

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



Année Universitaire 2012 – 2013

Thèse N° \_\_\_\_\_/

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

# THESE

## L'ÉTHIQUE DANS LA PRATIQUE GYNÉCO- OBSTÉTRICALE DANS LE SERVICE DE GYNÉCO- OBSTÉTRIQUE DU CHU POINT G.

Présentée et soutenue le.....2013 à la Faculté de Médecine de  
l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako  
Par

Mme BAGAYOKO Safiatou N'DIAYE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

### JURY

PRESIDENT : Pr. MAIGA Bouraïma

MEMBRES : Dr. TRAORE Mamadou Salia

CO- DIRECTEUR : Dr. SANGARE Lansana

DIRECTEUR : Pr. KONE Mamadou

A U N O M D' A L L A H L E T O U T M I S E R I C O R D I E U X  
L E T R E S M I S E R I C O R D I E U X

TOUTES LES LETTRES NE SAURAIENT TROUVER LES MOTS QU'IL FAUT...

TOUS LES MOTS NE SAURAIENT EXPRIMER LA GRATITUDE, L'AMOUR, LE RESPECT, LA RECONNAISSANCE

AUSSI C'EST TOUT SIMPLEMENT QUE



**Que je dédie cette Thèse...?**

- Tout d'abord à cette créature qui est :

**L'incarnation de la perfection humaine**

**L'excellence des nobles caractères**

**Le modèle pour tous ceux qui veulent avoir le pardon du créateur.**

- **L'homme qui au milieu de ses compagnons était un modèle suprême pour l'éthique à laquelle il appelait,**

**il enracinait cette morale sublime chez tous ses compagnons d'abord par son noble comportement ensuite par sa sagesse ; sa délicatesse dans ses exhortations.**

**C'est cet homme là qui s'appelle MOHAMMAD (psl)  
Je témoigne du plus profond de mon cœur que je  
l'aime comme je n'ai jamais aimé.**

**A mon cher époux Dr BAGAYOKO Cheik Oumar**

Merci pour ce soutien moral et matériel. Je prie le tout puissant pour qu'il te donne bonheur et prospérité.

**A mon très cher père FEU NOUR MOHAMED N'DIAYE**

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance et surtout mon profond regret de t'avoir perdu aussi tôt. Ce mot PAPA est tellement doux à dire que ceux qui le disent toujours ne le savent pas...et nous qui avons vécu l'envie de le dire sans aucun espoir le savons. Ta disparition a été une lourde épreuve et ce qui m'est resté de vous c'est le respect des heures de prière l'assiduité dans la prière ; le respect du prochain et la générosité envers tous les hommes même envers ceux qui nous méprisent.

J'en suis persuadé que tu aurais été mon meilleur ami si tu étais présent, car nous avons eu la même vision de la vie.

Mais PAPA j'ai grand espoir de te revoir au paradis INCHALLAH.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. INCHALLAH.

Que le TOUT PUISSANT te compte parmi ses élus qu'il t'accorde le pardon.

**A ma très chère mère Khadija KANOUTE**

Je ne sais pas si je dois te mettre dans une banque parce que tu vau beaucoup plus.

Ou alors sur une île parce que tu es un trésor.

Ou encore dans un musée parce que tu es rare.

Juste pour te dire que je t'aime et que tu compte beaucoup pour moi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente pour m'entretenir le moral. En ce jour mémorable, de ma vie, reçoit ce travail

en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

**A mon oncle Woudioun SISSOKO**

Vous avez été un grand support dans les moments les plus difficiles, merci encore pour votre soutien moral ; financier et vos précieux conseils.

**A ma très chère sœur Feue Aminatou KONE :** Ta disparition reste un souvenir amer, tu vivras éternellement en moi [Toute âme goûtera la mort. Et c'est vers Nous que vous serez ramenés]. (S29, V57)», et je prie le seigneur que tu sois parmi les élus du paradis.

**Ames tantes TAHYA et MARIAM :**

Vous aviez été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

**A mon grand père maternel FEU HAMIDOU KANOUE**

Homme courageux et sincère dors en paix.

**A ma tante Aminata N'DIAYE**

Chère tante, je me souviens encore de votre soutien et des mots d'encouragements quand je commençais mes études. Tout l'honneur de ce travail vous revient. Que Dieu m'aide à être éternellement reconnaissante envers vous. Que la Grace et la Paix de Dieu vous accompagne tous les jours.

**A MES TANTES OUMOU ET ZEYNAB**

Très chères tantes, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre sagesse, votre honnêteté et votre grande générosité. Vous avez été des mères pour nous.

Ce travail est le fruit de votre soutien et de vos nombreuses bénédictions.

Que DIEU vous prête une longue vie pour que vous puissiez partager avec nous le fruit de ce travail.

**A MES SŒURES :**

**Khady, Maréme, Lalla, Maumnine, Dinding.**

La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Que notre famille se maintienne et demeure plus qu'hier unie. L'expression de mes sentiments et de ma gratitude est indéfinissable pour vous témoigner mon affection, ce travail est le votre soyez en fier.

Que le TOUT PUISSANT puisse raffermir chaque jour nos liens.

Je vous aime de tout mon cœur.

**A mon très cher grand frère AHMAD et EPOUSE**

Recevez l'expression de mes vifs et sincères remerciements et de mon profond respect. Ce travail est le vôtre.

**A mon petit frère Tapa** recevez l'expression de mes sincères remerciements.

**A mes enfants :**

**Momar ;Tonton ; Asta;PapaNOUR ;Papis ;Habibi ;Gaoussou ;Khadija ;Bébé  
Cheihk ;Riyana ;Mamy ;Maïmaï ;Coumbis ;Rabbia ;Younous.**

Sans oublier la victime de la pré-éclampsie dors en paix ma petite tu resteras en moi pour toujours.

# REMERCIEMENTS

**A mes très chères sœurs et amies :**

**Sina Mariam ; Aïssata Traoré ; Aïssata Dia.**

Comme on le dit << c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis >>, moi je vous suis très reconnaissante vous étiez toujours là pour me soutenir.

Sachez qu'en aucun instant je n'ai regretté votre compagnie.

Que Dieu renforce davantage ce lien si sacré qui nous unit.

**A ma très chère grand-mère maternelle Astan Thiarro**

Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessés de formuler dans vos prières. Que Dieu vous accorde santé et longue vie.

**A ma très chère amie Jan Davis**, tu as toujours pensé à moi, un grand merci.

**A mon très cher maître Dr SIMA Mamadou**

Les mots me manquent pour avouer tout ce que je ressens pour vous. Grâce à votre courage, votre intelligence, votre amour pour le travail bien fait, et surtout votre respect pour la foi des autres j'ai toujours été à l'aise à tes côtés. Vos soutiens moraux et pédagogiques ne m'ont pas fait défaut. Ce travail est également le vôtre.

**A mon très cher frère :** Ibrahim Diawara grand merci pour ton soutien moral tu restera toujours un confident INCHALLAH ;qu'ALLAH te pardonne et te guide.

**A mes frères :** N'doula Thiam ; Ibrahim Diaby ; Ousmane Diarra ;Ichaka Sanogo ; Ismaël Diarra

**A mes belles sœurs :** kankou ; kiatou et mon beau frère Mohamed Bagayoko.

**Ames sœurs :**Mamy Ba ; Kia Dicko ;Tiguida Dramé ;Tiranké Touré ; Ana Coulibaly ;Dado Diawara ;Penda Cissé

**A mes neveux :** Mady Aîndé ; Mohamed Sinayoko ;Ladji Sinayoko ;Yaye Aîndé Recevez ici l'expression de mes vifs remerciements.

A mon cher frère Mamoutou Kone et famille

A toute la famille KANTE ; BAGAYOKO ; SISSOKO.

**A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique du CHU Point G.**

A tous mes frères et sœurs de la L.I.E.E.M.A

A tout le personnel de l'Agence Danaya Voyage

A tous mes amis d'enfance du SENEGAL

**A mes camarades de promotion du LNDN :**

Merci pour votre bonne collaboration.

**A Dr Mohamed Lamine**

C'est le moment de vous réitérer toute ma reconnaissance et mon profond respect.

Encore merci pour tous les services rendus et surtout de vos soutiens permanents. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance.

**A Dr Lansana SANGARE**

Je tiens à vous remercier pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée lors de l'analyse de mes données. Vous avez toute ma reconnaissance et mon respect.

**A Dr Drissa TOUNKARA**

Merci pour votre bonne collaboration

**A mon frère SaïdboumPakistanais**

Mes reconnaissances sincères pour la confiance que tu m'as accordée. Je prie Dieu, le Tout puissant, pour qu'il nous réserve un meilleur avenir dans l'amour et la paix ; et que notre père soit parmi les élus

**Aux collègues de service** : Konipo Ousmane ; Drissa Diarra ; Souleymane Traoré ; C'est l'occasion pour vous exprimer ma profonde gratitude. Merci pour votre gentillesse et pour votre disponibilité. Bon courage et plein de succès.

**A tout le personnel de la clinique PAIX d'Ouellessébougou** Recevez l'expression de mes vifs et sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Dr SIMA Mamadou ; Dr TRAORE Dou ; Dr COULIBALY Amadou ; Dr KANTE Ibrahim** ; Toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

Merci pour votre bonne collaboration.

Recevez ici l'expression de ma reconnaissance.

A tous ceux bien nombreux que je n'ai pas nommés. Soyez remerciés sachez «qu'on ne voit qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux"»

***HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY***



**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Bouraïma MAÏGA**

**Gynécologue obstétricien.**

**Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.**

**Maître de conférences à la FMPOS.**

**Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé(INFSS).**

**Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme de l'enfant et de la famille.**

**Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997.**

**Détenteur d'un prix Tara boire dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006.**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique de gynécologie obstétrique, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir être. Vous êtes pour nous une référence dans le milieu médical, social et professionnel.

Cher maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH l'OMNIPOTENT vous bénisse et vous accorde sa grâce dans les deux mondes.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Mamadou KONÉ**

**Professeur en physiologie à la FMOS.**

**Directeur général adjoint du centre National des œuvres universitaires du Mali(CNOU)**

**Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques**

**Médecin du sport**

**Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport(Médisport).**

**Membre de l'observatoire du mouvement (ODM).**

**Président du collège Malien de réflexion en médecine du sport.**

**Deuxième Vice-Président de la Fédération Malienne de Taekwondo**

Cher Maître il m'est un agréable devoir et un réel plaisir de vous remercier pour votre disponibilité votre confiance et votre compassion à vouloir m'accompagner dans ce travail.

Vos qualités humaines, scientifiques et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré.

Permettez nous cher maître de vous remercier encore une fois de plus et de vous témoigner tout le respect que vous méritez.

J'en suis très émue, soyez rassuré honorable maître de ma reconnaissance éternelle.

**INCHALLAH.**

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

**Docteur Lansana SANGARE**

**Assistant en Parasitologie à la Faculté des Sciences et Techniques**

**Chef de l'unité de Parasitologie au Laboratoire de Biologie Moleculaire Appliquée .**

**Cher maitre,**

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est le votre.

Votre générosité, votre disponibilité, votre dynamisme et vos compétences scientifiques nous imposent du respect et une grande admiration.

Recevez ici cher Maitre l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur Mamadou Salia TRAORE**

**Gynécologue Obstétricien.**

Cher maître, votre simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualité que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Permettez nous de vous exprimer ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION .....	1
2. <i>OBJECTIFS</i> .....	3
3. <i>GENERALITES</i> .....	4
4. DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....	27
4.1. Cadre de l'étude .....	27
4.2 Type d'étude .....	30
4.3 Période d'étude .....	30
4.4 Population d'étude .....	30
4.5 Plan d'analyse .....	31
5. RESULTATS .....	32
5.1. Résultats enquête du personnel soignant au CHU Point G .....	32
5.2. Résultats enquête patientes .....	45
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....	52
6.1 Limites de notre étude.....	52
6.2 Analyse des résultats chez le personnel soignant.....	52
6.3 Analyse des résultats chez les patientes.....	55
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	57
8. REFERENCES .....	60
9. ANNEXES.....	62

## **SIGLE ET ABREVIATIONS:**

AMM=Association Médicale Mondiale

C.H.U= Centre hospitalo-universitaire

C= Commune

CNAM= Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CS-REF= Centre de santé de référence

EPA=Etablissement Public à caractère Administratif

EPH=Etablissement Public Hospitalier

FMPOS= Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie IEC=Information Education et communication

INRSP= Institut National de Recherche en Santé Publique

NSP= Ne sait pas

PMA=Procréation Médicalement Assistée

VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine.

% = Pourcentage

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition du personnel ayant entendu parler de l'éthique selon la source d'information.

Tableau II : Répartition du personnel soignant selon leur connaissance ou non de l'existence du code d'éthique.

Tableau III : Répartition du personnel soignant selon qu'il connaissait ou non le lieu où trouvé le code d'éthique.

Tableau IV : Répartition du personnel soignant selon la connaissance du rôle du service de gynéco-obstétrique.

Tableau V : Répartition du personnel soignant selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte gynécologique devrait être pratiqué.

Tableau VI : Répartition du personnel soignant selon la connaissance liée au respect de l'intimité des patientes

Tableau VII : Répartition des patientes selon qu'ils pensaient ou non que les soignants obtenaient leur consentement volontaire et éclairé avant de les administrer des soins.

Tableau VIII : Répartition du personnel soignant selon le niveau de satisfaction avec les patientes au sein du service.

Tableau IX : Répartition du personnel soignant selon le niveau de satisfaction avec les accompagnants au sein du service.

Tableau X : Répartition du personnel soignant selon la connaissance ou non des plaintes majeures des patientes à l'égard du service.

Tableau XI : Répartition du personnel soignant selon la condition dans laquelle il examinait les patientes.

Tableau XII : Répartition du personnel soignant selon qu'il permettait ou non qu'une patiente quitte l'hôpital avant guérison.

Tableau XIII : Répartition du personnel soignant selon qu'il permettait ou non qu'une patiente quitte l'hôpital avant guérison selon le contexte dans lequel il le faisait

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la profession.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de leur perception de l'accueil.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de la suggestion d'une amélioration.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon qu'elles se sentaient ou non à l'aise au cours des prestations.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure1 : Répartition du personnel soignant en fonction du sexe.

Figure2 : Répartition du personnel soignant en fonction de la religion.

Figure3 : Répartition du personnel soignant ayant entendu parler d'éthique

Figure4 : Répartition du personnel soignant selon le rôle de la patiente dans le choix des thérapeutiques.

Figure5 : Répartition du personnel soignant selon le choix de la patiente par rapport à la contraception.

Figure6 : Répartition du personnel soignant selon que la vie privée des patientes et la confidentialité des informations étaient ou non bien sauvegardées.

Figure7 : Répartition du personnel soignant selon qu'il pensait ou non que les malades reçoivent toutes les informations nécessaires concernant leur maladie.

Figure8 : Répartition du personnel soignant selon qu'il pensait ou non que l'intimité des patientes était préservée.

Figure9 : Répartition du personnel selon qu'il pensait ou non que leurs structures avaient besoin d'une unité d'information ; d'éducation et de communication en éthique.

Figure10 : Répartition du personnel selon qu'il avait l'habitude de prendre en charge des patientes sans aucune ressource financière.

Figure11 : Répartition du personnel selon qu'il avait l'habitude ou non de donner des soins à des patientes d'ethnie ou de religion différentes de la leur.

Figure12 : Répartition du personnel selon la condition dans laquelle ils examinaient les patientes.

Figure13 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Figure14 : Répartition des patientes selon la résidence par commune.

Figure15 : Répartition des patientes en fonction du nombre de fréquentation du service.

Figure16 : Répartition des patientes selon que leur intimité avait été respecté

Figure17 : Répartition des patientes selon qu'elles étaient ou non mal à l'aise d'être vues par un gynécologue.

Figure18 : Répartition des patientes selon leur avis de ne pas être consulté par un gynécologue.

Figure19 : Répartition des patientes selon que leur consentement est demandé ou non avant tout acte gynécologique.



Figure20 : Répartition des patientes selon que la nature de leur vie privée influence la prestation.

Figure21 : Répartition des patientes selon qu'ils pensaient ou non qu'ils recevaient toutes les informations nécessaire avant le traitement.

Figure22 : Répartition des patientes selon la proposition des patientes par rapport à l'accueil, à la prestation et à l'hygiène.

# ***INTRODUCTION***

# 1. INTRODUCTION

Le mot éthique est composé du grec, éthos qui concerne les mœurs, moral ; étymologiquement, la science de la morale. Elle désigne l'ensemble des principes moraux à la base de la conduite d'une personne [1].

C'est une réflexion sur la Morale qui se situe en amont, liée aux valeurs et juridiquement facultative. C'est un questionnement, une démarche positive et identitaire qui concerne le « cas de conscience » c'est à dire ce qui est estimé bon mais ni codifié, ni codifiable. L'éthique est en rapport avec l'intuition demandant à être formulée.

Quant à l'éthique médicale, elle se préoccupe des questions morales soulevées par la pratique de la médecine et de façon plus générale, par la prestation de soins de santé.

La gynécologie Composé de gynéco du grec ancien, gyné« femme » et de logie, logos, «discours»;étymologiquement science, étude de la femme est une spécialité médico-chirurgicale qui s'occupe de la physiologie et des affections du système génital de la femme. Le médecin spécialisé pratiquant la gynécologie s'appelle un gynécologue. [2]

La gynécologie est la spécialité de la médecine qui étudie plus particulièrement l'anatomie de la physiologie, de la pathologie et de la psychopathologie de la femme. Actuellement le gynécologue est essentiellement sollicité pour tous les problèmes concernant l'appareil reproducteur et les seins. [2]

La gynécologie s'intéresse à la femme, quel que soit son âge, et aux maladies portant sur l'appareil génital féminin, c'est-à-dire vulve, vagin, utérus, trompes, ovaires et aussi seins. Ces maladies peuvent être médicales (traitées par les médicaments) ou chirurgicales (traitées par la chirurgie). Le gynécologue exerce donc une spécialité médico-chirurgicale.

