ème</sup> année	54(59,3%)	37(40,7%)	91
6 <sup>ème</sup> année	76(69,7%)	33(30,3%)	109
Total	<b>246(65,6%)</b>	129(34,4%)	375
Khi2=3,15	ddl=3	P=0,37	

A 65,6%, les étudiants considéraient que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées dans les établissements de santé. Ce pourcentage n'est pas significativement différent entre les niveaux d'étude.

**Tableau XXVI : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie**

Réponse Classe	Oui	Non	Total
3 <sup>ème</sup> année	34 (37,8%)	56 (62,2%)	90
4 <sup>ème</sup> année	31 (36,5%)	54 (63,5%)	85
5 <sup>ème</sup> année	38 (41,8%)	53 (58,2%)	91
6 <sup>ème</sup> année	39 (35,8%)	70 (64,2%)	109
<b>Total</b>	<b>142 (37,9%)</b>	<b>233 (62,1%)</b>	<b>375</b>

Khi2=0,86                      ddl=3                      P=0,84

A 62,1%, les étudiants pensaient que les malades ne recevaient pas toutes les informations concernant leur maladie. Ce pourcentage n'est pas significativement différent entre les niveaux d'étude.

**Tableau XXVII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et selon qu'ils pensaient ou non que les soignants demandaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins**

Réponse Classe	Oui	Non	autre*	Total
3 <sup>ème</sup> année	35 (35,6%)	52 (61,1%)	3(3,3%)	90
4 <sup>ème</sup> année	34 (40%)	48 (56,5%)	3(3,5%)	85
5 <sup>ème</sup> année	47 (51,6%)	36 (39,6%)	8(8,8%)	91
6 <sup>ème</sup> année	52 (47,7%)	52 (47,7%)	5(4,6%)	109
<b>Total</b>	<b>168 (45%)</b>	<b>188 (50%)</b>	<b>19(5%)</b>	<b>375</b>

\*: pas toutes les fois(11), état de conscience du malade(8)

A 50%, les étudiants pensaient que les soignants n'obtiennent pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer les soins. Ce pourcentage n'est pas significativement différent entre les niveaux d'étude.

**Tableau XXVIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la réalisation ou non d'une recherche sur un sujet vulnérable**

Réponse Classe	Oui	Non	Total
3 <sup>ème</sup> année	18 (20%)	72 (80%)	90
4 <sup>ème</sup> année	18 (21,2%)	67 (78,8%)	85
5 <sup>ème</sup> année	17 (18,7%)	74 (81,3%)	91
6 <sup>ème</sup> année	20 (18,3%)	89 (81,7%)	109
<b>Total</b>	<b>73 (19,5%)</b>	<b>302 (80,5%)</b>	<b>375</b>
Chi2=0,3	ddl=3	P=0,96	

A 80,5%, les étudiants estimaient qu'on ne devrait pas effectuer une recherche chez un sujet vulnérable alors que cette recherche peut être faite sur un sujet normal. Ce pourcentage n'est pas significativement différent entre les niveaux d'étude

#### 4.4 Pratiques comportementales

Les étudiants à 94,4% (n=375), avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades. De même, 93,3% (n=375) des étudiants avaient l'habitude d'écouter les malades et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes.

**Tableau XXIX : Répartition des étudiants selon le comportement face à un malade à qui ils devraient administrer des soins**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Vous lui expliquez d'abord l'acte et obtenez son consentement	<b>327</b>	<b>87,2</b>
Vous posez l'acte sans donner d'explication au patient	42	11,2
Autre *	6	1,6
Total	375	100

\* : pas toujours(4), dépend de l'urgence et du moyen de communication(2)

La majorité des étudiants, soit 87,2% expliquaient d'abord l'acte à poser et obtenaient du malade son consentement avant d'administrer des soins.

**Tableau XXX : Répartition des étudiants selon la condition dans laquelle ils examinaient les malades**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Sous le regard des autres malades	33	8,8
En préservant son intimité	<b>338</b>	<b>90,1</b>
Autre *	4	1,1
Total	375	100

\*: malade dans une salle commune ou non

La majorité des étudiants, soit 90,1% examinaient le malade en préservant son intimité.

**Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon qu'ils permettaient ou non qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison**

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	<b>265</b>	<b>70,7</b>
Non	110	29,3
Total	375	100

La majorité des étudiants, soit 70,7% permettaient qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison. Et, les étudiants le faisaient à 96,9% (n=265) après avoir informé le malade des risques.

