



HAL
open science

Connaissance, attitude et pratique des personnels soignant sur l'éthique clinique et la bioéthique. Cas de l'hôpital général de Katudu

Steve Yanick Nguekeu Nguekeu

► To cite this version:

Steve Yanick Nguekeu Nguekeu. Connaissance, attitude et pratique des personnels soignant sur l'éthique clinique et la bioéthique. Cas de l'hôpital général de Katudu . Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01343883

HAL Id: hal-01343883

<https://auf.hal.science/hal-01343883>

Submitted on 11 Jul 2016

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

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

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE EVANGELIQUE EN AFRIQUE

U.E.A.



B.P 3323 BUKAVU

FACULTE DE MEDECINE ET SANTE COMMUNAUTAIRE

**« Connaissance, attitude et pratique des personnels soignant
sur l'éthique clinique et la bioéthique. Cas de l'hôpital
général de Katudu »**

*Travail de fin de cycle présenté pour
l'obtention du diplôme de Graduat
en sciences Biomédicales.*

Par: NGUEKEU NGUEKEU STEVE YANICK

ANNEE ACADEMIQUE 2011-2012

DEDICACES

A l'éternel Dieu;

A papa Etienne Nguekeu, et maman Monique Mafomene;

Mes frères et sœurs Delors Waying, Asiegu Bersanie, Gaëlle Yefou, et Yolande Douanla.

A tous mes amis, compatriotes et camarades,

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Le Dr. CHABO, pour le long et difficile chemin parcouru ensemble, pour le suivi de ce travail.

Le CIRE-UEA.

Mes différents encadreurs académiques pour leur travail qui s'étend déjà sur 3 ans notamment le Prof. TSONGO, le C.T LURHIRI, le Dr NFUNDIKO, le Dr BIRHANGE, le Pr KASHONGWE, le Pr AHUKA, le Dr. BIHEHE, le Dr. Raïssa KIZUNGU, Dr. NSENGI, et bien d'autres.

Les autorités de l'Université Evangélique en Afrique, entre autres le Pr. MUSHAGALUSA Gustave, et le Pr. KAISHUSHA M.

La famille NGUEKEU à Dschang, notamment mes parents Etienne Nguekeu, Mafomene Monique, pour m'avoir instruit, guidé, soutenu, de l'apprentissage de l'écriture jusqu'à mes différents parcours, ainsi que mes chères frères et sœurs, Delors Waying, Asiegu Bersanie, Gaëlle Yefou, et Yolande Douanla.

La famille DOUANLA à Bafoussam.

La famille MELONG à Dschang.

La famille YANKEU, à Yaoundé.

Tous mes encadreurs scolaires, notamment ceux de l'enseignement de base, primaire et secondaire, pour leurs multiples efforts irréfutables en vu de mon essor.

Ulrich T., Joberton D., mes collègues, et autres habitants de la ville de Bukavu.

RESUME

Cette enquête réalisée dans l'Hôpital général de Kadutu, porte sur la connaissance, l'attitude, et la pratique des personnels soignant, en matière de bioéthique et d'éthique clinique. Elle s'est étendue sur une période de 6 mois, et vise 4 objectifs majeurs : Le premier, qui renvoie à une dimension individuelle, vise à étudier les perceptions de la notion d'éthique hospitalière par les personnes investies dans la chaîne du soin et apprécier leur niveau de formation et des connaissances en matière d'éthique hospitalière et de la bioéthique. Le second consiste à évaluer les attitudes des professionnels de santé en matière de l'éthique clinique et de l'introduction de l'éducation à la bioéthique ou, de façon plus générale, d'une formation à l'éthique dans les programmes scolaires. Le troisième consiste à évaluer la pratique des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique dans l'exercice de leur métier. Le quatrième, enfin, vise à identifier les facteurs influençant la connaissance, l'attitude et la pratique des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique. Il s'agit d'une étude transversale ciblant les personnels soignant de l'hôpital général de Kadutu, par le biais des questionnaires d'enquête. Les résultats suivants furent obtenus après confrontation des données à nos critères d'analyse préétablis. Ainsi, la connaissance des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique a été jugée médiocre. L'attitude du personnel soignant a été jugée favorable. S'agissant de la pratique, elle fut jugée faible vu qu'il n'existe pas de comité d'éthique au sein de la structure sanitaire dans laquelle nos répondants prestent. Plusieurs recommandations ont été formulées notamment au ministère de l'enseignement supérieur et universitaire, au ministère de la santé publique, ainsi qu'au ministère de la recherche scientifique.

Mots clés : bioéthique, éthique clinique, comité d'éthique clinique.

ABSTRACT

This survey of Kadutu General Hospital, focuses on the knowledge, attitude and practice of medical staff, on bioethics and clinical ethics. It extended over a period of 6 months, and aims 4 main objectives: The first, which refers to an individual dimension, aims to investigate the perceptions of the concept of hospital ethics by people involved in the chain of care and assess their level of training and knowledge in ethics and bioethics hospital. The second is to assess the attitudes of health professionals in clinical ethics and the introduction of education in bioethics, or more generally, an ethics training into school curricula. The third is to assess the practice of healthcare workers in clinical ethics and bioethics in the exercise of their profession. The fourth, finally, aims to identify the factors influencing knowledge, attitude and practice of health professionals in clinical ethics and bioethics. It is a cross-sectional study targeting the personal care of the General Hospital Katudu through survey questionnaires. The following results were obtained after comparison of our data analysis criteria preset. Thus, knowledge of health professionals in clinical ethics and bioethics was considered poor. The attitude of the nursing staff was considered favorable. With regard to practice, it was considered low given that there is no ethics committee within the structures in which our respondents use to work. Several recommendations were made including summons at the Ministry of Higher and University Education, Ministry of Public Health and the Ministry of Scientific Research.

Keywords: bioethics, clinical ethics, clinical ethics committee,

SIGLES ET ABREVIATIONS

UEA : Université Evangélique en Afrique.

CIRE : Cercle Interdisciplinaire de Recherche en Ethique.

HGK : Hôpital Général de Kadutu.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.

AMM : Association Médicale Mondiale.

CIGB : Comité Intergouvernemental de Bioéthique.

CIB : Comité International de Bioéthique.

IRSC : Instituts de Recherche de Santé du Canada.

CSC : Conseil de Sciences du Canada.

CRDC : Commission de Reforme du Droit Canadien.

CRMC : Conseil de la Recherche Médicale du Canada.

NCHSR : Centre National pour la Recherche sur les Services de Santé.

CCNE : Comité Consultatif National D'éthique.

NCHCT : Centre National Des Technologies De la Santé.

DHEW : Département de la Sante, de l'Education et du Bien-être.

FDA : Administration Fédérale de l'Alimentation et du Médicament.

NHI : Instituts Nationaux de Santé.

IRB : Institutional Review Boards.

HEC : Hospital Ethic Committee.

AMA : American Medical Association.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : présentation de l'échantillon

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon la formation reçue.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'existence d'une formation reçue au cours de l'exercice professionnel.

Tableau 4 : Classement des enquêtés selon les modes d'acquisition des connaissances en bioéthique et éthique clinique.

Tableau 5 : Promotions de réception des cours.

Tableau 6 : Procédés d'enseignements des cours.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon la prescience de l'éthique clinique et bioéthique.

Tableau 8 : Existence d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Tableau 9 : connaissance des principes de bioéthique et éthique clinique.

Tableau 10 : Avis de nos enquêtés sur l'objectif de la formation.

Tableau 11 : Avis des enquêtés sur l'intégration des cours.

Tableau 12 : Avis des enquêtés sur la création d'un comité d'éthique médicale.

Tableau 13 : Documentation des enquêtés en matière de bioéthique et éthique médicale.

Tableau 14 : Existence d'un comité d'éthique au sein de l'H.G.K.

Tableau 15 : Distribution des enquêtés selon leur avis face à une possible création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Tableau 16 : Connaissances et étude du cours de bioéthique.