L'obstétrique s'intéresse à la femme enceinte et à son (futur) enfant. L'obstétricien a donc la charge de deux vies humaines et doit maîtriser un certain nombre de techniques complexes : médecine et chirurgie de la femme, mais aussi souvent échographie pour le diagnostic prénatal de certaines affections du fœtus. Il est efficacement secondé par la sage-femme, qu'on peut considérer comme la spécialiste de la grossesse normale, alors que le gynécologue obstétricien est spécialisé dans la prise en charge de la grossesse pathologique. [3]

Dans certains pays comme la France, le gynécologue diplômé de Gynécologie-Obstétrique peut choisir de se spécialiser en Chirurgie Gynécologique ou en Obstétrique. Tout comme le gynécologue médical, le médecin généraliste ou la sage-femme, le gynécologue-obstétricien peut s'occuper du suivi gynécologique classique.

En somme, l'éthique dans la pratique gynécologie ;et la pratique obstétricale serait des préoccupations d'ordre moral devant guider la prise en charge médicale ou chirurgicale de la femme, quel que soit son âge, et aux maladies portant sur l'appareil génital féminin, les seins et le fœtus.

Cette application de l'éthique dans la médecine en général et celle de gynéco-obstétrique en particulier trouve son origine dans les concepts d'Hippocrate. Pour ce dernier le médecin s'engage envers ses maîtres et leurs enfants, et envers les malades a toujours chercher le bien :

«Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception». [4]

Ces Principes clés du respect de la personne doivent être le fil conducteur devant guider chaque médecin dans son activité quotidienne.

### **Hypothèses de recherche :**

- Les prestations en gynéco-obstétrique respectent-elles les normes d'éthique médicale ?
- Le non-respect des principes d'éthique n'est-il pas lié à la faible connaissance de cette notion par les médecins ?
- Le niveau de connaissances lié à l'éthique ainsi que les attitudes et pratiques qui y sont reliées influencent considérablement la relation soignant-soigné.

# ***OBJECTIFS***

## 2. OBJECTIFS

- OBJECTIF GENERAL :

Evaluer l'éthique chez le personnel soignant en gynéco-obstétrique.

- OBJECTIFSSPECIFIQUES :

1. Déterminer le niveau de connaissance en matière d'éthique chez le personnel soignant en gynéco-obstétrique.
  2. Identifier les facteurs de manquement aux normes d'éthique dans la pratique gynéco-obstétricale.
  3. Déterminer la valeur des normes d'éthiques dans la pratique gynéco-obstétricale.
-

GENERALITES

### 3. GENERALITES

#### **Histoire de la médecine:**

Pendant des millénaires, la médecine s'est identifiée partout à des pratiques magiques et religieuses. Les techniques médicales se limitaient à la thérapeutique par les plantes et à quelques opérations chirurgicales simples telles que la trépanation et la réduction des fractures.

#### **De la magie à la médecine**

L'intérêt porté par les êtres humains à la maladie et à la santé est universel. Mais l'existence d'un domaine propre à la médecine, avec son personnel spécialisé, n'est pas la règle générale. Dans les sociétés traditionnelles (celles dont les structures sociales sont stables et rendues cohérentes par un ensemble organisé de croyances qui évoluent lentement), c'est le plus souvent un sorcier (→ magie), en rapport avec le monde des esprits, qui prend en charge la guérison des maladies les plus graves ; pour ce faire, il utilise des techniques qui, relevant plus ou moins de l'hypnotisme, agissent sur l'inconscient de la personne atteinte. De ce point de vue, le chamanisme, caractéristique de populations de Sibérie et de Mongolie, est particulièrement significatif ; mais on trouve des exemples similaires ailleurs, en Afrique subsaharienne notamment. Dans presque tous les cas, les soins courants sont assurés par la médecine naturelle (à base de plantes essentiellement, → phytothérapie), qui est cependant, elle aussi, orientée par les croyances que le groupe professe sur la nature.

La médecine, en tant que pratique autonome (ce qui ne signifie pas qu'elle soit radicalement séparée de la religion dominante), se développe dans ce qu'il est courant d'appeler les « sociétés ouvertes », c'est-à-dire des sociétés dont les structures sont soumises au changement et dans lesquelles la vie collective est rythmée par des débats et des conflits. Il s'agit, en général, de collectivités où le contact avec l'extérieur, notamment sous la forme du commerce, tend à se généraliser. Ainsi se crée un climat favorable à la recherche par la confrontation d'idées. Le sort de l'individu libre apparaît, au moins partiellement, comme la garantie de l'avenir commun. La médecine devient de plus en plus étrangère aux pratiques magiques. Du même coup, la santé apparaît comme un objet de recherche et un objectif à atteindre.

---



## **De l'Antiquité au Moyen Âge**

En Mésopotamie, on sait par le code d'Hammourabi (1792-1750 environ avant J.-C.) qu'il existait déjà un embryon de législation médico-sociale. Dans l'Égypte pharaonique, des dispositions régissaient l'activité des médecins, dont les connaissances étaient relativement étendues.

En Chine, la médecine traditionnelle considérait que la maladie résulte d'une perturbation entre deux forces opposées, le yin et le yang. Pour restaurer cet équilibre, on préconisait le recours à l'acupuncture et à toutes sortes de traitements empiriques.

En Inde, la médecine et surtout la chirurgie étaient, selon les traités médicaux anciens, très développées : on pratiquait couramment certaines interventions de chirurgie plastique comme la réfection du nez.

### **Aux origines de la pratique médicale occidentale**

#### **Hippocrate**

C'est en Grèce, au Ve siècle avant J.-C. qu'apparaît la première observation objective des phénomènes pathologiques. Dans la Grèce antique, une pratique médicale, née dans les sanctuaires d'Asclépios, les asclépieia, se développe et se détache peu à peu de la religion, donnant naissance à plusieurs écoles qui utilisent des techniques de soin très élaborées (régimes, médicaments, etc.). Le nom d'Hippocrate (460-377 avant J.-C.) reste associé à la naissance de ce qui deviendra la médecine moderne (notamment grâce à une classification des maladies). Hippocrate rejette en effet toute référence au sacré, considérant que les maladies relèvent de causes naturelles ; il prône divers procédés d'examen tels que la palpation, la percussion ou l'observation des excréments.

#### **Claude Galien**

Plus lent, le développement de la médecine à Rome connaîtra des progrès significatifs grâce à la création, à la fin du règne d'Auguste (14 après J.-C.), d'une école de médecine. Le corps médical s'organise alors avec, d'une part, des médecins attachés aux familles riches ou à l'armée et, d'autre part, les médecins indépendants, ambulants ou exerçant dans un cabinet. Les Romains édictent certaines règles de santé publique et fondent, pour les vétérans et les infirmes de guerre, les premiers hôpitaux connus. L'apogée de la médecine romaine est atteinte avec Galien (131-201), médecin grec qui fait d'importantes découvertes en anatomie et dont l'œuvre écrite représente une synthèse du savoir du monde antique.

### **La médecine au Moyen Âge, entre ombres et lumière**

Les Arabes sont, avec les Byzantins, pratiquement les seuls à perpétuer la tradition médicale de l'Antiquité. Dans l'Occident chrétien, la chute de l'Empire romain (Ve siècle) inaugure une longue période de stagnation durant laquelle la médecine est entre les mains des clercs, c'est-à-

---

dire des prêtres et des savants religieux. La dissection à cette époque est interdite ; les grandes épidémies, qui causent des ravages considérables, sont attribuées à des forces maléfiques.

Cependant, un renouveau des études médicales s'amorce à partir du XI<sup>e</sup> siècle avec la fondation de l'école de Salerne, en Italie du Sud. Puis, au XIII<sup>e</sup> siècle, l'école de Montpellier et les grandes universités européennes de Bologne, d'Oxford, de Paris et de Padoue prennent le relais : la médecine fait désormais l'objet d'un enseignement régulier au même titre que la théologie.

Si le Moyen Âge occidental n'est guère favorable à la recherche médicale, il ne la voit donc pas disparaître. Dès le XIII<sup>e</sup> siècle, le théologien et philosophe Albert le Grand interprète les traités d'Aristote sur les animaux, c'est-à-dire les êtres vivants, dont l'homme. Sans doute la médecine arabe, elle aussi inspirée d'Aristote, a-t-elle contribué à la permanence d'une réflexion sur la santé fondée sur une connaissance de la nature. Le médecin et philosophe iranien Avicenne (980-1037) exerça ainsi une influence considérable sur la pensée médiévale.

### **De la Renaissance au XVIII<sup>e</sup> siècle : les fondements de la médecine moderne**

André Vésale

Au XVI<sup>e</sup> siècle, l'anatomie fait de grands progrès, aidés par l'admission de la dissection. Le Bruxellois André Vésale (vers 1514-1564) est l'un des premiers à pratiquer la dissection du corps humain, jusqu'alors interdite par l'Église, et rectifie bien des erreurs perpétuées depuis l'Antiquité. D'autres grands anatomistes (Sylvius, Eustache, Fallope entre autres) donnent leur nom aux organes qu'ils décrivent. Fracastor (1483-1553), qui étudie la syphilis, présente que la transmission des maladies contagieuses s'opère par des micro-organismes invisibles. Paracelse (vers 1493-1541) ouvre la voie à la thérapeutique chimique.

Ambroise Paré

La chirurgie est largement dominée par Ambroise Paré (vers 1509-1590), qui, dans les amputations, substitue la ligature des artères à la cautérisation. La profession médicale se dote de statuts et l'enseignement se développe. Mais la médecine proprement dite avance peu, les « soins » se limitant aux mêmes actes (clystères, saignées, etc.) et à l'administration de drogues souvent néfastes.

Aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, la physiologie prend son essor. L'Anglais William Harvey (1578-1657) découvre la circulation du sang. L'Italien Malpighi (1628-1694), qui décrit les capillaires pulmonaires, est l'un des fondateurs de l'histologie, étude des tissus vivants. Morgagni (1682-1771) montre l'intérêt de confronter les lésions organiques visibles à l'autopsie avec les symptômes cliniques.

Edward Jenner

Tout à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le Britannique Edward Jenner (1749-1823) met au point la vaccination antivariolique, qui préfigure le développement d'une médecine préventive efficace.

---

En dépit de ces innovations, on ne « soigne » toujours pas véritablement le malade. L'examen clinique reste très élémentaire et la thérapeutique, fantaisiste. La médecine proprement scientifique n'apparaîtra qu'au XIXe siècle.

### **Au XIXe siècle, les découvertes de la médecine scientifique**

Laennec

Dans la première moitié du siècle, l'école française de médecine (Laennec, Bretonneau, Trousseau) met au point la méthode anatomoclinique, fondée sur la comparaison des résultats des examens cliniques avec les données anatomiques ; cette méthode permet de mieux comprendre le développement et les mécanismes des maladies.

De nombreux travaux effectués pour isoler les principes actifs des plantes aboutissent à l'obtention de produits tels que la morphine, la quinine, l'atropine ou la digitaline. La découverte de l'anesthésie générale à l'éther (1846) et au chloroforme (1847) va ouvrir à la chirurgie d'immenses possibilités.

Dans la seconde partie du XIXe siècle, les progrès s'accélèrent. On doit à Claude Bernard (1813-1878) d'importantes découvertes sur les phénomènes chimiques de la digestion, sur les glandes à sécrétion interne et à sécrétion externe, sur le système nerveux ; dans son Introduction à la médecine expérimentale (1865), il fixe les règles de la médecine expérimentale qui présideront aux travaux de ses successeurs.

Louis Pasteur

Le chimiste Louis Pasteur (1822-1895) établit la nature microbienne ou virale de plusieurs maladies, met au point le vaccin contre la rage et montre que les micro-organismes sont en médecine les agents des maladies contagieuses et, en chirurgie, les propagateurs de l'infection.

L'Allemand Robert Koch (1843-1910) découvre le bacille de la tuberculose (1882), auquel son nom reste attaché (bacille de Koch).

En 1928, le Britannique sir Alexander Fleming (1881-1955) découvre la pénicilline, dont les propriétés bactéricides seront mises à profit à partir de la Seconde Guerre mondiale. Les progrès de la parasitologie permettent d'élucider les mécanismes de transmission de nombreuses maladies tropicales (paludisme, maladie du sommeil, fièvre jaune, etc.) et donc de les faire reculer.

### **Techniques d'investigation et de soin : les grandes avancées du XXe siècle**

La première moitié du XXe siècle est marquée par l'utilisation de plus en plus poussée en médecine des techniques et des méthodes de la physique, de la chimie et de la biologie. Il en résulte une extension considérable des moyens d'investigation, de diagnostic et de traitement.

---

Ainsi, la découverte des corps à radiations ionisantes comme l'uranium et le radium (→ Pierre et Marie Curie), la mise au point de l'électrocardiographie et de l'électroencéphalographie contribuent au perfectionnement des procédés d'exploration anatomique et fonctionnelle.

On enregistre aussi des progrès de la prophylaxie (mesures prises pour prévenir ou empêcher la propagation des maladies) et de l'immunologie bactérienne ou virale, la mise au point de sérums antitétanique et antidiphthérique ainsi que de divers vaccins, dont celui de la tuberculose. Entre les deux guerres apparaissent les sulfamides, premiers moyens de lutte vraiment efficace contre les infections bactériennes.

Après la Seconde Guerre mondiale, la multiplication des antibiotiques permet de couvrir progressivement presque toutes les espèces microbiennes. Grâce aux progrès de l'endocrinologie (étude des glandes endocrines), on traite avec succès le diabète. Les hormones sont elles-mêmes employées à des fins thérapeutiques (par exemple, les dérivés de la cortisone pour traiter les rhumatismes ou l'asthme). Le vaccin contre la poliomyélite, mis au point dans les années 1950, fait considérablement reculer cette maladie.

#### Imagerie par résonance magnétique (I.R.M.)

L'emploi des tranquillisants en psychiatrie, les progrès de la chimiothérapie, les perfectionnements de la radiothérapie, de nouvelles techniques d'investigation (échographie, scanner X, imagerie par résonance magnétique) ou de traitement (laser), les progrès remarquables de la chirurgie et de la microchirurgie, l'utilisation de l'informatique, les récentes avancées en matière de génie génétique sont quelques-unes des données qui bouleversent radicalement la médecine de la fin du XXe siècle et suscitent d'immenses espoirs.

Parallèlement, de redoutables problèmes de santé continuent à se poser. Dans les pays économiquement forts, les maladies liées au vieillissement de la population (cancer, maladies cardiovasculaires) font toujours des ravages, et une nouvelle affection, le sida, est apparu au début des années 1980.

Dans les pays économiquement faibles, la dénutrition, le manque d'eau potable, l'absence d'hygiène et de soins se traduisent par des flambées épidémiques meurtrières, par des maladies virales ou de carence, par des parasitoses résistant aux médicaments et difficiles à vaincre. [5]

#### **Historique :**

La déontologie, ou ensemble des devoirs qui s'imposent aux membres d'une même profession, ne fût perçue comme une nécessité qu'au fur et à mesure que s'estompa l'esprit de concurrence entre les membres de confréries rivales qui devaient lutter pour conserver ou se faire une place dans la société. Ce ne fût qu'une fois que la rivalité initiale entre barbiers-chirurgiens et médecins de la faculté disparut (avec le regroupement en une seule profession médicale) que les

---

membres de cette corporation unifiée purent se tourner vers des préoccupations morales et déontologiques. Préoccupations qui furent progressivement codifiées et aboutirent finalement à des règlements édictés par des instances supérieures telles jalousie entre praticiens, du moins existent aujourd'hui des règlements garde-fous. Cela n'empêche malheureusement pas de voir se déchirer obstétriciens, chirurgiens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, dans bien de contentieux médicolégaux.

Si la déontologie se pare d'un aspect réglementaire, l'éthique est plus individuelle et morale et répond à la question plus personnelle : « Comment se comporter dignement ? Ou Quoi faire pour bien faire ? ». À une époque où la mortalité infantile pouvait atteindre, à certains pics, les 35 à 40 % et la mortalité maternelle les 15 à 25 %, et où la vie humaine était entre les mains de Dieu, le prix de cette vie n'avait pas du tout la même valeur que de nos jours et, comme nous l'avons vu, « bien faire » se résumait le plus souvent à faire correctement ce qu'on avait appris de ses Maîtres, sans chercher à y ajouter trop de moralité et de réflexions personnelles, la religion y ajoutant déjà suffisamment de choses.

Déontologie et éthique sont absentes de ces époques, c'est un fait. Seraient-elles la crème d'une civilisation avancée ?

### **Concept de l'éthique :**

Dans la pratique médicale, quels que soient la spécialisation et le lieu, certaines questions trouvent plus facilement une réponse que d'autres. Le traitement d'une simple fracture ou la suture d'une déchirure ne présente que peu de difficultés pour les médecins habitués à effectuer ces interventions. A l'autre extrémité du spectre, il peut y avoir des doutes ou des désaccords importants quant à la manière de traiter certaines maladies, même les plus courantes comme la tuberculose ou l'hypertension. De même, les questions d'éthique médicale ne répondent pas à des défis d'égale nature. Certaines trouvent relativement facilement une réponse, surtout quand il existe déjà un *consensus* bien défini sur la manière d'agir juste dans une situation donnée (par exemple, le médecin doit toujours demander le consentement du patient se prêtant à une recherche). Pour d'autres, ce peut être plus difficile, en particulier si aucun consensus n'a été élaboré ou encore quand toutes les alternatives présentent des inconvénients (par exemple, le rationnement de ressources limitées de santé). Donc, qu'est-ce exactement que l'éthique et comment aide-t-elle les médecins à traiter ces questions? Dans sa définition la plus simple, l'éthique est l'étude de la moralité – une réflexion et une analyse attentive et systématique des

décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs. La moralité est la mesure de valeur d'une prise de décision et du comportement humains. Le vocabulaire de la moralité comprend des substantifs comme « droits », « responsabilités », « vertus » et des adjectifs comme « bon » et « mauvais », « vrai » et « faux », « juste » et « injuste ». Selon ces définitions, l'éthique est principalement affaire de savoir, alors que la moralité concerne le faire. Le lien étroit qui unit ces deux termes réside dans le souci de l'éthique de fournir des critères rationnels qui permettent de décider ou d'agir d'une certaine manière plutôt que d'une autre. Alors que l'éthique s'intéresse à tous les aspects du comportement humain et de la prise de décision, elle constitue un domaine d'étude très large et très complexe qui compte de nombreuses branches ou subdivisions.