**Tableau XXXII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la prise en charge ou non des patients sans aucune ressource financière**

Réponse Classe	Oui	Non	Total
3 <sup>ème</sup> année	47 (52,2%)	<b>43 (47,8%)</b>	90
4 <sup>ème</sup> année	61 (71,8%)	24 (28,2%)	85
5 <sup>ème</sup> année	75 (82,4%)	16 (17,6%)	91
6 <sup>ème</sup> année	90 (82,6%)	19 (17,4%)	109
<b>Total</b>	<b>273 (73%)</b>	102 (27%)	375

A 73%, les étudiants avaient l'habitude de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière. Toutefois, 47,8% des étudiants de la 3<sup>ème</sup> année n'avaient pas cette habitude

**Tableau XXXIII : Répartition des étudiants en fonction de leur classe et la communication ou non des informations aux patients sur leur maladie**

Réponse Classe	Oui	Non	Autre *	Total
3 <sup>ème</sup> année	60(66,7%)	<b>27(30%)</b>	3(3,3)	90
4 <sup>ème</sup> année	69(81,2%)	15(17,6%)	1(1,2%)	85
5 <sup>ème</sup> année	83(91,2%)	6(6,6%)	2(2,2%)	91
6 <sup>ème</sup> année	101(92,6%)	4(3,7%)	4(3,7%)	109
<b>Total</b>	<b>313(83,5%)</b>	52(13,8%)	10(2,7%)	375

\*= pas toujours(9), si nécessaire(1)

A 83,5%, les étudiants avaient l'habitude de donner aux malades des informations sur leur maladie. Néanmoins, 30% des étudiants de la 3<sup>ème</sup> année ne le faisaient pas.

#### 4.5 Observations directes

Nos «stages et synthèses cliniques» et des stages volontaires dans différents services durant notre étude (pédiatrie, pneumologie, chirurgie générale, gynéco-obstétrique, hémato-oncologie médicale) nous ont permis d'observer l'attitude et le comportement des étudiants en éthique médicale et des soins infirmiers.

La prise en charge du malade tenait compte du respect de ses croyances, de son intimité et de sa tranquillité. Sa vie privée et la confidentialité des informations personnelles le concernant étaient respectées par les étudiants, bien que cela ait été parfois difficile lorsque les malades avaient une salle d'hospitalisation commune.

Le choix pour tel ou tel autre médicament à efficacité égale n'était pas demandé au malade; mais le choix des thérapeutiques lorsqu'il existait, était proposé au malade surtout en oncologie pour une chimiothérapie, ou en chirurgie lorsqu'une intervention pouvait être curative ou simplement palliative. Le malade était informé des différentes possibilités, faisait ensuite son choix et donnait par la même occasion son consentement verbal. Cela était bien sûr fait par un médecin mais l'étudiant qui s'occupait du malade pouvait, s'il le voulait, assister à la conversation.

Bon nombre d'étudiants ne donnaient pas des informations aux malades concernant leur maladie, estimant que cela ne relevait pas de leur ressort, mais de celui des médecins du service concerné. Aussi, l'acte médical n'était pas toujours expliqué au malade avant d'être posé surtout lorsque cela était fait par les étudiants de la 3<sup>ème</sup> ou de la 4<sup>ème</sup> année.

## **5) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **Limites et difficultés**

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur la connaissance, l'attitude et les pratiques comportementales des étudiants en médecine en éthique médicale. Pendant une période de 13 mois, soit de mars 2011 à avril 2012, nous avons observé les attitudes et les pratiques comportementales des étudiants en matière d'éthique médicale et des soins infirmiers pendant nos stages volontaires et de «synthèse clinique» dans les CHU du point G et de Gabriel Touré, puis des fiches ont été remises à 375 étudiants rencontrés dans les mêmes CHU et à la FMOS. La principale difficulté que nous avons rencontrée a été la réticence de certains étudiants à remplir la fiche, arguant qu'elle nécessitait beaucoup trop de temps. Environ 75% des fiches étaient remplies en notre présence, de façon instantanée. Le tiers restant était rempli en notre absence et nous était remis 1 à 2 jours plus tard, cela décidé d'un commun accord.

### **Données sociodémographiques**

#### **Lieu d'enquête**

Les étudiants à 41,6% ont été interrogés à la FMOS contre 36% et 26,4% respectivement pour les CHU du point G et de Gabriel Touré. Cette participation plus faible des étudiants se trouvant dans les CHU peut s'expliquer par le fait qu'il existe d'autres lieux pour des stages hospitaliers tels que les centres de santé de référence (CS REF).

#### **Sexe et âge des étudiants**

La tranche d'âge de 21 à 26 ans était la plus représentée soit 81,3%. Le sexe masculin était majoritaire, avec 63,73%. Ces résultats sont contraires à ceux de Descazeaud qui trouve un pourcentage plus important d'étudiantes [17].

### **Niveau d'étude**

Les étudiants de la 6<sup>ème</sup> année étaient plus représentés soit 29,1%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les stages de «synthèse clinique» réalisés en 6<sup>ème</sup> année se font majoritairement dans les CHU. Ces résultats sont différents de ceux de Descazeaud qui trouve une forte participation des étudiants de la 2<sup>ème</sup> année avec 39,33% [17].