Tableau 17 : volume horaire du cours de bioéthique et connaissance.

Tableau 18 : Recyclages et connaissances en bioéthique et éthique clinique.

Tableau 19 : Lecture et connaissances en bioéthique et éthique clinique.

Tableau 20 : connaissances en bioéthique et profession.

Tableau 21 : Etude du cours et attitude des professionnels de santé.

Tableau 22 : Recyclages et attitude des professionnels de santé de l'H.G.K.

Tableau 23: Lecture et attitude des enquêtés.

Tableau 24 : Niveau d'étude et attitude.

Tableau 25 : Pratique de la bioéthique et étude du cours au cours du cursus académique.

Tableau 26 : Pratique de la bioéthique, éthique clinique suivant le niveau d'étude.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	II
REMERCIEMENTS	III
RESUME.....	IV
ABSTRACT	V
SIGLES ET ABREVIATIONS	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I :.....	6
GENERALITES	6
1. Historique de la bioéthique [14]	7
2. Définition de la bioéthique et de l'éthique médicale.....	7
2.1 Définition de la bioéthique.....	7
2.2 Définition de l'éthique médicale.....	8
3. Les principes éthiques en éthique médicale	8
4. Les principes éthiques en bioéthique [18]	15
5. Le code de Nuremberg [3]	15
6. Les comités d'éthique clinique	17
7. Les comités de bioéthique [1].....	19
8. Formation à la bioéthique [16].....	19
9. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme [15].....	20
CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES	29
1. MILIEU D'ETUDE	30
2. MATERIEL	30
3. METHODE	31

CHAPITRE III : RESULTATS.....	33
1- PRESENTATION DE L'ECHANTILLON	34
2- INFORMATIONS SUR LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'H.G.K	35
2.1- Formation reçue en bioéthique et éthique clinique	35
2.3 Formation reçue au cours de l'exercice professionnel	35
2.4 Moyens d'acquisition des connaissances	36
2.5 Promotions d'étude du cours	36
2.6 Méthodes d'enseignements du cours	37
3- CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE MEDICALE	38
3-1 Connaissance de l'éthique médicale et la bioéthique.....	38
3.2 Existence d'un comité d'éthique au sein de l'H.G.K	38
3.3 Connaissance des principes de bioéthique et éthique clinique	38
3.4 Enseignements ou éducation à la bioéthique.....	39
4. ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A L'INTEGRATION DE L'ETHIQUE CLINIQUE ET DE LA BIOETHIQUE DANS LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET DANS LES STRUCTURES MEDICALES	39
4.1 Intégration des cours de bioéthique et d'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant.	39
4.2 Création d'un comité d'éthique médicale dans le district sanitaire de Bukavu.....	40
5. ETAT DE LA BIOETHIQUE ET DES COMITES D'ETHIQUE CLINIQUE AU SEIN DE L'H.G.K	41
5.1 Documentations sur l'éthique médicale ou la bioéthique.....	41
5.2 Existence d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K	41
5.3 Avis des enquêtés face à une possible création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K.....	42
6. QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE CLINIQUE	42
6.1 Avoir étudié le cours d'éthique à l'école	42

6.2	Volume horaire du cours d'éthique et connaissance	43
6.3	Avoir reçu un recyclage	43
6.4	Avoir lu un livre sur la bioéthique et connaissance	44
6.5	Niveau d'étude (profession) et connaissance	44
7.	QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE CLINIQUE	45
7.1	Avoir étudié le cours d'éthique à l'école	45
7.2	Avoir reçu un recyclage	46
7.3	Avoir lu un livre sur la bioéthique	46
7.4	Le niveau d'étude et l'attitude	47
8.	QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE D'ETHIQUE CLINIQUE ET DE BIOETHIQUE	47
8.1	Avoir étudié le cours d'éthique à l'école	47
8.2	Selon le niveau d'étude	48
	CHAPITRE IV : DISCUSSION	49
1.	Connaissances des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique	50
2.	Attitude du personnel soignant sur la bioéthique et l'éthique clinique	53
3.	Pratique de l'éthique clinique et de la bioéthique par les personnels de santé	53
	CONCLUSION	57
	RECOMMANDATIONS	60
	BIBLIOGRAPHIE	63
	ANNEXES	Error! Bookmark not defined.

INTRODUCTION

0.1 Problématique

Au cours des trente dernières années, la progression prodigieuse de la recherche scientifique est en train de changer le cours de l'humaine condition. Désormais, la vie peut être donnée en dehors des processus naturels, au travers des méthodes de procréation médicalement assistée, et le diagnostic prénatal permet de connaître la qualité potentielle de cette procréation. La vie peut être secourue et prolongée par les transplantations d'organes. La vie peut être modifiée par les manipulations génétiques et les secrets dévoilés du génome humain permettent de percer le destin biologique de l'homme et ouvrent la voie à la médecine prédictive.

La science biomédicale dont l'ultime but était de conserver la santé peut maintenant « toucher à la vie » et « bricoler le vivant ». De « guérisseur » le scientifique prétend devenir « créateur ».

Ces bouleversements de notre destinée s'ils conduisent à des bienfaits inestimables peuvent aussi conduire à des catastrophes.

Nous avons donc besoin de réfléchir à ces dilemmes. Cette réflexion, théorique et pratique concerne non seulement les scientifiques, mais aussi toutes les composantes de la société : philosophes, sociologues, hommes de religion, juristes et le pouvoir politique. L'ensemble de cette réflexion constitue la « Bioéthique ». [1]

Le développement de la réflexion consacrée à l'éthique du soin ne se limite pas aux considérations relatives à la bioéthique, à la recherche biomédicale ou à l'innovation thérapeutique.

Depuis quelques années émerge une véritable culture soignante, enracinée dans les réalités des pratiques quotidiennes. Ce mouvement profond témoigne d'évolutions sensibles dans les mentalités et trouve des prolongements directs dans les modalités d'approche de la relation de soin. Il se caractérise par une forte demande de formation à l'éthique professionnelle et trouve également une expression au sein d'instances locales de réflexion.

Le champ hospitalier a su progressivement intégrer d'autres demandes ou exigences souvent formulées par les associations représentatives des personnes malades. Les notions de partenariat et d'alliance dans le soin sont révélatrices de mutations. Il en est de même s'agissant de l'accréditation, de l'évaluation et des protocoles de sécurité sanitaire. Ainsi la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé formalise-t-elle une certaine conception de la responsabilité partagée. En effet, la loi du 4 mars 2002

suscite à la fois de nouvelles prises de conscience et des controverses qu'il convient de prendre en compte. C'est pourquoi l'Observatoire éthique et soins hospitaliers AP-HP mène actuellement un second travail national d'investigation : Loi du 4 mars 2002: quelles influences sur les activités de soin à l'hôpital?

Peut-on pour autant se satisfaire d'approximations ou de considérations personnelles lorsqu'il s'avère nécessaire de mieux comprendre et analyser des situations par nature complexes et souvent spécifiques, qui justifient des dispositifs justes et cohérents ?

Qu'en est-il dans les faits, sur le terrain, de la préoccupation éthique? À quels types de dilemmes sont confrontés les professionnels, trop souvent solitaires face à des requêtes contradictoires.

Entre rigueur de la gestion, référentiels et procédures de bonnes pratiques, évolutions jurisprudentielles, ou sollicitations parfois excessives, comment préserver une autonomie, une faculté de discernement?

À quel type de valeur se référer afin de préserver une conception démocratique du soin, respectueuse de la dignité et des droits de la personne malade, mais aussi de ses proches ? Selon quels principes et critères décider avec le sentiment d'assumer la plénitude de ses responsabilités dans un contexte d'incertitude, d'excès du juridisme, de défiance, voire du moralisme, qui semble altérer l'esprit d'initiative?