L'éthique médicale est étroitement liée à la bioéthique (éthique biomédicale), sans toutefois lui être identique. Alors que l'éthique médicale s'intéresse principalement aux problèmes soulevés par l'exercice de la médecine, la bioéthique est un vaste sujet qui concerne les questions morales liées au développement des sciences biologiques de manière plus générale. La bioéthique se différencie également de l'éthique médicale en ce qu'elle ne requiert pas l'acceptation de certaines valeurs traditionnelles qui, constituent le fondement de l'éthique médicale. En tant que discipline universitaire, l'éthique médicale a élaboré son propre vocabulaire spécialisé, y compris plusieurs termes empruntés au domaine de la philosophie.

#### Éthique médicale, professionnalisme médical, droits humains et le droit

L'éthique fait partie intégrante de la médecine, du moins depuis Hippocrate, un médecin grec du Ve siècle av. J.-C., considéré comme le fondateur de l'éthique médicale. L'exercice de la médecine en tant que profession remonte à Hippocrate sur lequel les médecins prêtent publiquement serment de placer les intérêts du patient au-dessus du leur. Ces derniers temps, l'éthique médicale a été fortement influencée par l'évolution des droits humains. Dans un monde pluraliste et multiculturel, où les traditions morales sont nombreuses et différentes, les accords internationaux sur les droits humains peuvent constituer le fondement d'une éthique médicale qui soit acceptable par-delà les frontières nationales et culturelles. De plus, les médecins sont souvent confrontés à des problèmes résultant des violations des droits humains, comme la migration forcée et la torture. Ils sont du reste préoccupés par le débat sur la question de savoir si les soins de santé sont un droit humain puisque la réponse apportée dans chaque pays particulier détermine pour une large part le choix des personnes qui auront accès aux soins

médicaux. Le manuel prêtera une grande attention aux questions relatives aux droits humains, car elles concernent la pratique médicale. L'éthique médicale est aussi étroitement liée au droit. Dans la plupart des pays, il existe des lois qui spécifient la manière dont les médecins doivent traiter les questions éthiques relatives aux soins des patients et à la recherche.

De plus, dans chaque pays, les organismes délivrant les autorisations d'exercice et les pouvoirs réglementaires sont habilités à appliquer des sanctions aux médecins qui ne respectent pas les principes éthiques. Mais l'éthique et la législation ne sont pas identiques. Souvent, l'éthique énonce des normes plus élevées de comportement que ne le fait une législation. Du reste, les lois diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, alors que l'éthique traverse les frontières nationales. C'est la raison pour laquelle le thème principal de ce manuel sera l'éthique plutôt que le droit.

### **Qui décide de ce qui est éthique ?**

L'éthique est pluraliste. Les individus ne sont pas toujours d'accord sur ce qui est juste ou ce qui est faux, et même quand ils le sont, ce peut être pour des raisons différentes. Dans certaines sociétés, ces différences sont considérées comme normales, chacun étant libre d'agir comme il le veut à condition de respecter les droits d'autrui. Dans les sociétés plus traditionnelles, cependant, l'éthique fait l'objet d'un plus grand consensus et aussi de plus grandes pressions sociales, parfois soutenues par des lois, pour agir d'une certaine manière plutôt qu'une autre. Dans ces sociétés, la culture et la religion jouent souvent un rôle important dans la détermination du comportement éthique. La réponse à la question de qui décide de ce qui est éthique en général diffère donc d'une société à l'autre, voire au sein même d'une société. Dans les sociétés libérales, les individus ont une grande liberté de décider pour eux-mêmes de ce qui est éthique, même s'il est possible qu'ils soient influencés par leurs familles, leurs amis, leur religion, les médias et d'autres sources extérieures. Dans les sociétés plus traditionnelles, le rôle des familles, des anciens, des autorités religieuses et des leaders politiques dans la définition des valeurs éthiques est généralement plus grand que celui des individus. En dépit de ces différences, il semble que la plupart des êtres humains soient d'accord avec certains principes éthiques de base, notamment les droits humains fondamentaux proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies et par d'autres documents généralement reconnus et officiellement approuvés. Au regard de l'éthique médicale, les droits humains les plus

importants sont le droit à la vie, l'absence de discrimination, de torture et de traitement cruel, inhumain ou dégradant, la liberté d'opinion et d'expression, l'égalité d'accès aux services publics et aux soins médicaux. A la question de savoir qui décide de ce qui est éthique, les médecins donnaient encore il y a peu des réponses quelque peu différentes. Au cours des siècles, la profession médicale a énoncé ses propres normes de comportement pour ses membres, sous la forme de codes d'éthique et de déclarations. Au plan international, l'AMM a élaboré un grand nombre de prises de positions éthiques recommandant une ligne de conduite aux médecins quel que soit leur lieu de résidence ou de pratique. Dans beaucoup de pays, voire la plupart, les associations médicales ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en place des normes éthiques applicables. En fonction de la législation médicale en vigueur dans le pays, ces normes peuvent avoir une valeur juridique. Cependant, la possibilité pour la profession médicale de définir ses propres règles éthiques n'est jamais apparue comme un privilège absolu. Pour exemple, les médecins ont toujours été soumis à la législation générale en vigueur dans le pays et ont parfois été sanctionnés pour avoir agi contrairement à ces lois; • certaines organisations médicales sont fortement influencées par les enseignements religieux qui imposent des obligations supplémentaires à leurs membres, en plus de celles qui s'appliquent à tous les médecins; dans certains pays, les organisations chargées d'énoncer les normes de la pratique des médecins et d'en contrôler l'application comptent aujourd'hui parmi leurs membres un nombre important de non médecins. Les directives éthiques des associations médicales sont générales par nature. Elles ne peuvent traiter les cas particuliers que les médecins rencontrent dans l'exercice de leur profession. La plupart du temps, les médecins doivent décider par eux-mêmes de ce qu'il est juste de faire, mais le fait de savoir ce que d'autres médecins feraient en pareils cas peut leur être fort utile. Les codes d'éthique médicaux et les déclarations de principe reflètent un consensus général sur la manière dont les médecins devraient agir et il importe que ces principes soient respectés à moins qu'il existe de bonnes raisons d'agir autrement.

### **Relation médecins et patients :**

La relation médecin / patient est la pierre angulaire de la pratique médicale et donc de l'éthique médicale. Comme indiqué précédemment, la Déclaration de Genève demande au médecin de professer « Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci » et le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté et devra les faire bénéficier de toutes les ressources



scientifiques disponibles ». L'interprétation traditionnelle, paternaliste, de la relation médecin / patient, selon laquelle le patient se soumettait aux décisions du médecin, a été radicalement rejetée ces dernières années au nom du droit autant que de l'éthique. Etant donné qu'un grand nombre de patients ne sont pas capables ou ne souhaitent pas prendre des décisions au sujet des soins médicaux les concernant, l'autonomie du patient est souvent très aléatoire. D'autres aspects de la relation sont tout aussi problématiques, notamment l'obligation du médecin de préserver le secret professionnel dans une ère d'informatisation des données médicales et de gestion des soins et le devoir de préserver la vie face à des demandes visant à précipiter le moment de la mort. Ce chapitre examinera six sujets particulièrement problématiques de la pratique médicale quotidienne: le respect et l'égalité de traitement, la communication et le consentement, la prise de décision des patients incapables, la confidentialité, les questions relatives au commencement et à la fin de la vie [6]

➤ Respect et égalité de traitement

L'idée selon laquelle tous les êtres humains ont droit au respect et à une égalité de traitement est relativement récente. Dans la plupart des sociétés, le manque de respect comme l'inégalité de traitement des individus et des groupes était considéré comme normal et naturel. La pratique de l'esclavage dans les colonies européennes et aux États-Unis ne fut éradiquée qu'au 19e siècle et elle existe encore dans certaines parties du monde. La fin de la discrimination institutionnelle contre les populations non blanches dans des pays comme l'Afrique du Sud est encore plus récente. Et la discrimination en fonction de l'âge, de l'incapacité ou de l'inclinaison sexuelle est toujours largement répandue. Il est manifeste que la demande d'une égalité de traitement pour tous les peuples du monde rencontre encore de fortes résistances. La conversion de l'humanité, graduelle et toujours actuelle, à l'idée de l'égalité humaine remonte aux 17e et 18e siècles, en Europe et aux États-Unis, avec, à l'origine, deux idéologies en opposition: une nouvelle interprétation de la foi chrétienne et un rationalisme antichrétien. La première inspirant la Révolution américaine et la Déclaration des droits, la seconde, la Révolution française et les changements politiques qui lui sont liés. Sous l'effet de ces deux influences, la démocratie s'installe peu à peu et commence à se répandre à travers le monde. Elle repose sur l'idée d'une égalité politique entre tous les hommes (et, beaucoup plus tard, les femmes) et, par voie de conséquence, le droit d'avoir son mot à dire dans le choix de ceux qui les gouvernent. Le 20e siècle atteste un développement considérable du concept d'égalité, en termes de droits humains. L'une des premières mesures de l'organisation nouvellement établie des Nations Unies a été

d'énoncer la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) qui déclare dans l'article 1: « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». Bien d'autres instances nationales et internationales ont publié des déclarations de droits, soit pour tous les êtres humains ou citoyens d'un pays, soit pour certains groupes d'individus (les droits de l'enfant, les droits du patient, les droits du consommateur). De nombreuses organisations ont aussi été constituées dans le but de promouvoir l'application de ces déclarations. Pourtant, malheureusement, les droits humains ne sont toujours pas respectés dans beaucoup de pays. La profession médicale a eu pendant des années des vues quelque peu contradictoires sur l'égalité et les droits du patient. D'un côté, il était dit au médecin de ne pas « permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou de quelconques autres facteurs puissent s'interposer entre mon devoir et mon patient » (Déclaration de Genève). Dans le même temps, les médecins revendiquaient le droit de pouvoir refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence. Bien qu'il existe des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, (le manque de) qualifications pédagogiques ou de spécialisation, les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la discrimination sans être tenus pour responsables. La conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, est ici le meilleur moyen d'empêcher les violations des droits humains. Même si les médecins ne portent pas atteinte aux principes de respect et d'égalité lorsqu'ils sélectionnent leurs patients, ils peuvent encore ne pas respecter ces principes dans le cadre du traitement et de leurs relations avec le patient. L'étude de cas décrite en début de chapitre illustre bien ce problème. La compassion est une des valeurs essentielles de la médecine et s'avère fondamentale pour une bonne relation thérapeutique. La compassion repose sur le respect de la dignité et des valeurs du patient, mais ne se limite pas à ces principes; elle reconnaît et répond à la vulnérabilité du patient confronté à une maladie et / ou incapacité. Un patient qui sent la compassion du médecin est mieux à même de faire confiance à la capacité de celui-ci d'agir dans son meilleur intérêt, cette confiance pouvant contribuer à assurer le processus de guérison. Cette confiance, essentielle à relation médecin / patient, est généralement interprétée dans le sens que le médecin ne doit pas délaisser le patient pour lequel il s'est engagé à dispenser des soins. Le Code international d'éthique médicale de l'AMM laisse entendre que la seule raison de mettre un terme à la relation médecin / patient est que le patient demande de consulter un collègue doté de compétences différentes: « Le médecin devra à ses patients la plus

complète loyauté devra les faire bénéficier de toutes les ressources scientifiques disponibles. Lorsqu'un examen ou traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter un confrère possédant les compétences requises ou adresser le patient à ce confrère ». Cependant, il existe bien d'autres raisons pour lesquelles un médecin peut vouloir terminer une relation avec son patient, par exemple, un déménagement ou une cessation d'activité, l'insolvabilité du patient ou son refus de payer ses services, une antipathie réciproque, le refus du patient de se conformer à ses recommandations. Les raisons invoquées peuvent être tout à fait légitimes ou contraires aux principes éthiques. Les médecins qui envisagent une telle décision doivent consulter leur code d'éthique ou autre texte de recommandations approprié et examiner avec attention leurs motifs. Ils doivent être prêts à justifier leur décision, à eux-mêmes, au patient et, le cas échéant, à un tiers. Si le motif est légitime, le médecin aidera le patient à chercher le praticien qu'il estimera être le plus compétent et, si cela n'est pas possible, il devra lui donner un avis d'annulation de traitement pour lui permettre de trouver d'autres soins médicaux. Si le motif n'est pas légitime, par exemple, un préjudice racial, le médecin doit prendre les mesures nécessaires pour régler ce problème. Beaucoup de médecins, notamment dans le secteur public, souvent, ne choisissent pas les patients qu'ils traitent. Certains patients sont violents et constituent une menace pour la sécurité du médecin. D'autres ont des attitudes antisociales et un comportement qu'on ne saurait autrement qualifier que d'odieux. Ces patients ont-ils renoncé à leur droit au respect et à une égalité de traitement ou attend-t-on des médecins qu'ils fassent des efforts supplémentaires, peut-être même héroïques, pour établir et maintenir des relations thérapeutiques? En présence de tels patients, les médecins doivent trouver un équilibre entre la responsabilité envers leur propre sécurité et bien-être et ceux de leur personnel et la responsabilité de promouvoir le bien-être des patients. Il importe qu'ils trouvent les moyens de satisfaire à ces deux obligations. Si cela n'est pas possible, ils devront prendre d'autres mesures permettant d'assurer les soins de ces patients. Le caractère intime de la relation médecin / patient peut donner lieu à des attirances sexuelles. Une règle fondamentale de l'éthique médicale demande de ne pas céder à ces attirances. Le serment d'Hippocrate comporte la promesse que « dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être à l'origine de tort ou de corruption, ainsi que d'établir des relations intimes avec des femmes ou des hommes, libres ou esclaves ». Ces dernières années, de nombreuses associations médicales ont réaffirmé l'interdiction de relations sexuelles entre le médecin et son patient. Les raisons de cette interdiction sont tout aussi valables aujourd'hui qu'elles l'étaient au temps d'Hippocrate, il y a

2500 ans. Les patients sont vulnérables et ont confiance qu'ils seront bien traités par leur médecin. Il se peut qu'ils ne résistent pas aux avances sexuelles du médecin par peur de ne pas recevoir le traitement médical nécessaire. De plus, une implication émotionnelle avec un patient peut avoir un effet défavorable sur le jugement clinique du médecin. Cette dernière raison vaut aussi pour les médecins qui traitent les membres de leur propre famille, une pratique fortement découragée par beaucoup de codes d'éthique. Cependant, l'application de cette recommandation, tout comme d'autres que les codes d'éthique énoncent, peut varier en fonction des circonstances. Par exemple, les médecins qui exercent seuls dans des contrées éloignées peuvent avoir à fournir des soins à des membres de leur famille, surtout dans les cas d'urgence. [6]

➤ Communication et consentement

Le consentement 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'AMM sur les droits du patient affirme: Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informerá des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement.

Une bonne communication entre le médecin et le patient est une condition essentielle du consentement éclairé. Lorsque le paternalisme médical était encore considéré comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin donné au patient de se soumettre à tel ou tel traitement. Aujourd'hui la communication exige beaucoup plus des médecins. Ils doivent fournir aux patients tous les renseignements dont ils ont besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes. Ils doivent également confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (un autre médecin, des revues, l'Internet, etc.), s'assurer que les patients comprennent les choix de traitement possibles, y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs éventuelles questions et comprendre la décision du patient, quelle qu'elle soit, et si possible, les raisons qui l'ont motivée. Il n'est pas naturellement donné à tout le monde de bien communiquer. Cette aptitude doit être développée et maintenue par des efforts conscients et

assidus. Les deux principaux obstacles à une bonne communication entre le médecin et le patient sont les différences de langue et de culture. Lorsque le médecin et le patient ne parlent pas la même langue, il convient de faire appel à un interprète. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de disposer d'interprètes qualifiés et le médecin doit aller chercher la personne la mieux qualifiée pour faire ce travail. La culture, qui dépasse la langue tout en l'incluant, pose des problèmes de communication supplémentaires, étant données les différences d'interprétation de la nature et des causes d'une maladie selon la culture, les patients peuvent ne pas comprendre le diagnostic et le choix du traitement du médecin. Il importe alors que le médecin fasse tout son possible pour tester la faculté de compréhension des questions de santé et de guérison du patient et lui donner ses conseils de la meilleure façon possible. Lorsque le médecin est parvenu à communiquer au patient tous les renseignements nécessaires concernant le diagnostic, le pronostic et le choix du traitement, le patient est alors à même de prendre une décision éclairée sur ce qui lui est proposé. Bien que le terme « consentement » laisse supposer une acceptation du traitement, la notion de consentement éclairé s'applique aussi bien à un refus de traitement qu'à un choix de traitement parmi d'autres. Les patients compétents ont le droit de refuser un traitement, quand bien même ce refus provoquerait une incapacité ou la mort. La preuve du consentement peut être explicite ou implicite (supposée). Le consentement explicite sera donné oralement ou par écrit. Le consentement est dit implicite lorsque le patient exprime par son comportement la volonté de se soumettre à une méthode ou à un traitement. Par exemple, le consentement à une piqûre intraveineuse est supposé par le fait même de présenter le bras. Lorsque le traitement comporte des risques ou qu'il provoque plus qu'une légère gêne, l'obtention d'un consentement explicite est préférable. Il est deux exceptions à la demande de consentement éclairé par les patients compétents :

Le cas où le patient cède volontairement son pouvoir de décision au médecin ou à un tiers. Vu la complexité de la question ou la confiance totale dans le jugement de son médecin, le patient peut dire « Faites ce vous pensez être pour le mieux ». Plutôt que de s'empresse de répondre à une telle demande, le médecin fournira au patient les renseignements nécessaires sur les choix de traitement et l'encouragera à prendre les décisions par lui-même. Cependant, si, malgré ces encouragements, le patient tient toujours à ce que ce soit le médecin qui décide, le médecin acceptera, dans le respect du meilleur intérêt du patient.