### **Connaissances**

#### **Ethique des soins**

La majorité des étudiants avaient entendu parler de l'éthique des soins, et cela au sein de la faculté. Cela s'explique par le fait que l'éthique bénéficie d'un enseignement spécifique dans les classes de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> année au sein de la FMOS. Néanmoins, un grand nombre d'étudiants soit 39,2% ont défini l'éthique des soins comme étant «les règles et les lois qui encadrent les soins». L'éthique ne peut-être une loi car il n'existe pas à proprement parlé de «violation de l'éthique».

La majorité des étudiants plaçaient le malade au centre des soins: 73,6% ont estimé que le malade devrait participer au choix des thérapeutiques le concernant, 93% reconnaissaient que le consentement libre et éclairé devrait être obtenu avant tout acte médical chez le malade, et 87,2% étaient d'accord que l'intimité, les croyances, et la tranquillité du malade doivent être respectées. Ces résultats montrent que les étudiants sont en accord avec la loi

n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades [29], mais également avec la charte du malade de la république du Mali [44]

Cependant, pour un pourcentage non négligeable (20,8%) des étudiants de la 3<sup>ème</sup> année le consentement du malade avant tout acte médical n'est pas nécessaire [Tableau XIX]. L'enseignement de l'éthique se faisant dans les classes de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> année à la FMOS, on pourrait s'attendre à ce que ces étudiants aient la mémoire plus fraîche en ce qui concerne les notions d'éthique des soins. Mais, il faut également noter qu'en 2<sup>ème</sup> année les stages hospitaliers ne sont pas obligatoires et se font majoritairement dans les centres de santé communautaire (CS com); où les étudiants apprennent à faire des soins infirmiers. Les patients viennent d'eux même en externe soit pour se faire vérifier la pression artérielle, soit pour le pansement d'une plaie, ou autre, donnant par la même occasion leur consentement de manière implicite. Les étudiants de la 3<sup>ème</sup> année peuvent avoir gardé cette habitude. De la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année, les stages hospitaliers se font majoritairement dans les CHU et les centres de santé de référence (CS REF) où les étudiants peuvent être confrontés à des interventions particulières.

Cela devrait peut-être faire réfléchir à une façon de rendre plus pratique, plus interactif l'enseignement de l'éthique médicale chez les étudiants. Une telle approche au Royaume Uni a donné de très bons résultats [58].

### **Responsabilité médicale**

Un grand nombre d'étudiants, soit 99,2% avaient déjà entendu parler de la responsabilité médicale et étaient en majorité en accord avec des items de la charte sur le professionnalisme [tableaux XI et XII]. Pour 72,3% d'entre eux, il était honnête d'informer le malade des erreurs ou de complications médicales le concernant. Communiquer les événements indésirables accroît l'autonomie

du patient et favorise sa capacité de prendre des décisions; cela peut aussi contribuer à rétablir ou à renforcer la relation médecin-patient [65]. Cette reconnaissance de l'honnêteté à l'égard du malade est significativement différente entre les niveaux d'étude [tableau 21].

### **Ethique de la recherche**

La majorité des étudiants, soit 73% avaient déjà entendu parler de l'éthique de la recherche, bien que les trois principes fondamentaux de la recherche sur les êtres humains n'aient été cités que par 10,4% des étudiants. Les comités d'éthique sont le plus important mécanisme institutionnel formel pour l'examen et la résolution des dilemmes éthiques en médecine et malgré cela, ils sont des entités en grande partie inconnues des étudiants [tableau 20]. Cette «invisibilité» des comités d'éthique par les étudiants pourrait peut être s'expliquer par le fait que le comité d'éthique de la FMOS ne possède pas de local, et les deux autres comités (le comité d'éthique de l'INRSP et le comité d'éthique du CNESS) sont loin de la FMOS et des CHU du point G et de Gabriel Touré. La recherche est devenue un élément essentiel de développement et, de nombreux pays dont le Mali, ont compris l'importance de la recherche dans les programmes de développement socio-sanitaires. Les futurs médecins devront être préparés à y faire face.

### **Attitudes**

La majorité des étudiants avaient bien compris qu'en plus de la qualité des soins, un établissement de soin devrait garantir la qualité de l'accueil.

Cependant, ils pensent à 62,1% que les malades ne recevaient pas toutes les informations concernant leur maladie, et à 55% que les soignants ne demandent pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer les soins. Ces pourcentages ne sont pas significativement

différents entre les niveaux d'étude. Le soignant ici étant un agent de la santé non étudiant en médecine, cela devrait encourager la sensibilisation des autres personnels de santé aux questions d'éthique médicale. Toutefois, les étudiants appuient la demande d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique dans les structures sanitaires.