Qu'en est-il de la relation de confiance, de l'hospitalité, du service rendu, de la qualité d'accueil des plus vulnérables alors que l'institution hospitalière est stigmatisée pour ses coûts et peu reconnue dans ses éminentes valeurs sociales ?

De telles questions, qui constituent de toute évidence des enjeux déterminants dans le cadre des réflexions actuelles consacrées au devenir de l'hôpital public, sont situées au cœur de l'éthique hospitalière et du soin. Nombre de professionnels y investissent leurs compétences et leurs talents, afin de préserver les fondements moraux de l'institution de soin et d'inventer ensemble un hôpital davantage accueillant et ouvert sur la cité. Du reste, la loi du 4 mars 2002 leur fixe une telle mission : « (...) les établissements mènent en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. (art. L. 1111-6 du code de Santé publique).»

0.2 Objectifs

Ce travail poursuit quatre objectifs distincts. Le premier, qui renvoie à une dimension individuelle, vise à étudier les perceptions de la notion d'éthique hospitalière par les personnes investies dans la chaîne du soin et apprécier leur niveau de formation et des connaissances en matière d'éthique hospitalière et de la bioéthique. Le second consiste à évaluer les attitudes des professionnels de santé en matière de l'éthique clinique et de l'introduction de l'éducation à la bioéthique ou, de façon plus générale, d'une formation à l'éthique dans les programmes scolaires. Le troisième consiste à évaluer la pratique des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique dans l'exercice de leur métier. Le quatrième, enfin, vise à identifier les facteurs influençant la connaissance, l'attitude et la pratique des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

0.3 Intérêt du sujet

Cette étude permettra aux décideurs politiques d'élaborer un programme bien conçu d'éthique à l'intention des étudiants dans le domaine sanitaire et aux dirigeants des structures sanitaires de créer des comités d'éthique au sein de leurs institutions pour le bien-être des malades.

0.4 Hypothèses

- 1 La connaissance du personnel soignant de l'hôpital général de kadutu en éthique clinique et bioéthique serait médiocre.
- 2 Leur attitude en matière de l'éthique clinique et de l'introduction d'une formation à l'éthique dans les programmes scolaires serait favorable.
- 3 La pratique des professionnels de santé en matière de la bioéthique et de l'éthique clinique serait insuffisante.
- 4 Avoir étudié le cours d'éthique à l'école aurait une influence positive sur la connaissance des personnels soignants en matière de bioéthique et de l'éthique clinique à condition que le volume horaire du cours ait été supérieur ou égal à 4 crédits. Cette connaissance serait également influencée par le recyclage des personnels soignants.
- 5 L'attitude des professionnels de santé serait influencée par l'acquisition des connaissances en cette matière, soit à l'école, soit au cours d'un recyclage. Ce facteur aurait également de l'influence sur la pratique.

0.5. Délimitation du sujet

Cette recherche a été menée pendant une période de 6 mois et porte sur les CAP des personnels soignants de l'hôpital général de kadutu en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

0.6. Subdivision du travail

Hormis l'introduction et la conclusion, ce travail comprend quatre chapitres. Le premier traite des généralités sur la bioéthique et l'éthique clinique alors que le deuxième présente le milieu d'étude, le matériel et la méthode de recherche. Les résultats sont présentés dans le troisième chapitre et discutés dans le quatrième.

CHAPITRE I :

GENERALITES

1. Historique de la bioéthique [14]

Le mot 'bioéthique' est relativement nouveau. Il a été introduit en 1970 par un biochimiste, Van Rensselaer Potter, qui voulait appeler l'attention sur le fait que la science avait progressé à grands pas sans qu'une attention suffisante ait été prêtée aux valeurs. Pendant un certain temps, le terme a été associé à la volonté de relier faits scientifiques et valeurs dans le domaine de l'environnement. Il a acquis aujourd'hui une signification plus générale, englobant l'éthique médicale ou, plus généralement, l'éthique des soins de santé. L'histoire offre quelques exemples de travaux de réflexion sur l'éthique de la médecine, mais la bioéthique a donné naissance à plusieurs sous-disciplines ces dernières décennies. Leur développement a été stimulé à la fois par l'exploitation d'êtres humains dans le cadre de la recherche médicale, qui a pris des formes extrêmes au cours de la Seconde Guerre mondiale, et par l'apparition de technologies médicales qui interrogent des valeurs communément admises.

Potter a conçu cette nouvelle discipline, la bioéthique, comme une 'passerelle' entre les 'faits' et les 'valeurs'. Selon lui, durant la seconde moitié du XXe siècle, le savoir et les moyens techniques dans le domaine des sciences de la vie n'avaient cessé de se développer, alors que la réflexion sur les valeurs en jeu n'avait pas progressé dans la même mesure. Potter dit qu'il a formé le mot bioéthique en associant deux mots grecs, *bíos*, la vie, qui représente la réalité du vivant et les sciences de la vie, et *éthos*, la morale, qui renvoie à des valeurs et des devoirs.

Une profession qui, depuis des millénaires, s'est occupée de la vie, en particulier de la vie humaine, est la médecine. Mais aujourd'hui, nombreuses sont les disciplines scientifiques et les professions qui interviennent dans ce domaine. Par conséquent, il ne faut pas confondre la bioéthique avec l'éthique médicale, qui n'est qu'une de ses branches.

2. Définition de la bioéthique et de l'éthique médicale

2.1 Définition de la bioéthique

- La « Bioéthique » est l'ensemble des réflexions qui étudie l'utilisation des nouvelles techniques pour concilier la recherche scientifique avec la protection de la personne humaine et de sa dignité. Le terme « bioéthique » est à la fois connu et ésotérique. Il réalise la contraction de deux mots : la biologie (sciences du

vivant) et l'éthique (de l'ethos grec) c'est-à-dire le comportement individuel ou social. [9]

- La bioéthique est une réflexion fondamentale sur les enjeux éthiques de la pratique clinique et de la recherche biomédicale, ou encore comme une recherche de délibération sur des conflits de valeurs dans le domaine de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort. [17]

2.2 Définition de l'éthique médicale

L'éthique médicale est la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. [11]

3. Les principes éthiques en éthique médicale

PRINCIPES D'ETHIQUE MEDICALE EUROPEENNE [5]

Article 1

La vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager sa souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale et d'idéologie politique, ou toute autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre.

ENGAGEMENT DU MEDECIN

Article 2

Dans l'exercice de sa profession, le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade. Le médecin ne peut utiliser ses connaissances professionnelles que pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

Article 3

Le médecin s'interdit d'imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques dans l'exercice de sa profession.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Article 4

Sauf urgence, le médecin doit éclairer le malade sur les effets et les conséquences attendus du traitement. Il recueillera le consentement du patient, surtout lorsque les actes proposés présentent un risque sérieux.

Le médecin ne peut substituer sa propre conception de la qualité de la vie à celle de son patient.

INDEPENDANCE MORALE ET TECHNIQUE

Article 5

Tant pour conseiller que pour agir, le médecin doit disposer de son entière liberté professionnelle et des conditions techniques et morales lui permettant d'agir en toute indépendance.

Le patient devrait être informé si ces conditions n'étaient pas réunies.

Article 6

Lorsque le médecin agit pour le compte d'une autorité privée ou publique, lorsqu'il est chargé de mission par une tierce personne ou institution, il doit également en informer le patient.

SECRET PROFESSIONNEL

Article 7

Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il doit lui garantir le secret total de toutes les informations qu'il aura recueillies et des constatations qu'il aura opérées lors de ses contacts avec lui.

Le secret médical n'est pas aboli par la mort des patients.

Le médecin doit respecter la vie privée des patients et prendre toute mesure nécessaire

pour rendre impossible la révélation de ce qu'il aura appris à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Lorsque le droit national prévoit des exceptions à l'obligation du secret médical, le médecin pourra recueillir l'avis préalable de son Ordre ou de l'organisme professionnel de compétence similaire.