le cas où la divulgation d'informations est préjudiciable pour le patient. La notion traditionnelle de « privilège thérapeutique » est ici invoquée. Elle autorise les médecins à refuser la

communication de données médicales susceptibles de porter gravement atteinte à l'état physique, psychologique et émotionnel du patient, par exemple, le risque de suicide dans le cas d'un diagnostic de maladie en phase terminale. Ce privilège ouvre la porte à de graves abus et les médecins ne doivent y recourir que dans des cas très particuliers. Ils partiront donc d'abord du principe que tous les patients ont la capacité de faire face aux événements et réserveront ensuite la non-divulgence des données à ceux dont ils sont convaincus qu'il sera beaucoup plus préjudiciable de dire la vérité que de la taire. Certaines cultures estiment souvent que l'obligation du médecin d'informer le patient ne s'applique pas dans les cas de diagnostic de maladie en phase terminale. Elles pensent que la divulgation de l'information réduirait le patient au désespoir et contribuerait à rendre le restant de sa vie plus misérable que s'il gardait un espoir de guérison. Il n'est pas rare dans le monde que les membres de la famille du patient implorent le médecin de ne pas dire au patient qu'il va mourir. Il importe donc que les médecins soient sensibles aux aspects personnels et culturels qui entourent la communication de mauvaises nouvelles, en particulier une mort imminente. Malgré tout, le droit du patient au consentement éclairé est de plus en plus largement accepté et le principal devoir du médecin est ici d'aider les patients à faire valoir ce droit. Alors que la tendance à considérer les soins de santé comme des produits de consommation et les patients comme des consommateurs semble se renforcer, il n'est pas rare que les patients et leurs familles demandent l'accès à des services médicaux qui, de l'avis du médecin, ne sont pas appropriés. Cela peut aller de la demande d'antibiotiques pour une affection virale à une demande de soins intensifs pour des patients cliniquement morts ou encore des demandes de médicaments ou d'opérations chirurgicales prometteuses, quoique non encore éprouvés. Certains patients revendiquent un « droit » au service médical qu'ils estiment salutaire pour eux et les médecins ne se montrent souvent que trop obligeants, même s'ils sont convaincus que le service ne présente aucun avantage médical pour la santé du patient. Ce problème est particulièrement préoccupant lorsque les ressources sont limitées et que la prestation de traitements « futiles » et « non bénéfiques » à certains patients signifie que d'autres restent sans traitement. Les termes futile et non bénéfique peuvent être entendus comme indiqué dans les lignes suivantes. Dans certains cas, le médecin peut décider qu'un traitement est médicalement futile ou non profitable parce qu'il n'offre pas d'espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration ou que le patient n'en retire jamais aucun avantage. Dans d'autres cas, l'utilité et l'avantage d'un traitement ne peut être décidé qu'en fonction de l'appréciation subjective du patient de son bien-être général. En règle générale, le patient doit prendre part aux discussions

concernant la détermination de la futilité de son traitement. Dans des cas exceptionnels, ces discussions peuvent ne pas satisfaire le meilleur intérêt du patient. Le médecin n'a aucune obligation d'offrir un traitement futile ou non bénéfique à un patient. Le principe du consentement éclairé suppose le droit du patient de choisir parmi les options proposées par le médecin. La question de savoir dans quelle mesure les patients et leurs familles ont droit à des services qui ne sont pas recommandés par leurs médecins est aujourd'hui un sujet important de controverse éthique, juridique et aussi de politique publique. En attendant que les gouvernements, les organismes d'assurance médicale et / ou les organisations professionnelles se prononcent sur le sujet, le médecin devra décider par lui-même s'il doit accepter ou non les demandes de traitement inapproprié. Il doit refuser ces demandes lorsqu'il est convaincu que le traitement est plus préjudiciable que bénéfique pour le patient. Il doit aussi se sentir libre de refuser un traitement dont il est improbable qu'il soit bénéfique même s'il n'est pas préjudiciable, bien que la possibilité d'un effet placebo ne doit pas être écartée. Dans le cas de ressources limitées, il doit attirer l'attention des responsables appropriés de l'allocation de ces ressources [6].

➤ Prise de décision pour des patients incapables

Beaucoup de patients ne sont pas capables de prendre les décisions par eux-mêmes. Par exemple, les très jeunes enfants, les personnes atteintes de certaines maladies psychiatriques ou neurologiques et les personnes temporairement inconscientes ou dans le coma. Ces patients ont besoin d'un représentant légal qui sera soit le médecin, soit une autre personne. Cependant, la désignation d'un représentant légal compétent et le choix des critères permettant de prendre une décision au nom du patient incapable soulèvent des problèmes éthiques.

Lorsque le paternalisme médical prévalait encore, le médecin était censé être le représentant légal approprié. Les médecins pouvaient consulter les membres de la famille pour choisir le traitement mais la décision finale leur incombait. Les médecins ont progressivement perdu ce pouvoir dans beaucoup de pays, étant donné que les patients ont maintenant la possibilité de nommer le représentant légal qui décidera à leur place quand ils auront perdu la capacité de le faire eux-mêmes. De plus, certains états spécifient les représentants légaux appropriés dans un ordre décroissant (par exemple, le mari ou la femme, l'enfant adulte, les frères et sœurs).

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient indique le devoir du médecin en pareil cas:

Si le patient est inconscient ou incapable d'exprimer sa volonté, le représentant légal doit, lorsqu'il le peut faire connaître son consentement éclairé. Si en l'absence du représentant légal,

il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention.

Des problèmes surgissent lorsque les personnes qui prétendent être les représentants légaux compétents, par exemple les différents membres d'une famille, ne sont pas d'accord ou, si elles le sont, leur décision n'est pas selon le médecin dans le meilleur intérêt du patient. Dans le premier cas, le médecin peut jouer un rôle de médiateur, mais si le désaccord persiste, il faudra envisager d'autres solutions, par exemple, laisser l'aîné de la famille décider ou encore recourir au vote. En cas de désaccord entre le représentant légal et le médecin, la Déclaration sur les droits du patient recommande que « lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée ». Les principes et procédures de consentement éclairé examinés dans la section précédente s'appliquent aussi bien au représentant légal qu'au patient qui décide par lui-même. Les médecins ont le devoir de donner aussi au représentant légal tous les renseignements dont il a besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes. Ils doivent également confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (un autre médecin, des revues, l'Internet, etc.), s'assurer que les patients comprennent les choix de traitement possibles, y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs éventuelles questions et comprendre la décision du patient, quelle qu'elle soit, et si possible, les raisons qui l'ont motivée. Le principal critère sur lequel doit se fonder la décision du traitement pour un patient incapable est l'expression de ses préférences lorsque celles-ci sont connues. Ces préférences peuvent soit être indiquées dans une directive anticipée soit communiquées au représentant légal désigné, au médecin ou à d'autres membres du personnel soignant. Lorsqu'elles ne sont pas connues, les décisions concernant le traitement doivent être prises sur la base du meilleur intérêt du patient, et tenir compte: (a) du diagnostic et du pronostic établis; (b) des valeurs reconnues; (c) des renseignements fournis par des personnes proches du patient et pouvant aider à définir ce qui constitue son meilleur intérêt; (d) des aspects culturels et religieux susceptibles d'influencer la décision concernant le traitement. Cette approche n'est pas aussi satisfaisante que si le patient avait donné des instructions spécifiques, mais permet au représentant légal de déduire, à la lumière des autres choix effectués par le



patient et de son rapport à l'existence en général, ce que le patient aurait décidé dans la situation donnée.

La capacité à prendre des décisions médicales peut être difficile à évaluer, en particulier chez les très jeunes gens et chez les personnes présentant une diminution de la faculté de raisonnement à la suite d'une maladie grave ou chronique. Une personne peut être capable de prendre des décisions sur certains aspects de la vie mais incapable sur d'autres; de même, cette capacité peut être discontinue – une personne peut être raisonnable à certains moments de la journée et pas du tout à d'autres. Bien que ces patients puissent ne pas être légalement capables, leurs préférences doivent être prises en considération lorsque des décisions sont prises à leur égard. La Déclaration sur les droits du patient exprime le problème en ces termes: « Si le patient n'a pas encore atteint l'âge de la maturité ou s'il est légalement incapable, il est nécessaire dans certaines juridictions d'avoir le consentement du représentant légal. Néanmoins, le patient devra, dans toute la mesure du possible, prendre part aux décisions ». Souvent, les patients ne peuvent pas prendre une décision raisonnée et réfléchie concernant les différents choix de traitement à cause des malaises et des troubles que provoque leur maladie. Cependant, il leur est parfois possible d'indiquer leur refus pour une intervention particulière, par exemple, en débranchant le tube d'alimentation par intraveineuse. Il convient en pareil cas de prendre ces signes de dissentiment très au sérieux, même s'ils doivent être examinés à la lumière de tous les objectifs du schéma thérapeutique. Les patients souffrant de désordres psychiatriques et neurologiques susceptibles de constituer un danger pour eux-mêmes ou pour d'autres personnes soulèvent des questions éthiques particulièrement difficiles. Il est important que leurs droits humains, en particulier le droit à la liberté, soient dans toute la mesure du possible, respectés. Toutefois, un internement et / ou traitement contre leur gré peut être nécessaire pour les empêcher de faire du mal, à eux-mêmes ou aux autres. Il convient ici de faire une distinction entre internement involontaire et traitement involontaire. Certains défenseurs du patient font valoir pour ces individus le droit de refuser le traitement même s'ils doivent être internés par la suite. Une des raisons légitimes de refuser le traitement pouvant être l'expérience douloureuse d'un traitement administré dans le passé, par exemple, des effets secondaires graves de médicaments psychotropes. Les médecins qui acceptent d'être les représentants légaux de ces patients doivent s'assurer qu'ils constituent pour les autres ou pour eux-mêmes, un réel danger et non un simple sujet d'inquiétude. Ils doivent aussi chercher à connaître les préférences du patient en matière de

traitement et les raisons de ces préférences, même si, en fin de compte, elles ne pourront être satisfaites.

➤ 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 le considérerai comme un secret » [6]. Toutefois, d'autres codes rejettent cette approche absolutiste de la confidentialité. Ainsi, par exemple, le Code international d'éthique médicale de l'AMM stipule qu'il « est éthiquement correct de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent ou lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient ou d'autres et que cette menace peut être neutralisée uniquement en rompant la confidentialité. Le fait que des entorses à la confidentialité soient parfois justifiées demande des éclaircissements sur la notion même de confidentialité. Trois principes président à la valeur particulière de la confidentialité: l'autonomie, le respect d'autrui et la confiance. L'autonomie est liée à la confidentialité en ce que les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu et qu'ils ne doivent pas être portés à la connaissance d'autrui sans son consentement. Lorsqu'un individu révèle des renseignements personnels à un médecin ou à une infirmière, par exemple, ou lorsqu'un examen médical fait apparaître certains renseignements, il importe que ceux-ci soient tenus secrets par celui qui en a connaissance à moins que l'intéressé n'en permette la divulgation.

L'importance de la confidentialité tient aussi au fait que les êtres humains sont en droit d'être respectés. Une des façons de leur témoigner ce respect est de préserver leur vie privée. Dans le milieu médical, la vie privée est souvent fort compromise et ce devrait être là une raison suffisante pour empêcher d'autres ingérences inutiles. Étant donné que les individus n'expriment pas tous la même envie en matière de vie privée, on ne peut présumer que tout le monde veuille être traité de la même manière. Il importe de déterminer avec attention les renseignements personnels qu'un patient souhaite garder secrets et ceux qu'il souhaite communiquer à d'autres.

La confiance est essentielle dans la relation médecin / patient. Afin de recevoir des soins médicaux, les patients doivent communiquer des renseignements personnels aux médecins, voire à d'autres personnes qui leur sont totalement étrangères – des renseignements dont ils souhaiteraient que personne d'autre n'en prenne connaissance. Ils doivent avoir de bonnes raisons de faire confiance à leur soignant pour ne pas divulguer ces informations. La base de

cette confiance se trouve dans les normes de confidentialité éthiques et juridiques que les professionnels de santé sont tenus de faire respecter. S'ils ne sont pas certains que leurs révélations seront gardées secrètes, les patients peuvent ne pas donner de renseignements personnels les concernant. Mais cela peut gêner les médecins dans leurs efforts d'intervenir efficacement ou d'atteindre certains objectifs de santé publique.

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient résume le droit du patient à la confidentialité comme suit :

- ✓ Toute information identifiable concernant l'état de santé, les circonstances médicales, le diagnostic, le pronostic, le traitement du patient et toute autre information le concernant en propre, doit rester confidentielle, même après sa mort. Exceptionnellement, les descendants peuvent avoir un droit d'accès aux informations susceptibles de révéler les risques qu'ils encourent pour leur santé.
- ✓ L'information confidentielle ne peut être divulguée qu'à la condition expresse que le patient en donne le consentement ou qu'à condition que la loi l'autorise expressément. Elle ne peut être divulguée aux autres pourvoyeurs de santé que sur la base du « besoin de savoir » à moins que le patient n'en donne son consentement explicite.
- ✓ Toutes les données identifiables concernant le patient doivent être protégées. Cette protection doit correspondre à leur forme de stockage. Les substances humaines à partir desquelles ces données sont identifiables doivent être également protégées.

Comme l'affirme cette déclaration, 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, infirmières, 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 les 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 conformer.

Lorsque les médecins sont persuadés de la nécessité de se soumettre au règlement juridique concernant la divulgation des renseignements médicaux de leurs patients, il est souhaitable qu'ils discutent au préalable du bien-fondé de cette divulgation avec les patients avant d'engager leur coopération. Par exemple, il est préférable que le patient soupçonné de mauvais traitements envers les enfants appelle les services de protection de l'enfant en la présence du médecin pour faire sa déclaration ou que le médecin obtienne son consentement avant d'en informer les autorités. Il s'agit là d'une préparation aux interventions suivantes. Si cette coopération n'est pas possible et que le médecin a des raisons de croire que tout retard de signalement peut être sérieusement préjudiciable pour les enfants, alors le médecin devra immédiatement aviser les services de protection concernés et en informer ensuite le patient. 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.

Le non-respect de la confidentialité peut, lorsqu'il n'est pas 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 renseignements. 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 risques. 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. L'aide médicale à des criminels suspects ou reconnus coupables pose des problèmes particuliers en ce qui concerne la confidentialité. Bien que les médecins soignant les détenus aient une indépendance limitée, ils doivent faire tout leur possible pour traiter ces patients comme tous les autres. En particulier, ils doivent garantir la confidentialité en ne révélant pas aux autorités pénitentiaires des détails sur l'état de santé du patient sans le consentement préalable de ce dernier.

#### ✓ Questions relatives au début de vie

En éthique médicale, beaucoup de questions importantes concernent le début de vie. La portée limitée du présent manuel ne permet pas de traiter ces questions en détail, mais il peut être utile d'en présenter une liste afin d'en reconnaître la nature éthique et de les traiter en tant que telles. Chacune a fait l'objet d'analyses approfondies par les associations médicales, les spécialistes de l'éthique et les organes consultatifs auprès des gouvernements et il existe à leur sujet, dans beaucoup de pays, des lois, des réglementations et des déclarations.

- la contraception – le fait qu'il existe une reconnaissance internationale croissante du droit de la femme à contrôler sa fertilité, notamment la prévention d'une grossesse non désirée, ne dispense

pas les médecins de toujours devoir traiter des questions délicates comme la demande de contraceptifs par des mineurs et l'explication des risques inhérents à chaque méthode de contraception.

- la procréation médicalement assistée – il existe pour les couples (et individus) qui ne peuvent concevoir naturellement de multiples techniques de l'assistance médicale à la procréation, telles que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon, largement disponibles dans les principaux centres médicaux. La pratique de maternité de substitution ou mère-porteuse est une autre solution. Aucune de ces méthodes ne va cependant pas sans poser de problèmes.
- le dépistage génétique prénatal – des tests génétiques sont maintenant disponibles pour détecter l'affection pour certaines anomalies génétiques d'un embryon ou d'un fœtus et pour connaître la nature masculine ou féminine de son sexe. Les médecins doivent déterminer le moment opportun de proposer ces tests et choisir la manière appropriée d'expliquer les résultats.
- l'avortement – cette question a longtemps été un des plus grands sujets de discorde de l'éthique médicale, à la fois pour les médecins et les pouvoirs publics. La Déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique reconnaît cette diversité de vues et de convictions et conclut que « c'est une question de conviction et de conscience personnelles qui doit être respectée ».
- les nouveau-nés dont la survie est gravement compromise – en raison d'une extrême prématurité ou de malformations congénitales, certains nouveau-nés ont un très faible pronostic de survie. Il faut souvent faire le choix difficile d'essayer de prolonger leur vie ou de les laisser mourir.
- les questions relatives à la recherche – elles concernent notamment la production de nouveaux embryons ou l'utilisation des embryons « surnuméraires » (ceux dont on ne veut pas pour la reproduction) pour obtenir des cellules-souches à des fins thérapeutiques, les essais de nouvelles techniques de procréation assistée et les expérimentations sur les fœtus.

# DEMARCHE METHODOLOGIQUE

## 4. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

### 4.1. Cadre de l'étude:

Notre étude a été menée au service de Gynéco-obstétrique du CHU Point G

#### 4.1.1.C.H.U. du Point "G" :

L'hôpital du Point-G, actuel Centre Hospitalier Universitaire a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Érigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002. Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville en Commune III, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. Structure de troisième Référence, il abrite plusieurs services en son sein.

#### 4.1.2 Le service de Gynécologie Obstétrique :

Il a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens. La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
  - 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
  - 1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
  - 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
  - 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
  - 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
-



- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Professeur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ; le service était en voie d'extinction
- 2003 à nos jours : le service de Gynéco-Obstétrique qui n'existait plus sur l'organigramme de l'hôpital du Point G à été ré-ouvert par le Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le bâtiment abritant le service de gynécologie obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre le service de médecine interne en avant, le service de Réanimation en arrière et l'Urologie à gauche. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- 6 Gynécologues obstétriciens
- 1 Médecin généraliste (en Spécialisation)
- 3 Assistants médicaux (Aide de bloc)
- 16 Techniciens supérieurs de santé dont :
  - 14 sages femmes (1 en formation),
  - 1 Major,
  - 1 Aide de bloc.
- 9 Techniciens de santé
- 2 Aides Soignantes
- 8 Garçons de Salle dont 2 au bloc opératoire
- 1 Secrétaire.