Ces résultats sont proches de ceux de Mouté [48] où 42,1% des étudiants pensaient que les soignants ne demandaient pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

### **Pratiques comportementales**

Concernant les activités dans les centres de soins à l'hôpital, un grand nombre d'étudiants partageaient les mêmes pratiques comportementales. En effet, 73% des étudiants avaient habitude de prendre en charge les patients sans aucune ressource financière, 94,4% gardaient confidentielles les informations personnelles concernant les malades, 87,2% expliquaient d'abord l'acte à poser et obtenaient le consentement du malade avant d'administrer des soins. Environ 83,5% des étudiants avaient habitude de donner aux patients des informations sur leur maladie, et examinaient le malade en préservant son intimité dans 90,1%.

Cependant, ces pratiques comportementales pouvaient être difficiles à mettre en œuvre dans certaines conditions où les salles d'hospitalisation sont communes et sans paravents. Dans la majeure partie de ces cas, le malade est examiné sous le regard des autres malades, le contenu des conversations tenues entre malade et étudiant profite en général largement au «public» des lits voisins.

Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Mouté [48], mais différents de ceux trouvés par Hamel [34] où 66% des étudiants se déclarent peu ou pas sensibilisés sur la question de la confidentialité de la relation soignant-soigné.

L'observation directe fait ressortir que les déterminants de l'identité médicale ne se transmettent pas seulement par l'enseignement du curriculum formel, mais aussi par l'influence plus subtile, moins reconnue, d'un «curriculum caché» grâce à la valeur de l'exemple des maîtres.

## 6) CONCLUSION

Durant notre étude transversale et descriptive qui s'est déroulée de mars 2011 à avril 2012, nous avons évalué les connaissances, les attitudes, et les pratiques comportementales des étudiants en médecine en éthique médicale. Au terme de cette étude, il ressort que le niveau d'étude influence les attitudes et les pratiques comportementales des étudiants. Cependant, ils sont conscients de la responsabilité professionnelle qui leur incombe et, en plus de l'enseignement théorique de l'éthique à la FMOS, ils appuient la demande d'une unité d'information, d'éducation, et de communication en éthique médicale et des soins infirmiers dans les structures de santé.

Les autres professionnels de la santé (infirmiers, aide soignants, jeunes médecins) devraient être sensibilisés sur l'éthique des soins car 87,2% des étudiants disent demander le consentement des malades avant de leur administrer les soins, 83,5% donnent des informations aux malades sur leur maladie. Mais, ils répondent parallèlement à 62,1% que les malades n'obtiennent pas toutes les informations concernant leur maladie, et à 50,1% que les soignants ne demandent pas le consentement des malades avant de leur administrer des soins.

Seul 10,4% des étudiants connaissaient les trois principes fondamentaux de l'éthique de la recherche. Cette étude montre également la nécessité d'un enseignement plus pratique de l'éthique à la faculté de médecine.

L'enseignement de l'éthique ne doit pas être uniquement de transmettre un cours didactique à la manière d'un savoir préétabli qui viendrait se juxtaposer aux autres contenus théoriques des études médicales, mais également de faire des stages hospitaliers des vecteurs d'apprentissage à la

réflexion éthique. En effet, c'est en nourrissant sa réflexion d'une prise directe avec le concret, avec de la pratique clinique, que l'éthique peut revêtir la forme d'une expérience quotidienne au sein de l'acte de soin. En cela, elle renouvellera l'inquiétude d'un questionnement au service de l'excellence.

## 7) PROPOSITIONS

- A l'endroit des pouvoirs politiques

La mise en place d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique médicale, en éthique des soins infirmiers et hospitaliers, et en éthique de la recherche, au sein des structures de santé.

- A l'endroit de la FMOS

Le développement d'un colloque universitaire annuel en éthique des soins infirmiers et hospitaliers, et en éthique de la recherche.

- A l'endroit des étudiants

La formation autodidacte et la certification en éthique de la recherche; des bonnes pratiques cliniques; et/ou des bonnes pratiques de laboratoire.

## 8) REFERENCES

1. **Aarons DE:** Issues in Bioethics. *West Indian Med J* 2002, **51** : 59-63
2. **Amiel P.**, « “Code de Nuremberg” : traductions et adaptations en français », in *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice*, Paris, Belles Lettres, 2011, appendice électronique <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad> (consulté le 12/12/2012)
3. Association médicale mondiale, Manuel d'éthique médicale. 2<sup>ème</sup> édition, 2009 : 140Pages
4. **Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Rowley BD:** Unethical and unprofessional conduct observed by residents during their first year of training. *Acad Med* 1998, 73 : 1195-1200
5. **Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D.** Comparison of medical ethical competencies of pregraduate third and sixth year students during their internal medical hospital rotations. Rev Méd Interne. 2005 Feb; 26 (2): 128-36.
6. **Bioy A.** Communication soignant-soigné: repères et pratiques. Paris: Bréal, 2003 : 143 pages
7. **Bizouarn P.:** «Le médecin, le malade et la confiance» in Ethique & santé N°3, Septembre 2008, p.165-172
8. **Boch L.:** «l'enseignement de l'éthique au cours des premier et deuxième cycles des études médicales. Etat des lieux dans les facultés de médecine françaises» in Ethique & santé N°3, Septembre 2010, p.117-122
9. **Bonnet D.** «L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ?» in Autrepart (28), 2003, p. 5-19