Article 8

Les médecins ne peuvent pas collaborer à la constitution de banques électroniques de données médicales mettant en danger ou amoindrissant le droit du patient à l'intimité, à la sécurité et à la protection de sa vie privée. Toute banque de données médicales informatisée devrait être placée pour le respect de l'éthique professionnelle sous la responsabilité d'un médecin nommément désigné.

Les banques de données médicales ne peuvent avoir aucun lien avec d'autres banques de données.

COMPETENCE DU MEDECIN

Article 9

Le médecin doit faire appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient.

Article 10

Il ne peut faire état d'une compétence qu'il ne possède pas.

Article 11

Il doit faire appel à un confrère plus compétent dès qu'un examen ou un traitement dépasse ses connaissances.

AIDE AUX MOURANTS

Article 12

La médecine implique en toutes circonstances le respect constant de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient. Cependant le médecin peut, en cas d'affection incurable et terminale, se limiter à soulager les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés et en maintenant autant que possible la qualité d'une vie qui s'achève. Il est impératif d'assister le mourant jusqu'à la fin et d'agir de façon à lui permettre de conserver sa dignité.

GREFFE D'ORGANES

Article 13

Chez un malade pour lequel il est impossible d'inverser le processus terminal de cessation des fonctions vitales entretenues artificiellement, les médecins s'assureront du décès du patient en tenant compte des données les plus récentes de la science.

Au moins deux médecins veilleront à établir séparément un document de cette situation. Ils seront indépendants de l'équipe chargée de la greffe.

Article 14

Les médecins chargés de prélever un organe destiné à la greffe peuvent appliquer des traitements particuliers visant à garder en activité les organes destinés à cette greffe.

Article 15

Les médecins préleveurs s'assureront par tous les moyens possibles de ce que le donneur n'a pas exprimé d'avis de son vivant, ni par écrit, ni auprès de ses proches.

REPRODUCTION

Article 16

Le médecin donnera au patient et à sa demande tout renseignement utile en matière de reproduction et de contraception.

Article 17

Il est conforme à l'éthique pour un médecin, en raison de ses propres convictions, de refuser d'intervenir dans le processus de reproduction ou dans le cas d'interruption de grossesse ou d'avortement en invitant les intéressés à solliciter l'avis d'autres confrères.

EXPERIMENTATION SUR L'HOMME

Article 18

Le progrès en médecine est fondé sur la recherche qui ne peut se passer d'une expérimentation portant sur l'homme.

Article 19

Le protocole de toute expérience projetée sur l'homme doit être soumis au préalable à une commission d'éthique indépendante de l'expérimentateur pour avis et pour conseil.

Article 20

Le consentement libre et éclairé du sujet de l'expérience sera recueilli après l'avoir informé de manière adéquate des objectifs, méthodes et bénéfices escomptés ainsi que des risques et désagréments potentiels, de son droit de ne pas participer à l'expérimentation et de s'en retirer à tout moment.

Article 21

Le médecin ne peut associer la recherche biomédicale avec des soins médicaux, en vue de l'acquisition de connaissances médicales nouvelles, que dans la mesure où cette recherche biomédicale est justifiée par une utilité diagnostique ou thérapeutique potentielle à l'égard de son malade.

TORTURE ET TRAITEMENTS INHUMAINS

Article 22

Le médecin ne doit jamais assister, participer ou admettre des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments invoqués (faute commise, accusation, croyances) et ce dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.

Article 23

Le médecin ne doit jamais utiliser ses connaissances, sa compétence ou son habileté en vue de faciliter l'emploi de la torture ou de tout autre procédé cruel inhumain ou dégradant

utilisé à quelque fin que ce soit.

LE MEDECIN ET LA SOCIETE

Article 24

Pour accomplir sa mission humanitaire, le médecin a le droit à la protection légale de son indépendance professionnelle en temps de paix comme en temps de guerre.

Article 25

Le médecin agissant individuellement ou par l'intermédiaire des organisations professionnelles a pour devoir d'attirer l'attention de la collectivité sur les insuffisances dans les domaines de la qualité des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens.

Article 26

Les médecins sont tenus de participer à l'élaboration et à l'exécution de toutes les mesures collectives visant à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. En particulier, ils sont tenus de collaborer du point de vue médical à l'organisation de secours, notamment en cas de calamité.

Article 27

Ils doivent participer, dans la mesure de leurs compétences et des possibilités, à l'amélioration constante de la qualité des soins par la recherche et le perfectionnement continu de manière à offrir au patient des soins conformes aux données de la science.

CONFRATERNITE

Article 28

Les règles de la confraternité sont instaurées dans l'intérêt des patients. Elles visent à éviter à ceux-ci d'être victimes de manoeuvres de concurrence déloyale entre médecins. Ceux-ci peuvent, par contre, faire légitimement état des qualités professionnelles reconnues par leurs pairs.

Article 29

Le médecin appelé à donner des soins à un patient déjà en cours de soins chez un de ses

confrères, doit s'efforcer d'entrer en relation avec ce dernier dans l'intérêt du malade et sauf opposition de celui-ci.

Article 30

Ce n'est pas un manquement au devoir de confraternité si le médecin communique à l'organe professionnel compétent les manquements aux règles d'éthique médicale et de compétence professionnelle dont il a eu connaissance.

PUBLICITE DES DECOUVERTES

Article 31

Le médecin a pour devoir de faire connaître en priorité dans la presse professionnelle les découvertes qu'il aura faites ou les conclusions de ses études scientifiques en matière de diagnostic ou de thérapeutique. Il les soumettra à la critique de ses confrères dans les formes appropriées avant d'en donner connaissance au public non médical.

Article 32

Toute exploitation publicitaire d'un succès médical au profit d'une personne ou d'un groupe ou d'une école est contraire à l'éthique médicale.

CONTINUTE DES SOINS

Article 33

Le médecin, quelle que soit sa spécialité, doit considérer comme un devoir de donner les soins d'urgence à un malade en danger immédiat à moins qu'il ne soit assuré que d'autres médecins puissent apporter ces soins et en soient capables.

Article 34

Le médecin qui accepte de donner des soins à un patient s'engage à en assurer la continuité au besoin avec l'aide de médecins assistants, de médecins remplaçants ou d'associés ayant une compétence adéquate.

LIBRE CHOIX

Article 35

Le libre choix du médecin par le malade constitue un principe fondamental de la relation patient / médecin. Le médecin doit respecter et faire respecter cette liberté de choix.

Le médecin, quant à lui, peut refuser de donner des soins, sauf lorsqu'il s'agit d'un patient en danger.

GREVE MEDICALE

Article 36

Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des patients à qui il doit garantir les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement.

HONORAIRES

Article 37

Le médecin tiendra compte, dans l'établissement de ses honoraires, à défaut de contrat ou de convention individuelle ou collective fixant sa rémunération, de l'importance du service rendu, des circonstances particulières éventuelles, de sa propre compétence et de la situation économique du patient.

4. Les principes éthiques en bioéthique [18]

- Principe d'autonomie.
- Principe de bienfaisance.
- Principe de non-malfaisance.
- Principe de justice.

5. Le code de Nuremberg [3]

Élaboré en 1947, dans le cadre du procès de Nuremberg intenté contre certains médecins ayant dirigé les expériences sur des détenus des camps de concentration nazis, le Code de

Nuremberg est considéré comme l'ancêtre de toutes les législations sur l'expérimentation biomédicale. Ce texte, qui regroupe une série de dix principes, est fondateur de la bioéthique puisqu'il traite officiellement et sur le plan international d'un consentement volontaire des participants avant toute expérimentation. Il a suscité une prise de conscience du danger des progrès de la science, la nécessité d'un encadrement et le besoin universel de créer des instances pluridisciplinaires, compétentes au plan juridique et indépendantes.

Le Code de Nuremberg

1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision. Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus ; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience.