#### **4.1.3 Fonctionnement**

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) , 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la visite générale à lieu chaque Vendredi dirigé par le chef de service après le staff.

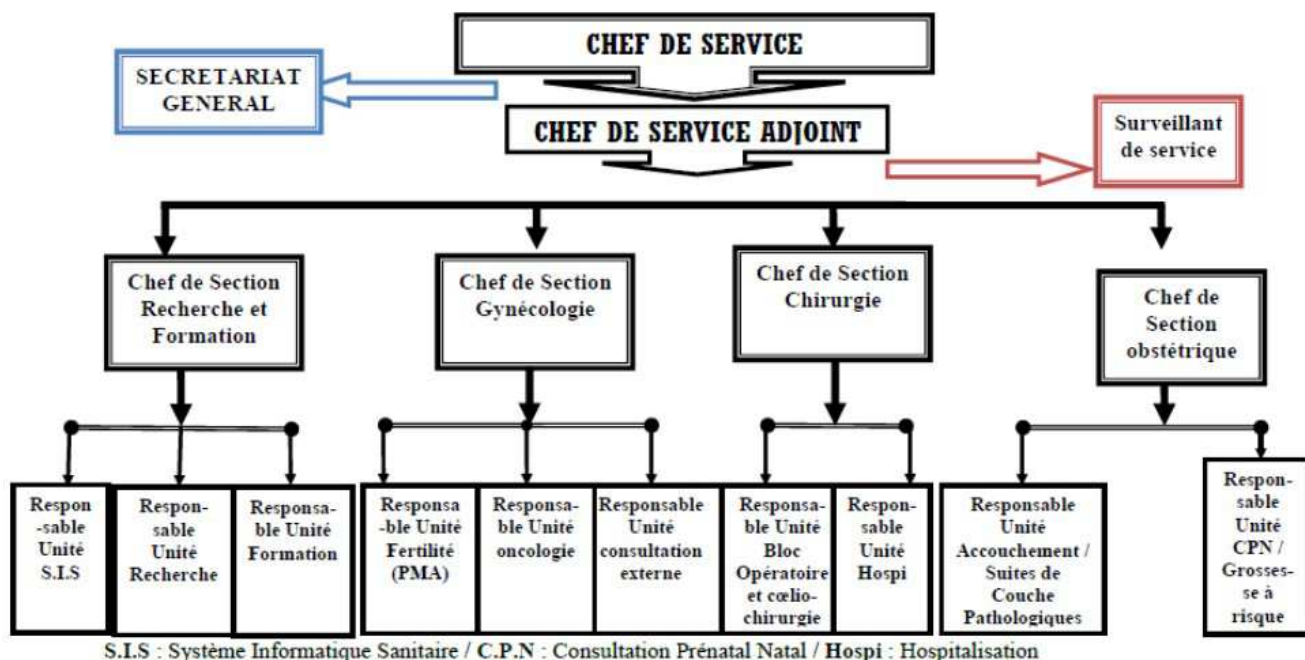
Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière et deux garçons de salle.

Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences gynéco-obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

En effet l'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation),
- d'une unité de cœlio-chirurgie,
- d'une unité d'oncologie gynécologique
- 



#### **4. 2 Type d'étude:**

Il s'agit d'une étude transversale de type qualitatif.

#### **4. 3 Période d'étude**

Notre étude s'est étendue sur une période de trois(3) mois, allant de Mars à Mai 2013.

#### **4. 4 Population d'étude**

Deux sous-groupes de populations ont été concernés par l'étude. D'une part : Les médecins et les sages-femmes et d'autre part les patientes.

##### **4.4.1 Échantillonnage:**

Il s'agit d'un échantillonnage par inclusion de tous les individus répondant à nos critères. Notre échantillon abordé sur la base d'une participation volontaire par suite d'information sur le but et les objectifs de l'étude se comporte comme suit:

- 20 Médecins.
- 10 Sages-femmes.
- 30 Patientes.

##### **4.4.2 Critères d'inclusion** du personnel et des patientes:

- **Personnel soignant:** Pour être inclus à cette étude, il fallait être soit Médecin généraliste ou gynéco-obstétricien ou sage-femme exerçant dans le service de gynéco-obstétrique du CHU point G depuis plus de 6mois.

- **Patientes:** Toute patiente consciente, admise au service de gynéco-obstétrique du CHU point G pour accouchement, consultation prénatale, intervention chirurgicale et ayant donné son consentement pour participer à l'étude.

##### **4.4.3 Critères de non inclusion :**

N'étaient pas inclus à cette étude les internes ; les infirmières, les médecins stagiaires

Toute personne abordée et informée ne désirant pas participer à l'étude.

##### **4.4.4 Plan de collecte:**

La collecte des données a été réalisée à l'aide de deux(2) types de questionnaires structurés préalablement conçus. L'un était destiné aux médecins et sages-femmes et l'autre aux patientes du service.

##### **4.4.5 Considérations éthiques:**

Plusieurs éléments ont été considérés dans la réalisation de cette étude afin de respecter la dimension éthique.

Ouverture et respect à l'égard des personnes questionnées.

La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de

Thèse : L'éthique dans la pratique gynéco-obstétricale.

l'anonymat des participants (questionnaire anonyme).

--Afin que le participant puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de la recherche et le sort réservé aux informations données.

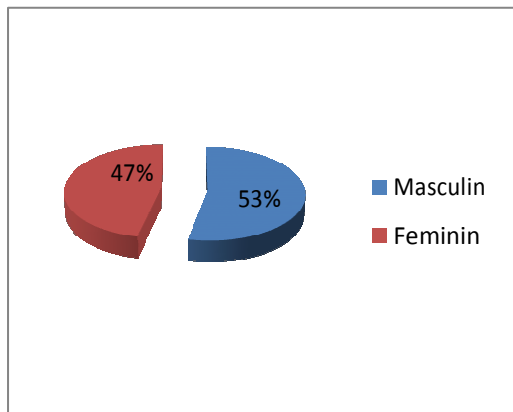
#### **4.5 Plan d'analyse :**

La saisie a été faite à partir du logiciel Microsoft Office Word 2007, l'analyse des données a été effectuée à partir des logiciels SPSS version 17 et Microsoft Office Excel 2007.

# ***RESULTATS***

## 5. RESULTATS

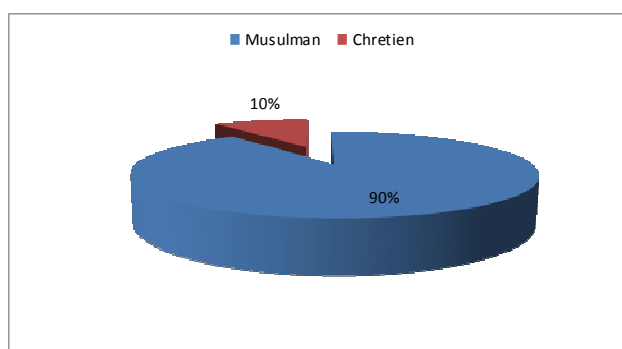
### 5.1 DONNÉES DU PERSONNEL SOIGNANT AU CHU PG



**Figure 1 :** Répartition du personnel soignant en fonction du sexe

Parmi le personnel soignant 14 étaient des femmes et 16 des hommes, soit respectivement 47% et 53%.

L'âge moyen du personnel soignant était de 37,3 ans.

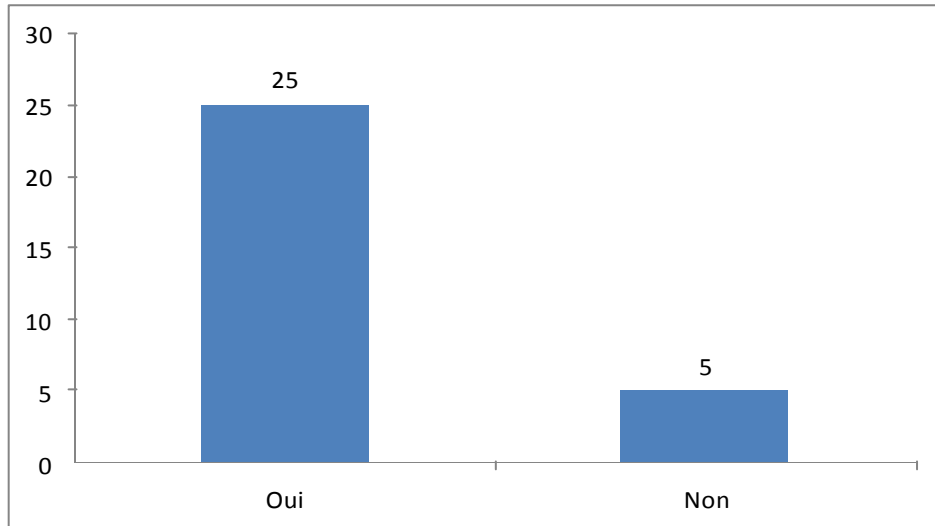


**Figure 2 :** Répartition du personnel soignant en fonction de la religion.

Dans notre étude seulement 3 (10%) étaient des chrétiens et le reste étaient des musulmans (90%).

---

## **I – CONNAISSANCE LIEE A L'ETHIQUE DANS LA PRATIQUE GYNECO-OBSETRICALE:**



**Figure 3 :** Répartition du personnel soignant ayant entendu parler de l'éthique.

Selon notre étude, la majorité 25/30 du personnel soignant ont entendu parler de l'éthique, contre 5 seulement.

---

**Tableau1 :** Répartition du personnel ayant entendu parler de l'éthique selon la source d'information, et selon qu'il pouvait définir l'éthique.

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Faculté	15	50,0
Faculté+Hôpital	4	13,3
NSP	4	13,3
Radio	3	10,0
Hôpital	2	6,7
Faculté+Hôpital+Formations	1	3,3
Télévision	1	3,3
Total	30	100,0

La faculté était le lieu où la majorité des agents enquêtés ont été informé sur l'éthique (50%).

Concernant la définition de l'éthique, 4/10 sages-femmes ont pu donner une définition de l'éthique, alors que la plupart des médecins 18/20 ont pu définir l'éthique.

**Tableau2 :** Répartition du personnel soignant selon leur connaissance de l'existence du code d'éthique.

Code d'éthique	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	76,7
Non	7	23,3
Total	30	100,0

Dans notre étude 76,7% du personnel soignant avait une connaissance de l'existence du code d'éthique. Cependant 23,3% ignorait l'existence du code d'éthique.



**Tableau3 :** Répartition du personnel soignant selon la connaissance du lieu de procuration.

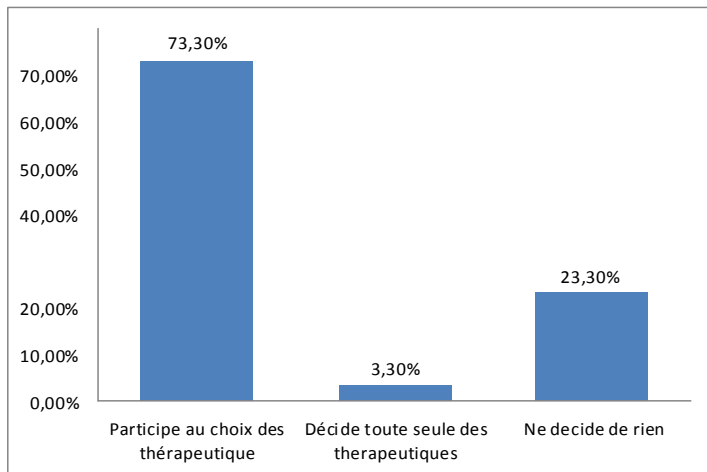
Connaissance du lieu où s'en procurer	Effectif	Pourcentage
Oui	20	69
Non	10	31
Total	30	100,0

La plupart du personnel soignant 69% connaissait là ou se procurer un code d'éthique.

**Tableau 4 :** Répartition du personnel soignant selon la connaissance du rôle du service de Gynéco-obstétrique.

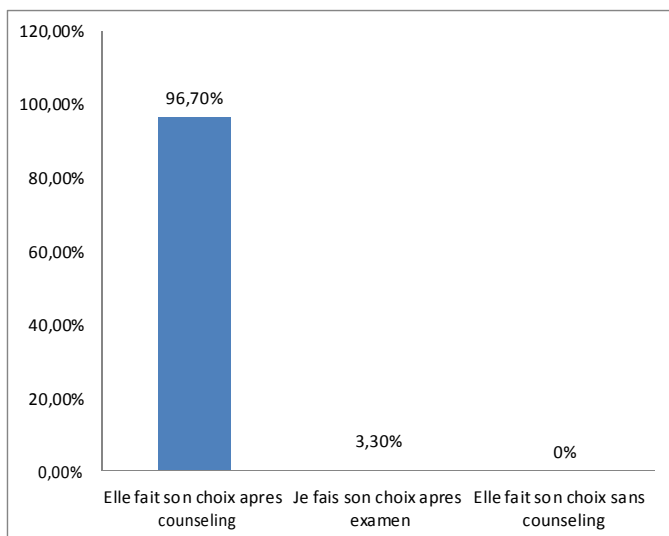
Réponse	Effectif	Pourcentage
Garantie la qualité de l'accueil et des soins	28	93,3
Garantie la qualité des soins	1	3,3
NSP	1	3,3
Total	30	100,0

La majorité du personnel soignant soit 93,3% a affirmé que la connaissance du rôle du service de Gynéco-obstétrique était de garantir la qualité de l'accueil et des soins.



**Figure4 :** Répartition du personnel soignant selon le rôle de la patiente dans le choix des thérapeutiques.

La plupart du personnel 73,30% a affirmé que la patiente participait aux choix de ses thérapeutiques.



**Figure5 :** Répartition du personnel soignant selon le choix de la patiente par rapport à la contraception.

La majorité du personnel 96,70% a trouvé que les patientes faisaient eux même leur choix de contraception après counseling.

**Tableau 5 :** Répartition du personnel soignant selon l'obtention du consentement avant tout examen gynécologique.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Après le consentement de la patiente	29	96,7
son consentement n'est pas nécessaire	1	3,3
Total	30	100,0

La presque totalité du personnel 96,7% pensait obtenir le consentement de la patiente avant tout examen.

**Tableau 6 :** Répartition du personnel soignant selon la connaissance liée au respect de l'intimité et de la croyance des patientes.

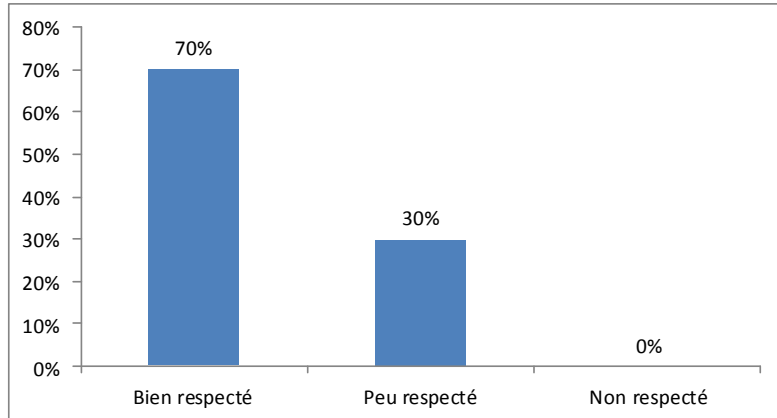
Réponse	Effectif	Pourcentage
Respecter sa croyance et son intimité	26	86,7
Respecter sa croyance	2	6,7
Respecte son intimité	1	3,3
Ne respecter ni sa croyance ni son intimité	1	3,3
Total	30	100,0

La majorité du personnel 86,7% respectait la croyance et l'intimité de la patiente.

---

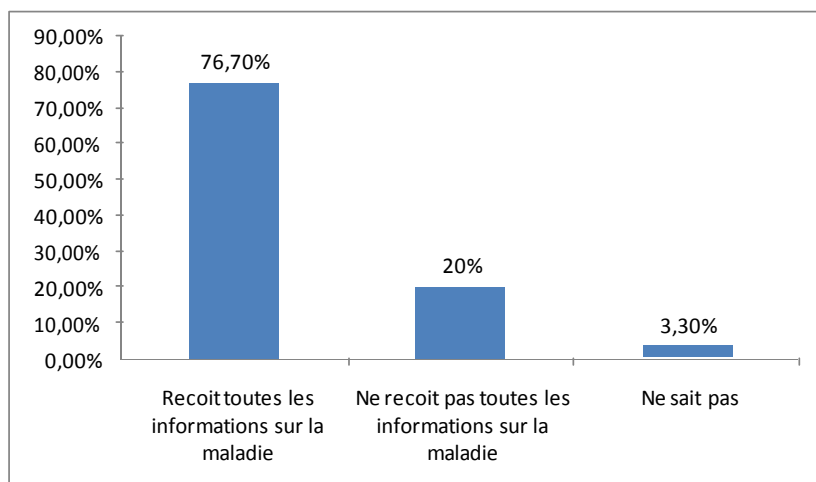
## II - ATTITUDE DES MÉDECINS DANS LA PRATIQUE GYNECO-OBSETRICALE :

Le service de gynéco-obstétrique était accessible à tous sans distinction



**Figure6:** Répartition selon que la vie privée des patientes et la confidentialité des informations personnelles étaient ou non bien respectées.

La majorité du personnel 70% pensait bien respecter la vie privée des patientes et la confidentialité des informations personnelles leur concernant.



**Figure7 :** Répartition du personnel selon qu'il pensait ou non que les malades recevaient toutes les informations nécessaires concernant leurs maladies.

La majorité du personnel 76,70% pensait donner toutes les informations nécessaires aux malades.