10. CCNE, avis N°84 sur la formation à l'éthique médicale. <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis084.pdf>(consulté le 21/06/2011)
11. Centre d'éducation du patient. Godine (Belgique) [www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm](http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm). (consulté le 10/07/2011)
12. «Charte de la déontologie du professionnalisme médical» in Rev Mens Suisse Odontostomatol, vol 114 : 2/2004: p.155-7
13. Charte de l'éthique médicale des facultés de médecine conférence Internationale des doyens et des facultés de Médecine d'Expression française (CIDMEF). 2004 :1-3
14. CNESS, publication sur l'éthique et les activités du CNESS 2004-2010, Edition 2011 : 83 pages.
15. Cours d'anthropologie médicale pour l'année universitaire 2009-2010. Faculté de médecine et d'odontostomatologie. Pages 9-13
16. Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains. <http://www.fhi.org/training/fr/Retc/helsinki.htm> (consulté le 16/08/2011)
17. **Descazeaud A.**: «Définition du professionnalisme par les étudiants en médecine», Mémoire du DUI de pédagogie médicale, 2006-2007, 9pages
18. **Diarra M G**: «Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako», Thèse de médecine, Bamako 2005, N°154, 100 pages
19. **Donabedian A.** (1966), "Evaluating the quality of medical care", Milbank Memorial Fund Quarterly, vol.44, no.3, pp.166-203.

20. **Dongmo R L D:** «Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'hippodrome en district de Bamako», Thèse médecine, Bamako 2005, N°45 : 63 pages
21. **Doumbo O.** «un atelier international sur les aspects éthiques de la recherche biomédicale au Mali» in Actualité de la recherche au Mali N°12, février 2003: p.1
22. **Etchegoyen A,** La valse des éthiques, François Bourin, 1991:244 pages
23. Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux.  
<http://www.editions.ensp.fr/> (consulté le 17/06/2011)
24. "European Core Curriculum the Students' Perspective" 5th International follow-up Conference on the Bologna Process in Medical Education July 6th-10th, 2006 Bristol (UK)
25. **Fabregas B.:** «La relation soignant-soigné» in Soins n°680. Novembre 2003, p 29.
26. **France,** Charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006.  
[www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm) (consulté le 12/07/2011)
27. **France,** décret n°2002-194 du 11 février 2002 du Code de la Santé Publique. [www.espaceinfirmier.com/imgnewspha/.../Annexes.pdf-France](http://www.espaceinfirmier.com/imgnewspha/.../Annexes.pdf-France) (consulté le 12/07/2011)
28. **France,** décret n°93-221 du 16 février 1993 du Code de Déontologie [www.infirmiers.com/.../decret-n-93-221-du-16-fevrier-1993-r...-France](http://www.infirmiers.com/.../decret-n-93-221-du-16-fevrier-1993-r...-France) (consulté le 17/06/2001)
29. **France,** Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, (2002), 5 mars 2002 : page 4118

- 30. France**, décret 95-1000 portant code de déontologie médicale. [portail-web.aphp.fr/daj/public/index/pdf/id\\_fiche/9380](http://portail-web.aphp.fr/daj/public/index/pdf/id_fiche/9380) (consulté le 27/12/2011)
- 31. Froment A:** «Elaborer la décision avec le soigné», in Prescrire, décembre 1999, p.201.
- 32. Guerbaz M ép. Sommi**, textes et chartes internationaux sur l'éthique médicale à la lueur des enseignements divins. Thèse de médecine, Rabat 2010, N°150 : 345pages
- 33. Guindo AS:** «Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planification familiale des CS Réf du district sanitaire», Thèse de médecine, Bamako 2005, N°252: 128 Pages
- 34. Hamel O.:** «Réflexion éthique universitaire en odontologie: évaluation et proposition», Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique, 2003-2004, 62 pages
- 35.** <http://www.fhi.org> (consulté le 21/06/2011)
- 36.** [http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/serment-hippocrates/](http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/serment-hippocrates/) (consulté le 27/12/2011)
- 37. Jonnalagadda R, Walrond ER, Hariharan S, Moseley HSL:** Knowledge, attitudes and practice in relation to ethics and law in healthcare among doctors and nurses in Barbados. *West Indian Med J* 2004; 53 (Suppl 2) : 55.
- 38. Larousse**, dictionnaire de poche de la langue française. Edition 2009, 1034 pages
- 39.** Le malade, l'étudiant et l'enseignant: le triangle de l'éthique médicale. Conférence aux XVe J.U.F.P.M. de Nancy – 22 au 25 avril 2003 : 7pages