L'obligation et la responsabilité d'apprécier les conditions dans lesquelles le sujet donne son consentement incombent à la personne qui prend l'initiative et la direction de ces expériences ou qui y travaille. Cette obligation et cette responsabilité s'attachent à cette personne, qui ne peut les transmettre à nulle autre sans être poursuivie.

2. L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société impossibles à obtenir par d'autres moyens : elle ne doit pas être pratiquée au hasard et sans nécessité.

3. Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux, et dans la connaissance de la genèse de la maladie ou des questions de l'étude, de façon à justifier par les résultats attendus l'exécution de l'expérience.

4. L'expérience doit être pratiquée de façon à éviter toute souffrance et/ou dommage physique et mental, non nécessaires.

5. L'expérience ne doit pas être tentée lorsqu'il y a une raison *a priori* de croire qu'elle entraînera la mort ou l'invalidité du sujet, à l'exception des cas où les médecins qui font les recherches servent eux-mêmes de sujets à l'expérience.

6. Les risques encourus ne devront jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience envisagée.

7. On doit faire en sorte d'écartier du sujet expérimental toute éventualité, si mince soit-elle, susceptible de provoquer des blessures, l'invalidité ou la mort.
8. Les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées. La plus grande aptitude et une extrême attention sont exigées tout au long de l'expérience, de tous ceux qui la dirigent ou y participent.
9. Le sujet humain doit être libre, pendant l'expérience, de faire interrompre l'expérience, s'il estime avoir atteint le seuil de résistance, mentale ou physique, au-delà duquel il ne peut aller.
10. Le scientifique chargé de l'expérience doit être prêt à l'interrompre à tout moment, s'il a une raison de croire que sa continuation pourrait entraîner des blessures, l'invalidité ou la mort pour le sujet expérimental.

6. Les comités d'éthique clinique

Informations sur le comité d'éthique clinique. [10]

Préambule

Les développements des connaissances en médecine moderne impliquent des choix cliniques dont les enjeux légaux, moraux et éthiques peuvent être complexes. Ainsi, les intervenants, les usagers et leurs proches sont confrontés à des situations qui requièrent l'éclairage et la contribution de plusieurs disciplines. Le Comité d'éthique clinique supervise la contribution de toutes ces disciplines dans le respect des droits et responsabilités de tous.

Le Comité d'éthique clinique s'intéresse à la pratique clinique et aux soins, dans des fonctions d'analyse, de recommandation, d'information et de formation.

Principes fondamentaux

Le Comité d'éthique clinique s'appuie sur certains principes fondamentaux dont le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne. Le comité reconnaît ainsi le droit essentiel de toute personne à prendre ses propres décisions en ce qui concerne sa vie à partir de choix éclairés.

Le Comité d'éthique clinique considère l'utilisateur dans sa globalité.

Membres du comité d'éthique clinique

Ils sont choisis pour leur expertise propre et leur intérêt pour l'éthique clinique. Ils ne représentent aucun groupe particulier ou discipline professionnelle.

Mandat

Le mandat du Comité d'éthique clinique est de maintenir un forum multidisciplinaire qui contribue à cerner les enjeux éthiques de certaines questions qui lui sont soumises où qu'il identifie lui-même.

Quatre fonctions lui sont attribuées, soit des fonctions d'analyse, de recommandation, d'information et de formation.

Objectifs généraux

Favoriser le respect intégral des usagers tout en considérant les responsabilités et les obligations des autres personnes concernées.

Sensibiliser et éduquer le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des soins et services aux usagers.

Améliorer la qualité de la prise de décision à caractère éthique dans le milieu, sur le plan administratif, médical et clinique.

Objectifs spécifiques

Proposer des pistes de réflexion, émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique et administratif en regard de l'éthique.

Conseiller et offrir un soutien auprès de l'administration, des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des usagers, des familles et des personnes désignées, afin que les décisions de soins respectent les valeurs, les intérêts, la volonté des usagers et de leurs proches.

Sensibiliser le personnel de l'établissement et le grand public à la compréhension des enjeux éthiques, à travers l'information et la formation.

Pouvoirs et responsabilités

Le Comité d'éthique clinique relève du Conseil d'administration. Il est autonome et impartial en ce qui a trait à la nature des recommandations qu'il transmet.

7. Les comités de bioéthique [1]

Médecins, philosophes, juristes, sociologues et scientifiques sont invités à réfléchir ensemble aux rapports de l'homme avec la science, notamment au sein de comités de bioéthique. Les comités d'éthique donnent leur avis après s'être assurés du respect des mesures de protection, d'information des personnes et de la pertinence générale du projet.

Le premier comité d'éthique est créé en 1961 à l'hôpital de Seattle (États-Unis). Il est chargé de régler les problèmes liés aux techniques d'hémodialyse et doit établir les procédures de sélection des malades éligibles au traitement.

8. Formation à la bioéthique [16]

Les Programmes de bioéthique, qui font partie du Département de médecine sociale et préventive et l'École de santé publique, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, offrent quatre types de formations ([2e](#) et [3e](#) cycle) qui permettent à l'étudiant d'aborder et de réfléchir aux questions qui touchent les politiques de santé, l'éthique clinique et l'éthique de la recherche. Tous axés sur le processus d'aide à la décision, les différents programmes de formation en bioéthique intègrent à la formation le sens, les enjeux, les méthodologies, les pratiques et les difficultés de la prise de décision dans le secteur de la santé.

Ces programmes incluent :

- [Microprogramme](#) (cours de 2e cycle)
- [DESS](#) (cours de 2e cycle)

- [Maîtrise professionnelle ou de recherche](#)
- [PhD option en bioéthique](#)

Les Programmes de bioéthique s'adressent aux *professionnels et aux étudiants gradués de tous les domaines disciplinaires* (e.g., sciences humaines et sociales, sciences de la vie, etc.) qui veulent élargir leurs connaissances et expertises en bioéthique. Ces programmes ont pour objectifs de :

- faciliter la prise de décision éthique;
- développer des compétences en bioéthique en relation avec divers champs de pratique;
- former des consultants en bioéthique soit au plan de la pratique clinique, de la recherche ou des politiques de santé;
- former des chercheurs dans le domaine de la bioéthique.

9. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme

[15]

[Article premier : Portée](#)

1. La présente Déclaration traite des questions d'éthique posées par la médecine, les sciences de la vie et les technologies qui leur sont associées, appliquées aux êtres humains, en tenant compte de leurs dimensions sociale, juridique et environnementale.

2. La présente Déclaration s'adresse aux États. Elle permet aussi, dans la mesure appropriée et pertinente, de guider les décisions ou pratiques des individus, des groupes, des communautés, des institutions et des sociétés, publiques et privées.

[Article 2 : Objectifs](#)

La présente Déclaration a pour objectifs :

- (a) d'offrir un cadre universel de principes et de procédures pour guider les États dans la formulation de leur législation, de leurs politiques ou d'autres instruments en matière de bioéthique ;
- (b) de guider les actions des individus, des groupes, des communautés, des institutions et des sociétés, publiques et privées ;
- (c) de contribuer au respect de la dignité humaine et de protéger les droits de l'homme, en assurant le respect de la vie des êtres humains, et les libertés fondamentales, d'une manière compatible avec le droit international

des droits de l'homme ;

(d) de reconnaître l'importance de la liberté de la recherche scientifique et des bienfaits découlant des progrès des sciences et des technologies, tout en insistant sur la nécessité pour cette recherche et ces progrès de s'inscrire dans le cadre des principes éthiques énoncés dans la présente Déclaration et de respecter la dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales ;

(e) d'encourager un dialogue pluridisciplinaire et pluraliste sur les questions de bioéthique entre toutes les parties intéressées et au sein de la société dans son ensemble ;

(f) de promouvoir un accès équitable aux progrès de la médecine, des sciences et des technologies, ainsi que la plus large circulation possible et un partage rapide des connaissances concernant ces progrès et le partage des bienfaits qui en découlent, en accordant une attention particulière aux besoins des pays en développement ;

(g) de sauvegarder et défendre les intérêts des générations présentes et futures ;

(h) de souligner l'importance de la biodiversité et de sa préservation en tant que préoccupation commune à l'humanité.