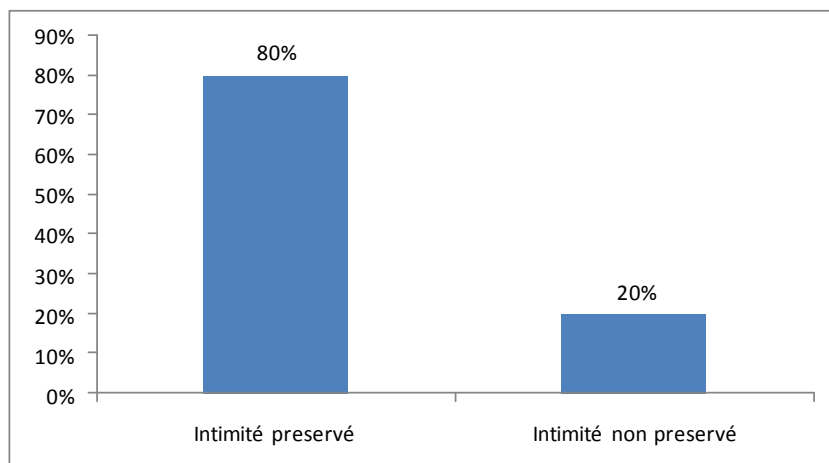
---

**Tableau7:** Répartition du personnel soignant selon qu'ils pensaient obtenir ou non le consentement volontaire et éclairé des patientes avant de les administrer les soins.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	16	53,3
Non	8	26,6
Autres	5	16,6
Oui parfois non	1	3,3
Total	30	100%

Autres : le consentement n'est pas demandé si la patiente n'est pas consciente et au cas où on ne parle pas le même langage.

La plupart du personnel soignant 53,3% pensait obtenir le consentement volontaire et éclairé des patientes avant de leur administrer des soins.



**Figure8 :** Répartition du personnel selon qu'il pensait ou non que l'intimité des patientes était préservée.

La majorité du personnel 80% pensait préserver l'intimité des patientes.

**Tableau 8:** Répartition des soignants selon le niveau de satisfaction avec les patientes au sein du service.

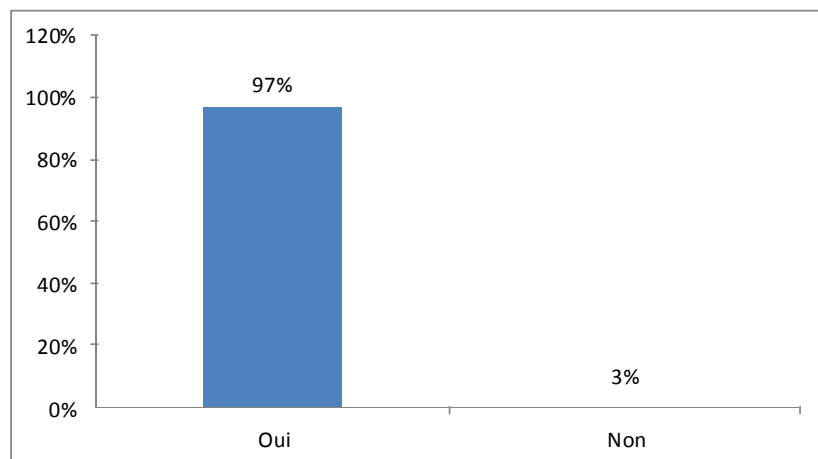
Réponse	Effectif	Pourcentage
Assez satisfaisant	13	43,3
Peu satisfaisant	10	33,3
Très satisfaisant	6	20,0
Pas du tout satisfaisant	1	3,3
Total	30	100,0

La plupart du personnel 43,3% était assez satisfait des patientes.

**Tableau9 :** Répartition des soignants selon le niveau de satisfaction avec les accompagnants au sein du service.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Peu satisfaisant	18	60,0
Pas du tout satisfaisant	8	26,7
Très satisfaisant	2	6,7
Assez satisfaisant	2	6,7
Total	30	100,0

La plupart du personnel soignants 60% était peu satisfait des accompagnants pour plusieurs raisons.



**Figure 9:** Répartition des personnels selon qu'ils pensaient ou non que leur structure avaient besoin d'une unité d'IEC en éthique.

La plupart du personnel soignant 97% pensait que leur structure avait besoin d'une unité d'IEC en éthique.

**Tableau10 :** Répartition du personnel selon la connaissance des plaintes majeures des patientes à l'égard du service.

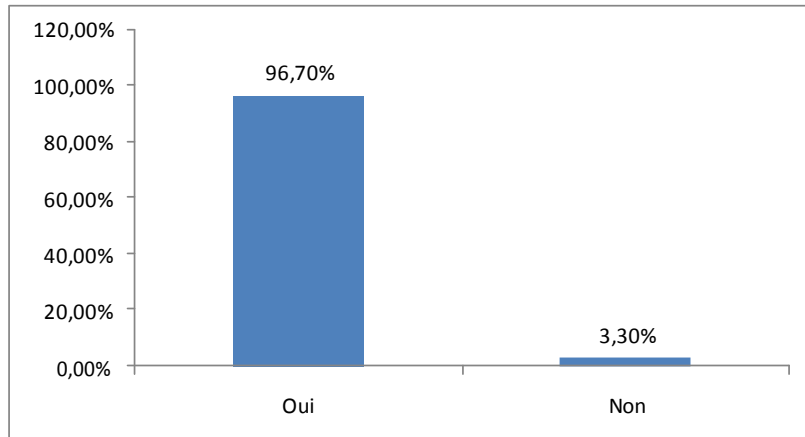
Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	27	90,0
Non	3	10
Total	30	100,0

La majorité du personnel 90% affirme être informé de plaintes majeures des patientes.

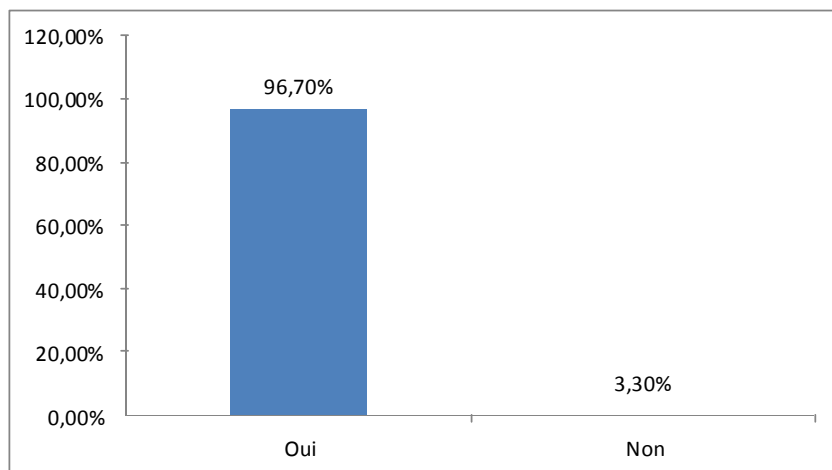
La plupart d'entre eux ont signalé le problème de manque de toilette, de manque d'eau et de retard dans les visites.

### **III- PLACE ET RESPECT DE L'ETHIQUE DANS LA GYNECO-OBSTETRIQUE :**

La majorité des agents a confirmé que l'éthique était indispensable dans la pratique gynéco-obstétrique. Ils ont signalé que c'est l'outil qui leur permet de respecter la pudeur de la patiente.



**Figure10 :** Répartition du personnel selon qu'il avait l'habitude ou non de prendre en charge des patientes sans aucune ressource financière.



**Figure11 :** Répartition des personnels selon qu'ils avaient l'habitude ou non de donner des soins à des patientes d'ethnie ou de religion différentes de la leur.

La plupart du personnel 96,7% donnait des soins à des patientes d'ethnie ou de religion différente de la leur.



**Tableau11 :** Répartition des personnels selon la condition dans laquelle ils examinaient les patientes.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Préservant son intimité	22	73,33
sous le regard des autres	6	20,00
Autres	2	6,67
Total	30	100,0

La plupart du personnel 73,3% a signalé pouvoir préserver l'intimité des patientes, Contre 20% qui a signalé ne pas pouvoir préserver l'intimité des patientes dans certaines unités (salle d'accouchement....)

**Tableau12:** Répartition des personnels selon qu'ils permettaient ou non qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

Réponse	Effectif	Pourcentage
oui	24	80,0
Non	6	20,0
Total	30	100,0

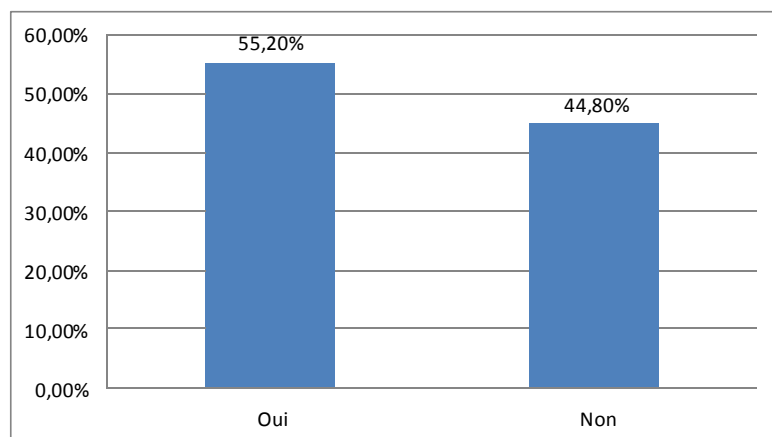
La majorité du personnel 80% permettait qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

**Tableau13 :** Répartition du personnel qui permettait qu'un malade quitte l'hôpital avant guérisons selon le contexte dans lequel ils le faisaient.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Informé des risques et signer une décharge	15	50,0
Après avoir informé des patientes des risques.	10	33,3
Autres	3	10,0
Sans aucune condition	2	6,7
Total	30	100,0

Autre : Si la patiente ne possédait pas les moyens, ou si une influence extérieure venait de l'environnement de la patiente.

La moitié du personnel 50% le permettait qu'après avoir informé les risques encourus et faire signer une décharge à la patiente.

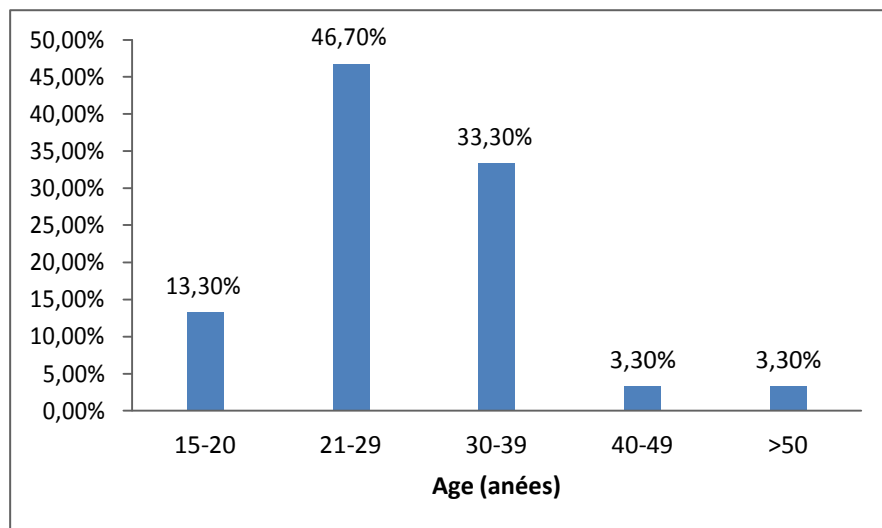


**Figure12 :** Répartition du personnel soignant selon leur connaissance de l'existence de comités d'éthique au Mali.

La plupart du personnel soignant 55,2% connaissait l'existence des comités d'éthique.

Au cours de notre étude nous avons constaté que les seuls comités d'éthique qui existaient au Mali sont : celui de la FMPOS de L'INRSP, et du CNAM.

## 5.2 RESULTATS ENQUETE PATIENTES



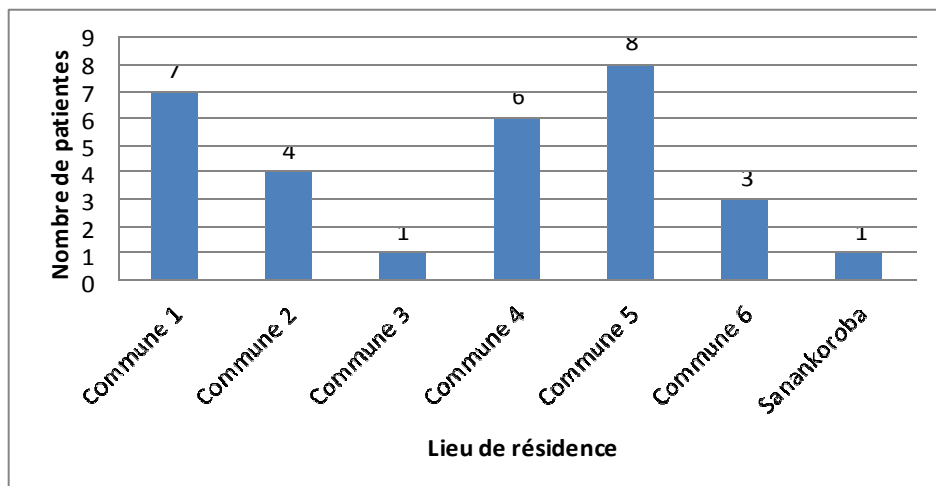
**Figure13 :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de 21-29 ans.

**Tableau 14 :** Répartition des patientes selon la profession.

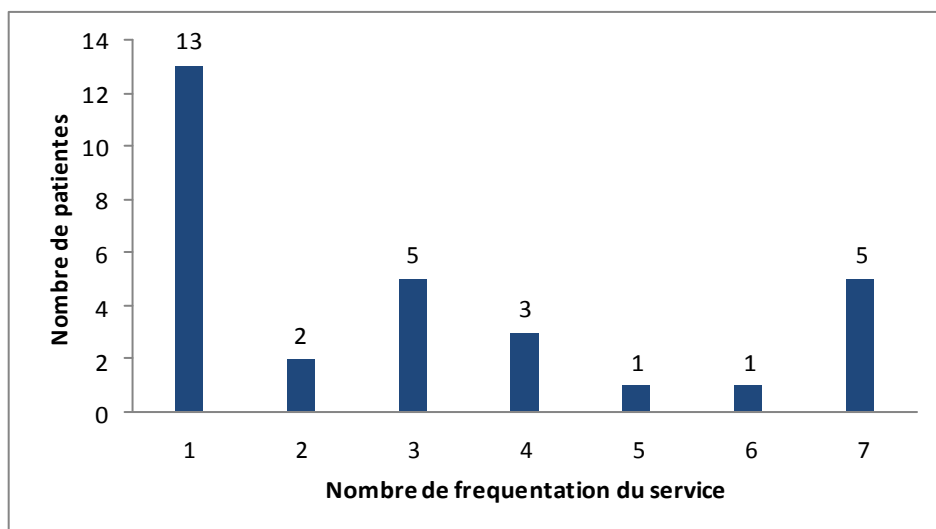
Réponse	Effectif	Pourcentage
Ménagère	13	43,3
Etudiante	4	13,3
vendeuse	4	13,3
Elève	3	10,0
coiffeuse	1	3,3
Cuisinière	1	3,3
ménagère	1	3,3
sage-femme	1	3,3
secrétaire	1	3,3
Technicienne de santé	1	3,3
Total	30	100,0

La majorité des patientes était des ménagères 43,3%.



**Figure14 :** Répartition des patientes selon la résidence par commune.

La majorité de nos patientes résidait dans la commune 5 et la commune 1.



**Figure15 :** Répartition des patientes en fonction du nombre de fréquentation du service.

La plupart des patientes enquêtée était à leur première visite.

**Tableau15:**Répartition des patientes en fonction de leur perception de l'accueil.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Assez bon	25	83,3
Bon	4	13,3
Moyenne	1	3,3
Total	30	100,0

La majorité des patientes soit 83,3% a trouvé acceptable l'accueil au sein du service.

**Tableau16 :** Répartition des patientes en fonction de la suggestion d'une amélioration de l'accueil.

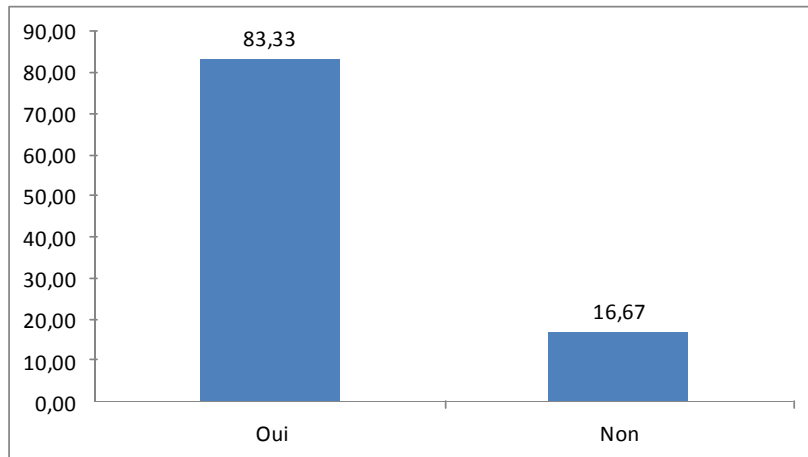
Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	23	76,7
Non	7	23,3
Total	30	100,0

La plupart des patientes 76,7% a suggéré une amélioration de l'accueil.

**Tableau17:** Répartition des patientes selon qu'elles se sentaient ou non à l'aise au cours des prestations.

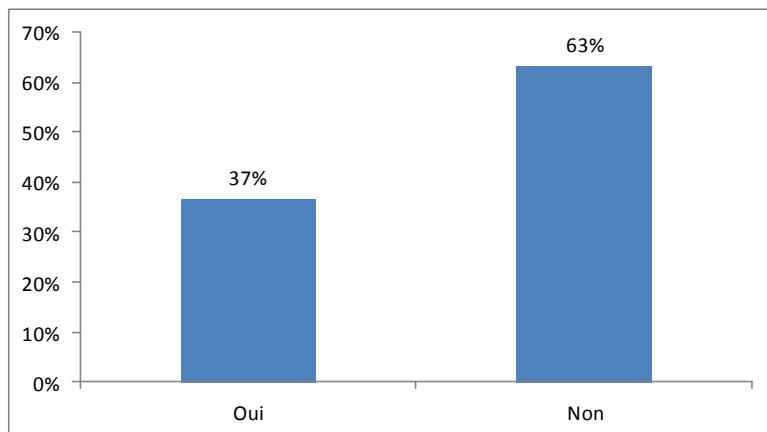
Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	25	83,3
Non	5	16,7
Total	30	100,0

La majorité des patientes 83,3% se sentait à l'aise au cours des prestations.