- 40.** Lignes directives internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant les sujets humains, CIOMS, Genève 2003. [http://www.cioms.ch/frame\\_french\\_text.htm](http://www.cioms.ch/frame_french_text.htm) (consulté le 21/06/2011)
- 41. Mali,** Code de déontologie médicale. Annexé à la loi N° 86-35/AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre des médecins. 7 pages
- 42. Mali,** Décret N° 07- 165 / P-RM du 23 mai 2007 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les conditions de cette déclaration. 3 pages
- 43. Mali,** Loi N° 09-059 / du 28 décembre 2009 régissant la recherche biomédicale sur l'être humain. 5 pages
- 44. Mali,** arrêté n° 08-2716/MS-SG du 06 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers. 4 pages
- 45. Mali,** loi n°06-028/ du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du vih/Sida. 10 pages
- 46. Manoukian A et Massebeuf A,** la relation soignant-soigné. Paris: Lamarre, 1995 : 157 pages
- 47. Mohamed A M, Ghanem M A, Kassem A A:** Knowledge, perceptions and practices towards medical ethics among physician residents of University of Alexandria hospitals, Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal, 2012, 18 (9): 935-945.
- 48. MOUTE B P** «Connaissance, attitudes et pratiques liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants et aides soignants des CHU du Mali», Thèse de médecine, Bamako 2009, N°408 : 105 pages
- 49. Munung Nchangwi S, Godfrey B Tangwa, Chi P Che, Laurent Vidal, Odile Ouwe-Missi-Oukem-Boyer:** Are students kidding with health research ethics? The case of HIV/AIDS research in Cameroon. BMC Medical Ethics 2012, 13 : 12

50. Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie. De Boeck Supérieur, 2001 : p 330
51. **Paycheng O, Serman S**, A la rencontre de l'éthique, 2<sup>ème</sup> Edition, Heures de France, 2006 : p 187-213
52. **Payen JL**, Les grands principes éthiques au XX<sup>e</sup> siècle (II). De la circulaire de Weimar à la loi Huriet. Revue du praticien, 2003; 53 : 1965-9.
53. Principes d'éthique médicale européenne. Conférence internationale des Ordres et des Organismes d'attributions similaires 6 janvier 1987 <http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/principesdethique%5B1%5D.pdf> (consulté le 17/06/2011)
54. **Rameix S**. Fondement philosophique de l'éthique médicale, Ellipses, 1996 : 160 pages
55. **Resnik D B**: What is Ethics in Research and why is it Important? [www.niehs.nih.gov/resources/bioethics/whatis.cfm](http://www.niehs.nih.gov/resources/bioethics/whatis.cfm). (consulté le 13/12/2012)
56. **Robert**, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Editon 2010, 1055 pages
57. **Roemer MI, Montoya-Aguilar C**. (1988), Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
58. **Roff S, Preece P**: Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. J Med Ethics. 2004 Oct; 30 (5) : 487-9.
59. **Sgreccia E**, Manuel de bioéthique - Les fondements de l'éthique biomédicale, éd. Edifa, mars 2004 : 401-5
60. **Tchassou PD**: «La logique du malade ou le droit à la différence, un essai de compréhension socioculturelle de soins» in Recherche en soins infirmiers n°22, septembre 1990, page 134

- 61. Traoré O.** le droit des malades à l'information: situation actuelle et perspective au Mali. Thèse de médecine, Bamako 2005, N°124 : 50 pages
- 62. Verdier P.** Éthique et Déontologie: implications pour les professionnels. Les cahiers de l'actif- N° 276/277, 13 pages
- 63. Walrond ER, Jonnalagadda R , Hariharan S , Moseley HSL:** Knowledge, attitudes and practice of medical students at the Cave Hill Campus in relation to ethics and law in Healthcare West Indian Med J 2006; 55 (1) : 42-7
- 64. Williams B,** L'éthique et les limites de la philosophie, Paris, Gallimard, 1994 : page 206-9
- 65. [www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics\\_f.htm](http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics_f.htm)** (consulté le 09/01/2012)
- 66. Zeynep Or, Com-Ruelle L.** (2008), La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer. Document de travail n°18, IRDES, 18P

## 9) ANNEXES

### FICHE D'ENQUÊTE

**Information et consentement:** Je suis étudiante en médecine et je vous invite à participer à une étude sur les connaissances, sur les attitudes et sur les pratiques comportementales des étudiants en médecine en éthique médicale. Ce questionnaire vous prendra 15 minutes au maximum. Vous ne recevrez aucune compensation; votre participation est volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment et sans aucun préjudice. L'étude est anonyme. Désirez-vous y participer? / \_\_\_ / 1=où, 2=non, 88=NSP