À l'intérieur du champ d'application de la présente Déclaration, les principes ci-après doivent être respectés par ceux à qui elle s'adresse, dans les décisions qu'ils prennent ou dans les pratiques qu'ils mettent en oeuvre.

Article 3 Dignité humaine et droits de l'homme

1. La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés.

2. Les intérêts et le bien-être de l'individu devraient l'emporter sur le seul intérêt de la science ou de la société.

Article 4 Effets bénéfiques et effets nocifs

Dans l'application et l'avancement des connaissances scientifiques, de la pratique médicale et des technologies qui leur sont associées, les effets bénéfiques directs et indirects pour les patients, les participants à des recherches et les autres individus concernés, devraient être maximisés et tout effet nocif susceptible d'affecter ces individus devrait être réduit au minimum.

Article 5 Autonomie et responsabilité individuelle

L'autonomie des personnes pour ce qui est de prendre des décisions, tout en assumant la responsabilité et en respectant l'autonomie d'autrui, doit être respectée. Pour les personnes incapables d'exercer leur autonomie, des mesures particulières doivent être prises pour protéger leurs droits et intérêts.

Article 6 Consentement

1. Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en oeuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice.

2. Des recherches scientifiques ne devraient être menées qu'avec le consentement préalable, libre, exprès et éclairé de la personne concernée. L'information devrait être suffisante, fournie sous une forme compréhensible et indiquer les modalités de retrait du consentement. La personne concernée peut retirer son consentement à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. Des exceptions à ce principe devraient n'être faites qu'en accord avec les normes éthiques et juridiques adoptées par les États et être compatibles avec les principes et dispositions énoncés dans la présente Déclaration, en particulier à l'article 27, et avec le droit international des droits de l'homme.

3. Dans les cas pertinents de recherches menées sur un groupe de personnes ou une communauté, l'accord des représentants légaux du groupe ou de la communauté concerné peut devoir aussi être sollicité. En aucun cas, l'accord collectif ou le consentement d'un dirigeant de la communauté ou d'une autre autorité ne devrait se substituer au consentement éclairé de l'individu.

Article 7 Personnes incapables d'exprimer leur consentement

En conformité avec le droit interne, une protection spéciale doit être accordée aux personnes qui sont incapables d'exprimer leur consentement :

(a) l'autorisation d'une recherche ou d'une pratique médicale devrait être obtenue conformément à l'intérêt supérieur de la personne concernée et au droit interne. Cependant, la personne concernée devrait être associée dans toute la mesure du possible au processus de décision conduisant au consentement ainsi qu'à celui conduisant à son retrait ;

(b) une recherche ne devrait être menée qu'au bénéfice direct de la santé de la personne concernée, sous réserve des autorisations et des mesures de

protection prescrites par la loi et si il n'y a pas d'autre option de recherche d'efficacité comparable faisant appel à des participants capables d'exprimer leur consentement. Une recherche ne permettant pas d'escompter un bénéfice direct pour la santé ne devrait être entreprise qu'à titre exceptionnel, avec la plus grande retenue, en veillant à n'exposer la personne qu'à un risque et une contrainte minimums et si cette recherche est effectuée dans l'intérêt de la santé d'autres personnes appartenant à la même catégorie, et sous réserve qu'elle se fasse dans les conditions prévues par la loi et soit compatible avec la protection des droits individuels de la personne concernée. Le refus de ces personnes de participer à la recherche devrait être respecté.

Article 8 Respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle

Dans l'application et l'avancement des connaissances scientifiques, de la pratique médicale et des technologies qui leur sont associées, la vulnérabilité humaine devrait être prise en compte. Les individus et les groupes particulièrement vulnérables devraient être protégés et l'intégrité personnelle des individus concernés devrait être respectée.

Article 9 Vie privée et confidentialité

La vie privée des personnes concernées et la confidentialité des informations les touchant personnellement devraient être respectées. Dans toute la mesure du possible, ces informations ne devraient pas être utilisées ou diffusées à des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été collectées ou pour lesquelles un consentement a été donné, en conformité avec le droit international, et notamment avec le droit international des droits de l'homme.

Article 10 Égalité, justice et équité

L'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce qu'ils soient traités de façon juste et équitable.

Article 11 Non-discrimination et non-stigmatisation

Aucun individu ou groupe ne devrait être soumis, en violation de la dignité humaine, des droits de l'homme et des libertés fondamentales, à une discrimination ou à une stigmatisation pour quelque motif que ce soit.

Article 12 Respect de la diversité culturelle et du pluralisme

Il devrait être tenu dûment compte de l'importance de la diversité culturelle et du pluralisme. Toutefois, ces considérations ne doivent pas être invoquées pour porter

atteinte à la dignité humaine, aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales ou aux principes énoncés dans la présente Déclaration, ni pour en limiter la portée.

Article 13 Solidarité et coopération

La solidarité entre les êtres humains ainsi que la coopération internationale à cette fin doivent être encouragées.

Article 14 Responsabilité sociale et santé

1. La promotion de la santé et du développement social au bénéfice de leurs peuples est un objectif fondamental des gouvernements que partagent tous les secteurs de la société.

2. Compte tenu du fait que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale, le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser :

(a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ;

(b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ;

(c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ;

(d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ;

(e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme.

Article 15 Partage des bienfaits

1. Les bienfaits résultant de toute recherche scientifique et de ses applications devraient être partagés avec la société dans son ensemble ainsi qu'au sein de la communauté internationale, en particulier avec les pays en développement. Aux fins de donner effet à ce principe, ces bienfaits peuvent prendre les formes suivantes :

(a) assistance spéciale et durable et expression de reconnaissance aux personnes et groupes ayant participé à la recherche ;

(b) accès à des soins de santé de qualité ;

(c) fourniture de nouveaux produits et moyens thérapeutiques ou diagnostiques, issus de la recherche ;

(d) soutien aux services de santé ;

(e) accès aux connaissances scientifiques et technologiques ;
(f) installations et services destinés à renforcer les capacités de recherche ;
(g) autres formes de bienfaits compatibles avec les principes énoncés dans la présente Déclaration.

2. Les bienfaits ne devraient pas constituer des incitations inappropriées à participer à la recherche.

Article 16 Protection des générations futures

L'incidence des sciences de la vie sur les générations futures, y compris sur leur constitution génétique, devrait être dûment prise en considération.

Article 17 Protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité

Il convient de prendre dûment en considération l'interaction entre les êtres humains et les autres formes de vie, de même que l'importance d'un accès approprié aux ressources biologiques et génétiques et d'une utilisation appropriée de ces ressources, le respect des savoirs traditionnels, ainsi que le rôle des êtres humains dans la protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité.

Article 18 Prise de décisions et traitement des questions de bioéthique

1. Le professionnalisme, l'honnêteté, l'intégrité et la transparence dans la prise de décisions devraient être encouragés, en particulier la déclaration de tout conflit d'intérêts et un partage approprié des connaissances. Tout devrait être fait pour utiliser les meilleures connaissances scientifiques et méthodologies disponibles en vue du traitement et de l'examen périodique des questions de bioéthique.

2. Un dialogue devrait être engagé de manière régulière entre les personnes et les professionnels concernés ainsi que la société dans son ensemble.

3. Des possibilités de débat public pluraliste et éclairé, permettant l'expression de toutes les opinions pertinentes, devraient être favorisées.