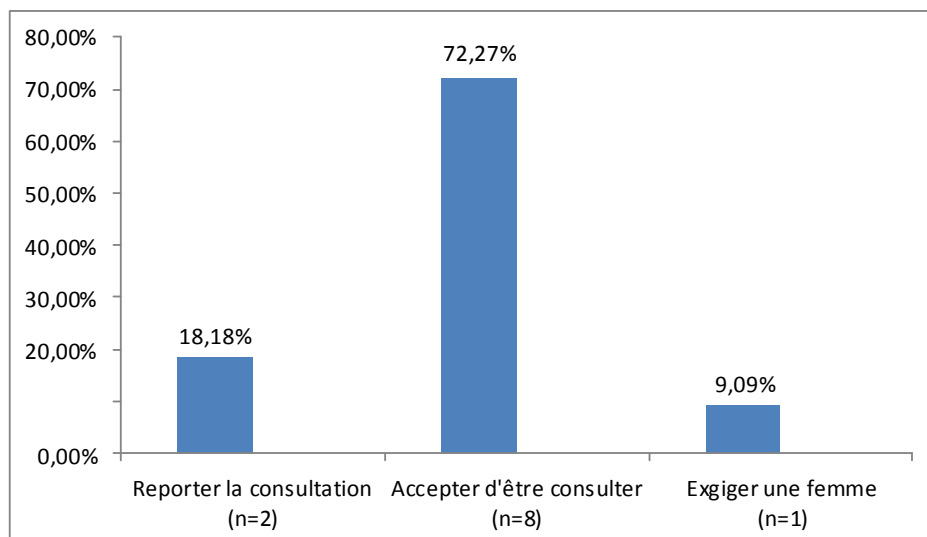
**Figure16:** Répartition des patientes selon que leur intimité avait été respecté

La majorité des patientes enquêtées 83,3% pensait que leur intimité était respectée au sein du service.



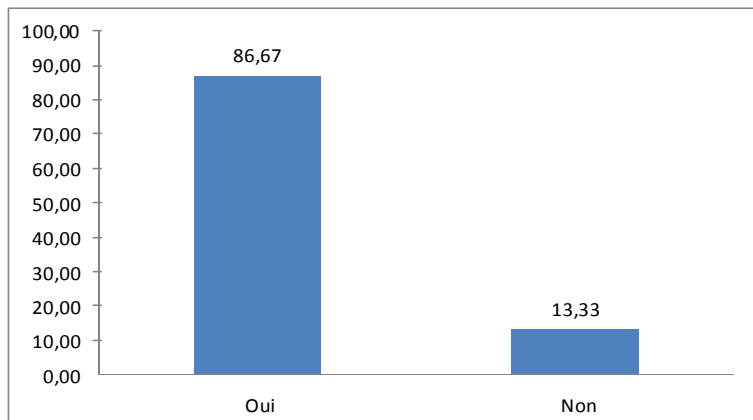
**Figure17 :** Répartition des patientes selon qu'elles étaient ou non mal à l'aise d'être vues par un gynécologue.

La majorité des patientes ;63% n'avait pas de problème d'être vue par un gynécologue. Certaines patientes ;37% préférait être vues par une gynécologue.



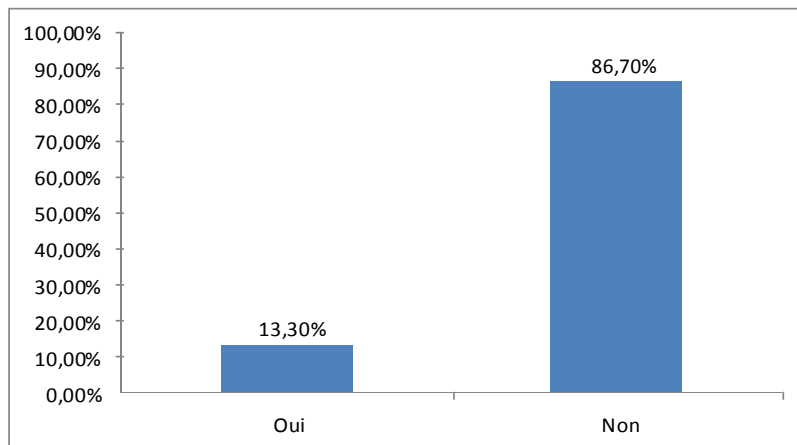
**Figure 18 :** Répartition des patientes selon leur avis de ne pas être consultées par un gynécologue.

Parmi les 11 patientes qui voudraient être consultées par une gynécologue 18,18% (2/11) ont souhaité reporter leur consultation, 72,27% (8/11) ont accepté d'être consultées, et 9,09% (1/11) exige une femme si un gynécologue devrait faire la consultation.



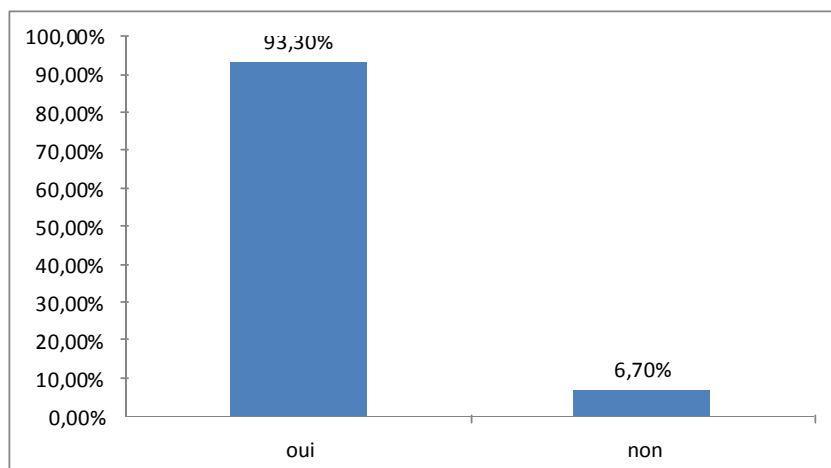
**Figure19 :** Répartition des patientes selon que leur consentement est demandé ou non avant tout acte gynécologique.

La majorité des patientes 86,6% confirme que leur consentement était demandé avant tout acte gynécologique.



**Figure 20 :** Répartition des patientes selon que la nature de leur vie privée influence la prestation.

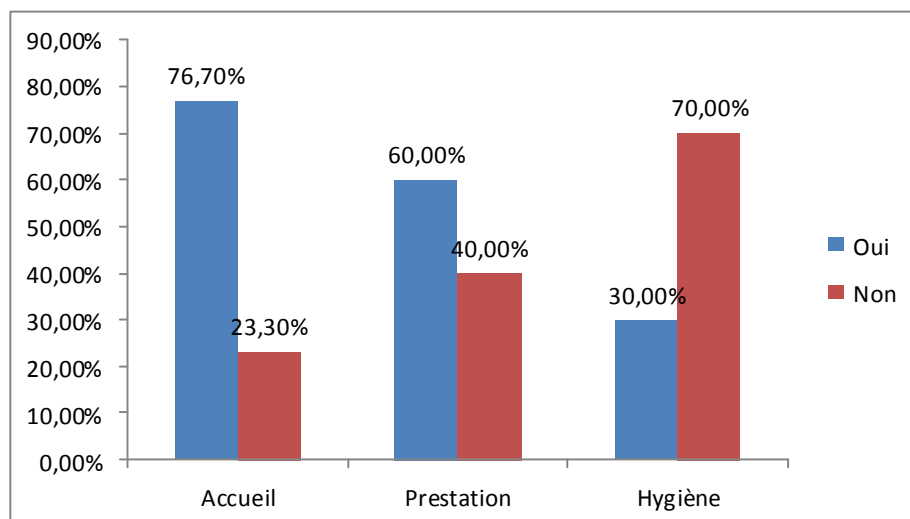
La plupart des patientes 86,7% confirme que leur vie privée n'avait aucune influence sur les prestations.



**Figure21 :** Répartition des patientes selon qu'elles pensaient ou non avoir reçu toutes les informations nécessaires avant le traitement.

Nous avons trouvé dans notre étude que 93,3% de nos patientes ont confirmé avoir toutes les informations avant leur traitement.





**Figure22.** Répartition des patientes selon la proposition des patientes par rapport à l'accueil, à la prestation et à l'hygiène.

Dans notre étude 76,7% de nos patientes avaient fait des propositions par rapport à l'amélioration de l'accueil (orienter les patientes ; ne pas trop faire attendre les patientes ; accueillir les parturientes dans une salle de travail).

60% des patientes ont donné des propositions par rapport à la prestation (rendre la salle de consultation plus discrète ; être à l'heure ; séparer les femmes dans la salle d'accouchement).

70% des patientes ont fait des propositions par rapport à l'hygiène pour elles le nettoyage devrait être permanent et sans arrêt.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## 6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 6.1 Limites de notre étude :

- Le manque de documentation sur le thème de l'éthique en médecine.
- Un manque de financement pour faire une étude quantitative avec un nombre d'échantillon plus grand.

### 6.2 Analyse des résultats chez le personnel soignant.

#### 6.2.1 Données socioprofessionnelles.

Les sujets interrogés étaient constitués en grande majorité par les médecins, qui atteignaient 66,7%, suivis des sages-femmes 33,3% au service de gynéco-obstétrique du CHU Point G. Ces résultats sont différents de ceux de DIARRA .MG dans une étude réalisée à la maternité du CSREF CV de Bamako, qui faisait part de 20,4% d'étudiants en médecine. [8]

#### 6.2.2 Connaissances:

En effet chez le personnel soignant 25/30 ont entendu parler d'éthique, cependant la presque totalité des médecins 18/20 ont pu donner une définition de l'éthique, contrairement aux sages-femmes 4/10 seulement ont pu définir l'éthique.

La faculté était le lieu où la plupart du personnel connaissait l'éthique.

Face à ce résultat, nous pouvons dire que les connaissances relatives à l'éthique seraient influencées par les différentes catégories socioprofessionnelles.

La majorité du personnel 76,7% connaissait l'existence du code d'éthique parmi ceux-ci 69% connaissaient là où se procurer un code d'éthique.

Interrogés sur le rôle du service de gynéco-obstétrique du CHU Point G 96,7% des enquêtés avaient pu donner la réponse exacte. Nous pouvons en effet dire que le rôle du service de gynéco-obstétrique est de garantir la qualité de l'accueil et des soins chez les malades comme le définit la charte du 2 mars 2006. [13]

La plupart du personnel 73,30% a affirmé que la patiente participait aux choix de ses thérapeutiques. La majorité du personnel 96,70% a trouvé que les patientes faisaient elles-mêmes leur choix de contraception après counseling.

---

La majorité des enquêtés, soit 96,7% expliquait d'abord au malade l'acte qu'ils s'apprêtaient à poser et obtenaient son consentement avant de lui faire ses examens, ce résultat est comparable à celui de MOUTE PB qui a retrouvé 92,2%. [9]

Pour 86,7% du personnel, il fallait respecter la croyance, et l'intimité de la patiente. Cependant, 3,3% pensait que cela n'était pas nécessaire. Ce résultat pouvait confirmer l'enquête menée par HOFFMANN-WILD E à Grenoble en 2003, [10] 75% des infirmiers trouvaient que le respect et l'écoute sont une ligne de conduite dans la relation de soin. La plupart du personnel a justifié sa réponse pour confirmer que le respect de la croyance et de l'intimité d'une patiente établie la confiance et facilite une bonne collaboration entre soignant et soigné.

### 6.2.3 Attitudes

Le service de gynéco-obstétrique était accessible à tous sans distinction

Interrogés sur la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les malades, 70% a trouvé qu'elles étaient bien respectées. La totalité du personnel 100% avait l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades, ce résultat respectant sans réserve aucune la charte du 6 mars. [13]

Ce résultat se rapproche de celui de Rosine Laure, qui trouvait 98% du personnel [3] ; et bien différent de celui de MOUTE.PB qui a retrouvé 66% [9].

C'est dans le même sens que 76, 7% d'entre-eux donnait aux malades des informations concernant leur maladie, ce résultat est comparable à celui de GUINDO AS qui a retrouvé 87% [11]. La plupart du personnel soignant n'a rien signalé par rapport au cas où la patiente n'est pas informée de sa maladie, et d'autres ont évoqué les stades tardifs de cancer et les cas de cardiopathies sévères sur grossesse.

Quant aux attitudes concernant le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins, les avis étaient également partagés car 53,3% des enquêtés pensaient obtenir le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins, ce résultat est comparable à celui de MOUTE PB qui a retrouvé 54% [9].

Par rapport à la préservation de l'intimité des patientes 80% du personnel préservait l'intimité des patientes. La plupart du personnel 43,3% était assez satisfait des patientes et 20% très satisfait ; contre 33,3% qui n'était que peu satisfait et 3,3% pas du tout satisfaits. Ces résultats se rapprochent de celui de GUINDO.A, quant à lui trouvait en 2005 que : 16,1% du personnel était très satisfaits, 81,5% assez satisfaits et 2,4% pas du tout satisfaits. [11] La

justification des

réponses chez la plupart des personnels qui était assez satisfaits était que la plupart des patientes respectaient les consignes qu'elles recevaient.

La majorité des soignants 66% était peu satisfait des accompagnants parce qu'ils ne respectaient pas les règles d'hygiène ; ne faisaient pas attention au repos des patientes et ils étaient toujours impatientes pour l'hospitalisation.

Selon 97% du personnel soignant le besoin d'une unité d'IEC en éthique se faisait sentir ; ce résultat était proche de celui de MOUTE BP qui a trouvé 83,9% [9].

La presque totalité du personnel 90% a affirmé connaître les plaintes majeurs des patientes à l'égard du service la plupart a évoqué le problème de manque d'eau, de toilette, de retard dans les visites et de coupure d'électricité.

#### **6.2.4 Pratiques comportementales**

Presque tout le personnel soignant 96,7% donnait des soins à des patientes sans aucune ressource financière.

Dans ce service jamais une patiente n'a été refusée pour manque de moyens ; les cas de GEU ont toujours été gérés avec le restant de kit de césarienne.

Cependant notre étude a montré que l'ethnie et la religion n'interféraient pas dans l'administration des soins. C'est ainsi que 96,7% du personnel avaient l'habitude de donner des soins aux malades d'ethnie ou de religion différente de la leur, tandis que 3,3% ne le faisaient pas, pour ces derniers, la principale raison qui a été évoquée était le manque d'occasion car ils n'avaient pas eu à s'occuper de patients de religion différente de la leur.

Quant à la condition dans laquelle le personnel soignant faisait son examen 73,3% préservait l'intimité des patientes, et le reste 6,67% signalait que cela n'était pas faisable dans certaines pièces. Cependant 80% des enquêtés permettait qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison, et parmi eux 50% ne le permettait qu'après avoir expliqué aux patientes les risques encourus et la faire signer une décharge.

Cependant 44,8% du personnel ignorait l'existence des comités d'éthique.

## **6.3 Analyse des résultats chez les patientes**

### **6.3.1 Données sociodémographiques**

La tranche d'âge majoritaire était le niveau 2(21-29)

La plupart des patientes était des ménagères 43,3% venant de toutes les communes ; et la majorité de ces patientes était à leur première visite 43,3%.

### **6.3.2 Attitude**

Interrogées sur l'accessibilité du service de gynéco-obstétrique du CHU Point G 33,3% avait trouvé l'accès facile contre 30% qui l'a trouvé difficile.

La majorité des patientes 83,3% a trouvé assez bon l'accueil au sein du service; ce résultat est comparable à celui de KONATE.A qui a retrouvé 91,8% [12]. La majorité des patientes 83,3% était satisfaites de la qualité de l'accueil et des soins dans ce service. Ce résultat est assimilable à celui de KONATE.A qui a retrouvé 91,8% [12].

La plupart des patientes 76,7% a suggéré une amélioration de l'accueil

### **6.3.3 Sentiment des patientes**

Cependant 83,3% se sentait à l'aise au cours des prestations dans ce service

Par rapport à l'intimité ;83,3% des patientes pensait que leur intimité était respectée dans ce service.

Cependant la plupart des patientes; 63% n'avait pas de problème d'être vue par un gynécologue et 37% préférerait être vues par une gynécologue et parmi celles-ci 18,1% reporterait leur consultation si un gynécologue devrait faire la consultation ; 72,7% accepterait d'être consulté par ce gynécologue et 9% exigerait une gynécologue.

Pour 86,6% des patientes, les soignants obtenaient leur consentement volontaire et éclairé avant de leur administrer des soins.

Selon 86,7% des patientes leur vie privée n'influencait en rien les prestations.

La majorité des patientes 93,3% pensait avoir toutes les informations nécessaires avant le traitement, résultat comparable à celui de GUINDO.A qui lui a trouvé 87% [11]

Interrogées par rapport à des propositions pour l'amélioration du service 76.70% des patientes avaient des propositions pour l'accueil ; 60% pour la prestation et 30% pour l'hygiène.

Thèse : L'éthique dans la pratique gynéco-obstétricale.

Quant aux connaissances relatives au consentement demandé 92,9%, des patientes affirment que leur consentement était demandé avant tout acte gynécologique, comparable à celui de DIARRA.M qui a trouvé 100% [8]

La majorité des patientes; 93,3% pensait avoir toutes les informations nécessaires avant le traitement, résultat comparable à celui de GUINDO.A qui lui a trouvé 87% [11]

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



## 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 7.1 CONCLUSION

Le niveau de connaissance en matière d'éthique chez le personnel soignant en gynéco-obstétrique est très limité vu la place de l'éthique dans la gynéco-obstétrique, il est fort nécessaire de trouver des moyens pour informer et sensibiliser les personnels en matière d'éthique.

La méconnaissance de cette composante de la médecine est à la base des facteurs de manquement des normes d'éthique par les soignants.