#### Renseignements sociodémographiques

1. Age / \_\_\_ / 1=15-20ans; 2=21-26ans; 3=27-32ans; 4=33-38ans; 5=39ans et plus
2. Sexe / \_\_\_ / 1=masculin; 2= féminin
3. Classe / \_\_\_ / 1=3<sup>ème</sup> année; 2=4<sup>ème</sup> année; 3=5<sup>ème</sup> année; 4=6<sup>ème</sup> année

#### Partie I : Connaissances liées à l'éthique des soins, à l'éthique hospitalière et à la déontologie médicale chez les étudiants en médecine

4. Avez-vous entendu parler de l'éthique des soins? / \_\_\_ / 1=où; 2=non
5. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler? / \_\_\_ / 1=radio; 2=télévision; 3=université (université); 4=hôpital; 99=autre (à préciser).....
6. Comment définirez-vous brièvement l'éthique des soins?.....
7. Existe-il un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé (médecins, pharmaciens, et sages-femmes) au Mali? / \_\_\_ / 1=où, 2=non, 88=NSP
8. Si oui, savez-vous où vous pouvez-vous le procurer? / \_\_\_ / 1=où, 2=non, 88=NSP
9. Savez-vous quelle est le rôle des établissements de santé? / \_\_\_ / 1=ils garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins chez les malades; 2=ils garantissent seulement la qualité du traitement et des soins; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....
10. Quel est le rôle de la personne malade dans le choix des thérapeutiques qui la concernent? / \_\_\_ / 1= elle participe au choix des thérapeutiques; 2=elle décide toute

seule des thérapeutiques; 3=elle ne décide de rien; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....

11. Dans quelle condition l'acte médical doit-il être pratiqué chez un malade?/\_\_\_/1=après son consentement libre et éclairé; 2=son consentement n'est pas nécessaire; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....

12. Pendant la prise en charge d'un malade, il faut: /\_\_\_/1=respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité; 2=ne pas tenir compte de ses croyances, ni de son intimité; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....

13. Avez-vous déjà entendu parler d'un conseil en éthique au sein des services de soins de santé?/\_\_\_/1=oui; 2=non

14. Savez-vous s'il existe des comités d'éthique au Mali?/\_\_\_/1=oui; 2=non

15. Si oui, lesquels? 1.....2.....3.....

## **Partie II : Connaissances des étudiants liées à la responsabilité médicale**

16. Avez-vous entendu parler de la responsabilité médicale?/\_\_\_/1=oui; 2=non

17. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler? /\_\_\_/1=radio; 2=télévision; 3=université (université); 4=hôpital; 99=autre (à préciser).....

18. L'institutionnalisation d'une formation continue afin de maintenir la compétence médicale, clinique individuelle et d'équipe pour des soins de qualité vous semble-t-elle importante chez un étudiant en médecine?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

19. D'après vous, est-il honnête d'informer le patient des erreurs ou des complications médicales?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

20. A votre avis, la collégialité (le respect entre collègues, la collaboration aux soins du patient, l'ouverture à l'évaluation de soi par les autres) fait-elle partir des responsabilités médicales d'un étudiant en médecine?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

## **Partie III : Connaissances des étudiants liées à l'éthique de la recherche**

21. Avez-vous entendu parler de l'éthique recherche?/\_\_\_/1=oui; 2=non

22. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler?/\_\_\_/1=radio; 2=télévision; 3=université (université); 4=hôpital; 99=autre (à préciser).....

23. Comment définirez-vous brièvement l'éthique de la recherche.....
24. Avez-vous déjà participé à une recherche en santé? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non
25. A votre avis, quels sont les principes fondamentaux de l'éthique de la recherche sur les êtres humains? /\_\_\_/ 1=le respect de la personne; 2=la bienfaisance; 3=la justice; 88=NSP; 99=autres (à préciser).....
26. Selon vous, est-il essentiel d'obtenir le consentement éclairé des participants qui se prêtent à la recherche avant la mise en route de l'étude? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP
27. A votre avis, est-il important de soumettre à un comité d'éthique indépendant le protocole d'une recherche portant sur les êtres humains? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP

**Partie IV : Attitudes des étudiants liées à l'éthique des soins, à la déontologie médicale, et à l'éthique de la recherche chez les étudiants**