Article 19 Comités d'éthique

Des comités d'éthique indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes devraient être mis en place, encouragés et soutenus, au niveau approprié, pour :

(a) évaluer les problèmes éthiques, juridiques, scientifiques et sociaux pertinents relatifs aux projets de recherche concernant des êtres humains ;

(b) fournir des avis sur les problèmes éthiques qui se posent dans des contextes

cliniques ;

(c) évaluer les progrès scientifiques et technologiques, formuler des recommandations et contribuer à l'élaboration de principes directeurs sur les questions relevant de la présente Déclaration ;

(d) favoriser le débat, l'éducation ainsi que la sensibilisation et la mobilisation du public en matière de bioéthique.

Article 20 Évaluation et gestion des risques

Il conviendrait de promouvoir une gestion appropriée et une évaluation adéquate des risques relatifs à la médecine, aux sciences de la vie et aux technologies qui leur sont associées.

Article 21 Pratiques transnationales

1. Les États, les institutions publiques et privées et les professionnels associés aux activités transnationales devraient s'employer à faire en sorte que toute activité relevant de la présente Déclaration, entreprise, financée ou menée d'une autre façon, en totalité ou en partie, dans différents États, soit compatible avec les principes énoncés dans la présente Déclaration.

2. Lorsqu'une activité de recherche est entreprise ou menée d'une autre façon dans un ou plusieurs États (État(s) hôte(s)) et financée par des ressources provenant d'un autre État, cette activité de recherche devrait faire l'objet d'un examen éthique d'un niveau approprié dans l'État hôte et dans l'État dans lequel la source de financement est située. Cet examen devrait être fondé sur des normes éthiques et juridiques compatibles avec les principes énoncés dans la présente Déclaration.

3. La recherche transnationale en matière de santé devrait répondre aux besoins des pays hôtes et il faudrait reconnaître qu'il importe que la recherche contribue à soulager les problèmes de santé urgents dans le monde.

4. Lors de la négociation d'un accord de recherche, les conditions de la collaboration et l'accord sur les bienfaits de la recherche devraient être établis avec une participation égale des parties à la négociation.

5. Les États devraient prendre des mesures appropriées, aux niveaux tant national qu'international, pour combattre le bioterrorisme et le trafic illicite d'organes, de tissus, d'échantillons et de ressources et matériels génétiques.

Article 22 Rôle des États

1. Les États devraient prendre toutes les mesures appropriées - législatives,

administratives ou autres - pour donner effet aux principes énoncés dans la présente Déclaration, en conformité avec le droit international des droits de l'homme. Ces mesures devraient être soutenues par une action dans les domaines de l'éducation, de la formation et de l'information du public.

2. Les États devraient encourager la mise en place de comités d'éthique indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes, comme stipulé à l'article 19.

Article 23 Éducation, formation et information en matière de bioéthique

1. Afin de promouvoir les principes énoncés dans la présente Déclaration et d'assurer une meilleure compréhension des enjeux éthiques liés aux progrès des sciences et des technologies, en particulier chez les jeunes, les États devraient s'efforcer de favoriser l'éducation et la formation en matière de bioéthique à tous les niveaux, et d'encourager les programmes d'information et de diffusion des connaissances concernant la bioéthique.

2. Les États devraient encourager les organisations intergouvernementales internationales et régionales ainsi que les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales à participer à cette démarche.

Article 24 Coopération internationale

1. Les États devraient favoriser la diffusion internationale de l'information scientifique et encourager la libre circulation et le partage des connaissances scientifiques et technologiques.

2. Dans le cadre de la coopération internationale, les États devraient promouvoir la coopération culturelle et scientifique et conclure des accords bilatéraux et multilatéraux qui permettent aux pays en développement de renforcer leur capacité de participer à la création et à l'échange des connaissances scientifiques, des savoir-faire correspondants et de leurs bienfaits.

3. Les États devraient respecter et promouvoir la solidarité entre eux ainsi qu'avec et entre les individus, les familles, les groupes et communautés, en particulier avec ceux que leur maladie ou handicap, ou d'autres facteurs personnels, sociaux ou environnementaux, rendent vulnérables et ceux dont les ressources sont les plus limitées.

Article 25 Activités de suivi de l'UNESCO

1. L'UNESCO promeut et diffuse les principes énoncés dans la présente Déclaration. Pour ce faire, elle devrait demander l'aide et l'assistance du Comité

intergouvernemental de bioéthique (CIGB) et du Comité international de bioéthique (CIB).

2. L'UNESCO réaffirme sa volonté de traiter des questions de bioéthique et de promouvoir la coopération entre le CIGB et le CIB.

Article 26 Interdépendance et complémentarité des principes

La présente Déclaration doit être comprise comme un tout et les principes doivent être compris comme complémentaires et interdépendants. Chaque principe doit être considéré dans le contexte des autres, dans la mesure qui est appropriée et pertinente selon les circonstances.

Article 27 Limites à l'application des principes

Si l'application des principes énoncés dans la présente Déclaration doit être limitée, ce devrait être par la loi, y compris les textes législatifs qui concernent la sécurité publique, l'enquête, la détection et les poursuites en cas de délit pénal, la protection de la santé publique ou la protection des droits et libertés d'autrui. Toute loi de ce type doit être compatible avec le droit international des droits de l'homme.

Article 28 Exclusion des actes contraires

aux droits de l'homme, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine

Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme susceptible d'être invoquée de quelque façon par un État, un groupe ou un individu pour se livrer à une activité ou accomplir un acte à des fins contraires aux droits de l'homme, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine.

CHAPITRE II :

MATERIEL ET

METHODES

1. MILIEU D'ETUDE

L'hôpital général de kadutu, se situe dans la commune de Kadutu, quartier Buholo V. Il est à une altitude de plus ou moins 1.680 m du niveau de la mer. Il est soumis au climat des montagnes avec une température moyenne de 25°C en saison sèche et 15°C en saison de pluies.

Construit vers les années 1948 sous colonisation, il sera opérationnel en 1952, comme dispensaire. Il sera agrandi et doté d'une maternité et de 4 services traditionnels vers les années 1983. En 1988, il devient un centre hospitalier. Il bénéficie en septembre 1990, d'une salle d'opération, pour les soins des populations, et de nos jours il se fait appeler par arrêté ministériel Hôpital Général de Kadutu.

En effet, l'Hôpital Général de Kadutu, disposant 63 agents dont 7 médecins, 30 paramédicaux, 8 administrateurs, et 18 ouvriers, organise en son sein plusieurs services :

- Médecine interne : 22 lits ;
- Pédiatrie : 23 lits ;
- Chirurgie : 16 lits;
- Gynécologie : 6 lits ;
- Maternité : 27 lits ;
- Soins des urgences : 3 lits ;

Cet hôpital prend en charge plusieurs malades de la commune de Kadutu ainsi que d'aucun provenant de la périphérie. Son nombre moyen de malades (ambulatoires et hospitalisés) pris sur une durée de 5 ans (2007-2011) est de 4669 malades, avec un minimum de 3267, et un maximum de 6853, obtenu en 2007.

2. MATERIEL

Notre échantillon est constitué de tous les professionnels de santé œuvrant au sein de l'hôpital général de kadutu, le personnel administratif et les ouvriers étant exclus. Il

s'agit notamment d'un effectif de 30 professionnels de santé parmi lesquels 5 Médecins (généralistes) et 25 paramédicaux (les infirmiers, les pharmaciens, les laborantins,...).

3. METHODE

Cette étude transversale, ciblant les personnels soignants de l'hôpital général de kadutu a été menée pendant la période allant du 01 novembre 2011 au 30 avril 2012.

Pour la récolte des données, une enquête par questionnaire a été menée. Le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon réduit de 10 professionnels de santé et les corrections nécessaires lui ont été apportées avant son lancement définitif.

Pour évaluer le niveau de formation des professionnels de santé en matière de bioéthique et d'éthique clinique, des questions relatives à l'acquisition des connaissances à l'école ainsi qu'au volume horaire du cours d'éthique ont été posées. La formation a été jugée :

- Absente : si le cours d'éthique clinique n'a pas été enseigné
- Insuffisante : si le volume horaire du cours a été inférieur à 6 crédits
- Suffisante : si le volume horaire était de 6 crédits au minimum.