Nous avons vu dans les différentes étapes de notre travail, que l'art de soigner ne consiste pas tout simplement aux prescriptions techniques relevant des connaissances théoriques des soignants. Mais il suppose ou mieux il intègre toute une autre dimension que nous qualifions d'humaine

Nous avons constaté que les paroles, les gestes et les comportements des soignants peuvent avoir des conséquences au niveau thérapeutique. Nous sommes dès lors amenés à penser que la prise en compte du côté humain dans une relation de soins est indispensable car c'est bien de l'homme qu'il s'agit et l'homme pris dans sa dimension la plus totale, en intégrant tous les aspects du corps, de la relation, de la communauté qui dès lors ne vont plus limiter le soin à son simple aspect biologique ou somatique. Grâce à l'emphase portée sur l'éthique la gynécologie se targue d'offrir à ses patientes la meilleure qualité des soins possible dans le plus grand respect et la plus grande discrétion.

Il semble que de tout temps et partout dans le monde, le fait d'être médecin a signifié quelque chose de particulier. Le médecin est celui que l'on contacte pour nous aider dans nos besoins les plus pressants – soulager les douleurs et les souffrances, recouvrer la santé et le bien-être. On permet au médecin de voir, de toucher, de manipuler toutes les parties du corps humain, même les plus intimes. Et ce, au nom de la conviction que le médecin agit dans le meilleur intérêt du patient.

---

## **7.2. RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous nous sommes permis de formuler quelques recommandations :

### **A l'état :**

- Créer dans chaque structure sanitaire, une unité d'IEC en éthique.
- Procéder à un recyclage du personnel soignant en matière d'éthique.
- Dans le domaine de l'éducation pour la santé, intensifier l'information et l'éducation des populations afin que les malades aient une meilleure connaissance de leurs droits (mais aussi de leurs devoirs) en ce qui concerne l'administration des soins.
- Procéder à une relecture de certains textes, en particulier la charte du patient hospitalisé du 2

Mars 2006, afin d'améliorer les conditions de prise en charge des malades dans les hôpitaux Faire de l'éthique une priorité dans les programmes d'enseignement des écoles de médecine et des instituts de formation en sciences de santé.

**Aux personnels soignants :** Améliorer la relation soignant-soigné par :

- L'obtention du consentement libre et éclairé des malades avant chaque acte de soin.
- Le respect des croyances, et de l'intimité des malades.
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité des informations personnelles concernant les malades.
- L'information continue du malade à propos de sa maladie
- Respecter le choix des femmes qui souhaitent être consultées par une gynécologue.
- L'administration des soins sans considérations ethniques ou religieuses.
- L'écoute des malades ainsi que la prise en compte de leurs éventuelles plaintes.

### **Aux directeurs des structures sanitaires :**

- Créer dans chaque salle d'accouchement des box individuels, de façon à faire accoucher les femmes à l'abri des regards.
-

Thèse : L'éthique dans la pratique gynéco-obstétricale.

- Veiller au respect de l'intimité des patientes et à la discrétion lors des consultations dans tous les services de gynéco-obstétriques.

Une formation pour la discrétion et le respect absolu de la vie humaine devrait être la condition sinequanum avant tout recrutement du personnel de gynéco- obstétrique.



# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## 8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. PAYEN.JL Les grands principes éthiques au XX ième siècle (I). La lente naissance d'une éthique confidentielle, revue du praticien, 2003 ; 53 : 1849-53.
2. Gynécologie. Disponible à l'URL: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Gyn%C3%A9cologie> consulté le 19/06/13.
3. DONGMO.RL : « Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'hippodrome en district de Bamako », Th. Médecine, Bamako 2005, N°45
4. Serment d'HIPPOCRATE .
5. Encyclopédie Larousse en ligne - histoire de la médecine. [Consulte le 15 juillet 2013 ; consultable à l'URL : [http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire\\_de\\_la\\_m%C3%A9decine/187065](http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_de_la_m%C3%A9decine/187065)
6. WILLIAM.JR:Manuel d'éthique médicale.2009 [Consulté le 25 juin 2013]; [143 pages]. Consultable à l'URL:[http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/intro\\_fr.pdf](http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/intro_fr.pdf)
7. COULIBALY.M: Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du district de Bamako. Thèse Méd, Bamako, 2001 – 90 P ; 46.
8. DIARRA.MG : « Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako » ; Th. Médecine, Bamako 2005, N° 154.
9. MOUTE PB : Connaissances, attitudes et pratiques liées a l'éthique des soins et a la déontologie médicale chez les étudiants et aidants soignants des CHU du Mali.Th.Médecine, Bamako 2009.
10. HOFFMANN-WILD.E : « Le soin relationnel coté infirmier(e) et coté patient » in soins n° 680, Novembre 2003, p. 42.

11. GUINDO.AS : « Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planification familiale des CS Réf du district sanitaire », Th. Médecine, Bamako 2005, N° 252, 128 p

12- KONATE.A : Evaluation de la qualité des soins de l'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou ( CSCOM- ASACODA) .Thèse Med, Bamako, 2008.

13. CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE du 2 Mars 2006.Fait en France Par le Premier ministre : Lionel Jospin ; la ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou le ministre délégué à la santé Bernard KOUCHNER

## **9. ANNEXES**

### **Annexe I : Fiches d'enquêtes.**

#### **Fiche d'enquête N°1**

##### **Questionnaire d'entretien adressé aux médecins**

###### ***Information et consentement :***

**Je suis étudiante – chercheur en médecine et je vous invite à participer à une étude sur l'éthique dans la pratique gynéco-obstétrique. L'étude est anonyme et votre participation est entièrement volontaire ! Désirez-vous y participer ?**

**/ \_\_\_ / oui, non, NSP**

###### **Identification**

- 1. N° de la fiche d'enquête/ \_\_\_\_\_ / 2. Date de l'enquête: / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /**
- 3. Lieu de l'enquête/ \_\_\_\_\_ / ;**
- 4. Age / \_\_\_ /**
- 5. Sexe/ \_\_\_ / 1=masculin ; 2=féminin**
- 6. Religion / \_\_\_ / islam= 1 , christianisme = 2 , animisme = 3, libre penseur =4**
- 7. Profession / \_\_\_\_\_ /**
- 8. Année de début de la pratique gynéco obstétrique/ \_\_\_ /**

###### **Première partie : Connaissances liées à l'éthique dans la pratique gynéco obstétrique chez les médecins.**

- 9. Avez-vous entendu parler de l'éthique ?/ \_\_\_ / 1 = oui ; 2 = non**
- 10. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?/ \_\_\_ / 1 = radio ; 2 = télévision ; 3 = école/faculté (université) ; 4 = hôpital ; 99 = autre (à préciser)**

.....  
Comment définirez-vous brièvement l'éthique? :

- 11. Existe-il un code d'éthique des ordres de la santé (médecins, pharmaciens et sages-femmes) au Mali ? / \_\_\_ / 1 = Oui, 2 = Non, 88 = NSP**

- 12. Si oui, savez-vous où vous pouvez vous le procurer ?/ \_\_\_ / 1 = Oui, 2 = Non, 88 = NSP**

- 13. Savez-vous Quel est le rôle du service de gynéco-obstétrique du CHU POINT G?**

/\_\_\_/ 1 = il garantit la qualité de l'accueil, des traitements et des soins chez les malades ; 2 = il garantit seulement la qualité du traitement et des soins ; 88 = NSP ; 99 = autre (à préciser)

.....  
**14.** Quel est le rôle de la patiente 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)

**15.** Lorsque une patiente vous consulte pour le choix d'une contraception,

Comment se déroule ce choix :

/\_\_\_/ 1 = elle fait son choix après un counseling ; 2 = je fais un choix pour elle après l'avoir examiné ; 3 = elle fait son choix sans counseling ; 88 = NSP ; 99 = autre (à préciser)

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

**17.** Selon vous, Pendant la prise en charge d'une patiente, faut-il : /\_\_\_/ 1 = respecter ses croyances, 2= son intimité ; 3= ne pas tenir compte de ses croyances, ni de son intimité ; 4 = respecter ses croyances et son intimité ; 88 = NSP ; 99 = autre (à préciser)

.....  
Justifier votre réponse?.....  
.....

**Deuxième partie : Attitude des médecins dans la pratique gynéco-obstétrique**

**18.** Que pensez-vous de l'accessibilité au service de gynéco-obstétrique du point G ?

/\_\_\_/ 1=Facile 2= acceptable 3= difficile

**19.** Le service gynéco-obstétrique du point G est-il accessible : /\_\_\_/

- 1 = à tous sans distinction
- 2 = aux personnes démunies
- 3 = aux filles mères
- 4 = aux professionnels de sexe
- 5 = autres (à préciser).....

**20.** Pensez-vous que ce service de gynéco-obstétrique garantit la qualité de l'accueil et des soins des malades ? /\_\_\_/ 1= oui ; 2 = non ; 88 = NSP ; 99 = autre (à préciser)

.....  
**21.** Pensez-vous que la vie privée des patientes et la confidentialité des informations

Personnelles les concernant sont : /\_\_\_/  
1 = Bien respectées 2 = peu respectées 3 = non respectées

**22.** A votre avis, les patientes reçoivent-elles toutes les informations concernant leurs maladies ? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non ; 88 = NSP



23. Pouvez-vous citer les situations où les patientes ne sont pas suffisamment informées sur leur maladie ?

24. Pensez-vous que les médecins obtiennent- ils le consentement volontaire et éclairé des patientes avant de leur administrer les soins ? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non ; 99 = autre (à préciser).....

25. Selon vous, est ce que l'intimité des patientes est préservée dans le service de gynéco-obstétrique? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non ; 88 = NSP

26. Quel est votre niveau de satisfaction avec les patientes au sein de votre service durant vos activités de soins ? /\_\_\_/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

27. Justifiez votre réponse:

.....

28. Quel est votre niveau de satisfaction avec les accompagnants de patientes au sein de votre service ou durant vos activités de soins ? / \_/ 1= très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

29. Justifiez votre réponse:

.....

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

31. Pouvez-vous nous citer les plaintes majeures de vos patientes à l'égard du service ? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non

Si oui les quels.....

### **Troisième partie : Place et respect de l'éthique dans la gynéco-obstétrique**

32. Selon vous que représente l'éthique dans la pratique gynéco-obstétrique.....

.....

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

34. Justifiez votre réponse :

.....

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

36. Si non, pour quelle raison ?.....

37. Avez-vous l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles

Concernant les patientes? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non

38. Lorsque vous êtes devant une patiente a 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 aux patientes ;

99 = autre (à préciser).....

39. Lui donnez-vous des informations suffisantes sur sa maladie ? /\_\_\_/ 1 = oui ; 2 = non ; 99 =

autre (à préciser).....

40. Lorsque vous examinez une patiente, dans quelle condition le faite vous

?/\_\_\_/1=sous le regard des autres malades ; 2=en préservant son intimité ;

99=autre (à préciser).....

41. Avez-vous l'habitude d'écouter vos patientes ou leurs accompagnants et de prendre

en compte leurs éventuelles préoccupations ?/\_\_\_/1=oui ; 2=non

42. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'accepter qu'une patiente quitte l'hôpital avant

guérison ?/\_\_\_/1=oui ; 2=non

43. Si oui, dans quel contexte le permettez-vous ?/\_\_\_/1=Après avoir informé la patiente

des risques éventuels auxquels elle s'expose ; 2=Sans aucune condition ; 3= après avoir reçu les

informations sur les risques éventuels auxquels elle s'expose et signé une décharge 99 = autre

(à Préciser).....

#### **Quatrième partie : Suivi de l'application des normes d'éthique**

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

Si oui, lesquels ?

1.....2.....3.....4.....

45. Avez-vous déjà entendu parler d'un conseil en éthique au sein des services de gynéco-

obstétrique ?/\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

Si oui, avez-vous déjà été évalué par ce comité ? /\_\_\_/ 1=oui ; 2=non

46. Quelles observations faites-vous sur le travail de ce comité ?

.....

***C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité ! Avez-vous des questions ou des observations à faire ?***

## Fiche d'enquête N°2

### Questionnaire d'entretien adressé aux patientes

#### **Information et consentement :**

**Je suis étudiante – chercheur en médecine et je vous invite à participer à une étude sur l'éthique dans la pratiques gynéco-obstétriques. L'étude est anonyme et votre participation est entièrement volontaire ! Désirez-vous y participer ?**

/\_\_\_/ oui, non, NSP

#### Identification de l'enquêté

1. N° de la fiche d'enquête/\_\_\_\_\_/ 2. Date de l'enquête: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

3. Lieu de l'enquête/\_\_\_/ 1=CHU-point G ; 2=CHU-Gabriel Toure ; 3=CHU-Kati ; 4=CHUCENOS

; 5=FMPOS ; 99= Autre à préciser : .....

4. Age /\_\_\_/ 1=15-20 ans ; 2=21-29 ans ; 3=30-39 ans ; 4=40-49 ans 5=50 ans et plus

5. Profession :

6. Résidence :

7. Nombre de fréquentation du service :

#### Perception des patientes sur les prestations du service

8. Comment trouvez-vous l'accessibilité à ce service ?

Facile      moyenne      difficile

9. Que pensez-vous de l'accueil des patientes dans ce service?

Bon    Assez bon    mauvais

10. Souhaiterez-vous que l'accueil soit amélioré ?/\_\_\_/ 1=oui 2=NON

Si \_\_\_\_\_ oui

comment.....

.....

.....

.....

11. Au cours des prestations vous vous sentez à l'aise ?/\_\_\_/ 1=oui 2=NON

Si \_\_\_\_\_ non

pourquoi.....

.....

.....

.....

12. Pensez- vous que votre intimité est respecté dans ce service lors des prestations?/\_\_\_/ 1=oui 2=NON

Si \_\_\_\_\_ non

pourquoi.....

.....

.....  
.....

13. Pensez –vous que votre appartenance religieuse est respectée au cours des prestations?/\_\_\_/  
1=oui 2=NON

Si non  
pourquoi.....  
.....  
.....

14. Sentiriez-vous mal à l’aise d’être consulter par un gynécologue homme ? /\_\_\_/ 1=oui  
2=NON

Si une gynécologue n’est pas là que feriez-vous ?

- vous reporteriez votre consultation ;
- vous accepteriez d’être vu par cet homme ;
- vous exigiez une femme ;

15. Pensez-vous que votre intimité est respectée dans ce service ?

/\_\_\_/ 1=oui 2=NON

Si non  
pourquoi.....  
.....  
.....

16. Est-ce que votre consentement est toujours demandé avant tout acte gynécologique ?/\_\_\_/  
1=oui 2=NON

17. Pensez-vous que la confidentialité de vos informations personnelles est bien  
sauvegardée ?/\_\_\_/ 1=oui 2=NON

Si non  
pourquoi.....  
.....  
.....

18. Pensez-vous que votre vie privée est respectée lors des prestations ?/ \_/ 1=oui 2=non

19. Est-ce que la nature de votre vie privée influence-t-elle la qualité des prestations ?/\_\_\_/  
1=oui 2=non

Si non  
pourquoi.....  
.....  
.....

20. Après le diagnostic, pensez-vous que le médecin vous donne toutes les informations  
nécessaires sur votre maladie avant d’entamer le traitement ?

/\_\_\_/ 1=oui 2=non

21. Pensez-vous que les prescriptions sont faites en fonction de votre:

- Pouvoir d'achat
- Apparence
- Maladie (gravité)
- Autres

(à préciser).....

22. Etes-vous satisfait des prestations de ce service ?/\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si non

pourquoi.....

23. Avez-vous des propositions à faire pour l'amélioration de la qualité de :L'accueil/\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

lesquelles.....

La prestation/\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

lesquelles.....

L'hygiène/\_\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui

lesquelles.....

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation

## **Annexe II : La nouvelle charte du 2 mars 2006**

Principes généraux :

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur

La charte du patient hospitalisé :

Conformément à la circulaire ministérielle 95-22 du 6 mai 1995, la charte du patient hospitalisé est affichée dans les services de soins et dans les lieux d'accueil de  
et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Il peut se faire assister par une personne de confiance qu'il choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un consentement spécifique est prévu, notamment pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants-droit, en cas de décès, bénéficient de ce même droit.

11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard KOUCHNER

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM:** N'DIAYE

**PRENOMS:** Safiatou

**Nationalité:** Malienne

**Ville de soutenance :** Bamako

**Titre:** ÉTHIQUE dans la PRATIQUE GYNECO-OBSTÉTRICALE

**Année Académique:** 2012-2013

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako.

**Secteur d'intérêt:** Service de gynéco-obstétrique du C.H.U point G.

**Mots clés:** Ethique ; gynéco-obstétrique

Contact : [safiatoundiaye@yahoo.fr](mailto:safiatoundiaye@yahoo.fr)

**Résumé:** La bonne connaissance et le respect strict des normes d'éthique sont indispensables à la pratique gynéco-obstétricale.

Il s'agit d'une étude prospective transversale de type qualitatif qui s'est déroulée au service de Gynéco-obstétrique du CHU point G, sur une période de 6 mois. Prenant en compte 20 médecins, 10 sages-femmes et 30 patientes. Cette étude avait pour objectif l'évaluation de l'éthique chez le personnel soignant en gynéco-obstétrique. Nos résultats nous ont révélé que le personnel soignant à 100% gardaient confidentielles les informations personnelles concernant les patientes, 76,7% du personnel pensait que les patientes recevaient toutes les informations concernant leur maladie et 53,3% pensait obtenir le consentement volontaire et éclairé des patientes avant tout examen.

Cependant la majorité 97% ressentait le besoin imminent de la création d'une unité d'IEC dans tous les services de gynéco-obstétrique.

La nouvelle charte du 2 mars 2006 relative à la personne hospitalisée énonce que : les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et



des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur ; l'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Il peut se faire assister par une personne de confiance qu'il choisit librement. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Beaucoup de pays ont adopté cette charte et le Mali en fait partie.

Au vu de ces résultats, il est plus que jamais nécessaire que les autorités compétentes créent dans chaque structure sanitaire, une unité d'IEC en éthique et procèdent ainsi à une formation continue du personnel soignant en matière d'éthique.

### **Serment d'Hippocrate:**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.