28. Que pensez-vous de l'accessibilité au service public hospitalier? /\_\_\_/ 1=il est accessible à tous sans distinction; 2=il est accessible seulement aux personnes démunies; 3=il est accessible seulement aux personnes aisées; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....
29. Pensez-vous que les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil et des soins des malades? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP; 99=autre (à préciser).....
30. Pensez-vous que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant sont respectées? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP
31. A votre avis, les malades reçoivent-ils toutes les informations concernant leurs maladies? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP
32. Pensez-vous que les soignants obtiennent le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer les soins? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 99=autre (à préciser).....
33. Selon vous, les croyances ainsi que l'intimité des malades sont-elles préservées dans les hôpitaux? /\_\_\_/ 1=oui; 2=non; 88=NSP

34. Pensez-vous que les CHU, CSREF et structures sanitaires aient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

35. A votre avis, une personne participant à une recherche peut-elle se retirer à tout moment et sans préjudice?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

36. Pensez-vous qu'il soit prudent d'effectuer une recherche sur un sujet vulnérable (malade mental, femme enceinte, personne privée de liberté) alors que cette recherche peut être faite sur un sujet normal?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 88=NSP

**Partie V : Pratiques comportementales liées à l'éthique des soins, à la déontologie médicale et à l'éthique de la recherche chez les étudiants**

37. Avez-vous l'habitude de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière?/\_\_\_/1=oui; 2=non

38. Justifiez votre réponse.....

39. Avez-vous l'habitude de donner des soins à des malades d'ethnie ou de religion différente de la votre?/\_\_\_/1=oui; 2=non

40. Si non, pour quelle raison?..... 43. Avez-vous l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades?/\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

41. Lorsque vous êtes devant un malade à qui vous devez administrer des soins, que faites-vous?/\_\_\_/1=vous lui expliquez d'abord l'acte que vous vous apprêtez à poser et obtenez son consentement; 2=vous posez l'acte sans donner d'explication au patient; 99=autre (à préciser).....

42. Devant un malade, lui donnez-vous des informations sur sa maladie?/\_\_\_/1=oui; 2=non; 99=autre (à préciser).....

43. Lorsqu'il vous arrive d'examiner un malade, dans quelle condition le faites-vous?/\_\_\_/1=sous le regard des autres malades; 2=en préservant son intimité; 99=autre (à préciser).....

44. Avez-vous l'habitude d'écouter les malades et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes?/\_\_\_/1=oui; 2=non

45. Est-ce qu'il peut vous arriver d'accepter qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison?/\_\_\_/1=oui; 2=non

46. Si oui, dans quel contexte le permettez-vous?/\_\_\_/1=après avoir informé le malade des risques éventuels auxquels il s'expose; 2=sans aucune condition; 99=autre (à préciser).....

***C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité!***

Avez-vous des questions ou des observations à faire?

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Noms : TONGO AWOUNTSA MBOGNI**

**Prénom : Edwige**

**Titre:** Etude des connaissances, des attitudes et pratiques comportementales en milieu hospitalier et universitaire en matière d'éthique médicale: cas de la FMOS, des CHU du point G et de Gabriel Touré

**Année soutenance :** 2013

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S.).

**Secteur d'intérêt :** Education médicale et éthique en santé

### **Résumé :**

La façon dont le patient est pris en charge pour répondre à ses attentes légitimes non liées à la santé influence la qualité des soins. Afin de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des étudiants en médecine en éthique médicale et des soins infirmiers, une étude prospective s'est déroulée durant 13 mois au sein de la FMOS, du CHU du point G, et du CHU de Gabriel Touré.

L'échantillonnage était constitué de 375 étudiants en médecine dont 90 en classe de 3<sup>ème</sup> année, 85 en classe de 4<sup>ème</sup> année, 91 en classe de 5<sup>ème</sup> année, et 109 en classe de 6<sup>ème</sup> année.

Les étudiants avaient une bonne connaissance de l'éthique des soins infirmiers, mais seul 10,4% des étudiants connaissaient les trois principes fondamentaux de l'éthique de la recherche sur les êtres humains, et ils étaient conscients de la responsabilité médicale qui leur incombe. Leurs attitudes et pratiques comportementales intégraient le respect du patient, la dignité, l'écoute, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Cependant, ils répondaient à 62,1% que les malades n'obtiennent pas toutes les informations

concernant leur maladie, et à 50,1% que les soignants ne demandent pas le consentement des malades avant de leur administrer des soins.

Il ressort de cette étude la nécessité de sensibiliser les autres professionnels de la santé (infirmiers, aides soignants, jeunes médecins) sur l'éthique médicale, et de mettre en place un programme structuré et plus pratique pour l'enseignement de l'éthique à la faculté de médecine. Aussi, les étudiants appuient la demande d'une unité d'information, d'éducation, et de communication en éthique médicale et des soins infirmiers dans les structures de santé. Puis un meilleur fonctionnement de cette unité pour le progrès de la relation soignant-soigné.

**Mots clés: éthique, responsabilité médicale, étudiants en médecine, CAP, Bamako**