Pour apprécier les connaissances des professionnels de santé sur la bioéthique et l'éthique clinique, des questions relatives aux aspects ci-après ont été posées :

- Savoir s'ils ont déjà entendu parler de l'éthique clinique, de la bioéthique et de l'existence des comités d'éthique hospitalière
- Savoir définir correctement et complètement la bioéthique
- Connaître au moins quatre principes éthiques en bioéthique et en éthique médicale
- Connaître le principe du consentement éclairé selon le code de Nuremberg
- Connaître la signification de la formation à la bioéthique

Ces connaissances des professionnels de santé étaient jugées :

- Médiocres : inférieures à 50%
- Insuffisantes : 50 à 69%
- Suffisantes : supérieures à 70%

Pour évaluer les attitudes des professionnels de santé face à l'éthique clinique et à la bioéthique, les questions relatives à leur avis sur l'intégration de l'éthique médicale et de la

bioéthique dans la formation du personnel soignant et dans le district sanitaire de Bukavu ont été posées.

Les attitudes des professionnels de santé ont été considérées :

- Indifférentes : sans avis
- Très défavorables : inférieures à 50%
- Défavorables : 50 à 69%
- Favorables : supérieures à 70%

Pour apprécier la pratique des professionnels de santé en matière de la bioéthique et de l'éthique clinique, les questions relatives à la consultation des ouvrages dans ce domaine ainsi qu'à l'existence des comités d'éthique clinique et de bioéthique dans la structure sanitaire, de leur composition ainsi que de leurs attributions ont été posées.

La pratique des professionnels de santé a été considérée :

- Faible : pas de consultation des ouvrages dans le domaine de l'éthique, ni de comité d'éthique au sein de la structure sanitaire
- Insuffisante : lecture des ouvrages d'éthique ou recyclage du personnel, sans existence d'un comité d'éthique
- Suffisante : personnel recyclé et existence du comité d'éthique

Les données sont présentées dans des tableaux de fréquence. Le test statistique du khi-carré a été utilisé dans la vérification de l'association entre certaines variables.[14]

CHAPITRE III:

RESULTATS

1- PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Le présent tableau fait part de la composition de la population étudiée, en structurant les individus selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, et la profession.

Tableau 1 : présentation de l'échantillon

Question : Quel est votre sexe, âge, niveau d'instruction, profession ?

Paramètres	Sexe			Age						
	M	F	Total	15-24	25-33	34-42	43-51	52-60	61-69	Total
Structure sanitaire										
Hôpital General de Katudu	13	17	30	2	11	8	8	0	1	30
Pourcentages %	43,33	56,66	100	6,66	36,66	26,66	26,66	0	3,33	100

Paramètres	Niveau d'instruction							
	Moins qu'un diplômé d'état	Diplômé d'état	Gradué	Licencié	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Docteur (thèse)	Totaux
Structure Sanitaire								
Hôpital General de Katudu	6	2	12	5	5	0	0	30
Pourcentages %	20	6,66	40	16,66	16,66	0	0	100

Paramètres	Profession				
	Médecin	Infirmier	Accoucheuse	Laborantin	Totaux
Structure Sanitaire					
Hôpital General de Katudu	5	20	4	1	30
Pourcentages %	16,66	66,66	13,33	3,33	100

D'après ce tableau, il ressort que le sexe féminin est dominant, la majorité des enquêtés sont âgés de 25 à 30 ans, le niveau d'instruction commun correspond au graduat et les infirmiers constituent la majeure partie de notre échantillon.

2- INFORMATIONS SUR LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'H.G.K

2.1- Formation reçue en bioéthique et éthique clinique

Le tableau ci-après présente l'état de la formation des individus constituant notre échantillon dans les domaines de l'éthique médicale et de la bioéthique, au cours de leurs études.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon la formation reçue.

Question : Au cours de vos études en science de la santé ou autres, avez-vous reçu une formation classique dans les domaines de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	3	9	0	1	14	46,66
Non	2	11	1	3	16	53,33
Totaux	5	20	1	4	30	100

Nous remarquons que dans l'échantillon, plus de la moitié des enquêtés n'ont pas suivi un cours de bioéthique et d'éthique clinique au cours de leur cursus scolaire ou académique.

2.3 Formation reçue au cours de l'exercice professionnel

Ce tableau nous informe sur l'existence d'une formation outre celle reçue dans le cursus académique, en occurrence une formation reçue au cours de l'exercice professionnel.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'existence d'une formation reçue au cours de l'exercice professionnel.

Question : Dans l'exercice professionnel, avez-vous déjà reçu un recyclage ou un séminaire ou encore une formation encours d'emploi dans les domaines de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	1	6	0	1	8	26,66
Non	4	14	1	3	22	73,33
Totaux	5	20	1	4	30	100

Peu d'enquêtés ont reçu une formation en cours d'emploi dans le domaine de bioéthique et d'éthique médicale.

2.4 Moyens d'acquisition des connaissances

Le tableau suivant nous présente les moyens par lesquels nos enquêtés ont acquis leurs connaissances en bioéthique et éthique médicale.

Tableau 4 : Classement des enquêtés selon les modes d'acquisition des connaissances en bioéthique et éthique clinique.

Question : Si oui, comment avez-vous acquis des connaissances dans ce domaine ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Lecture	0	0	0	0	1	12,5
Conférence	1	3	0	0	4	37,5
Enseignements Primaires	0	0	0	0	0	0
Enseignements Secondaires	0	0	0	0	0	0
Enseignements Universitaires	2	5	0	1	8	37,5
Groupe de Discussion	0	0	0	0	0	0
Centres de réflexion Juridique	0	1	0	0	1	12,5
Totaux	3	9	0	1	14	100
%	21,42	64,28	0	7,14	100	

La majorité des enquêtés ont acquis leurs connaissances lors des conférences et des enseignements universitaires.

2.5 Promotions d'étude du cours

Ce tableau expose le nombre de promotions dans lesquelles les cours d'éthique clinique, bioéthique ont été dispensés.

Tableau 5 : Promotions de réception des cours.

Question : Si vous avez reçu des enseignements sur l'éthique clinique et/ou la bioéthique à l'école, dans combien de promotions ce cours était-il donné ?

Assertions Paramètres	Une seule	Deux	Trois	Quatre	Totaux %	
	Cinq					
Médecin	3	0	0	0	0	3 21,42
Infirmier	4	3	2	0	0	9 64,28
Laborantin	1	0	0	0	0	1 7,14
Accoucheuse	1	0	0	0	0	1 7,14
Totaux	9	3	2	0	0	14 100
%	64,28	21,42	14,28	0	0	100

Il est à noter de ce tableau que la majorité des enquêtés ont reçu leur cours dans une seule promotion.

2.6 Méthodes d'enseignements du cours

Ce tableau explicite les différents modes par lesquels nos enquêtés ont été formés en éthique clinique et bioéthique.

Tableau 6 : Procédés d'enseignements des cours.

Question : Comment le cours était-il dispensé ?

Assertions Paramètres	Correspondance	Auditoire	Hôpital	Totaux %	
	Médecin	0	3	0	3
Infirmier	0	9	0	9	64,28
Laborantin	0	1	0	1	7,14
Accoucheuse	0	1	0	1	7,14
Totaux	0	14	0	14	100
%	0	100	0	100	

Ainsi, tous les individus de l'échantillon ont été formés en éthique clinique et bioéthique dans des auditoriums.

3- CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE MEDICALE

3-1 Connaissance de l'éthique médicale et la bioéthique

Le tableau ci-contre répartit les enquêtés selon leurs connaissances, précisément s'ils ont déjà entendu parler de l'éthique clinique et de la bioéthique.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon la prescience de l'éthique clinique et bioéthique.

Question : avez-vous déjà entendu parler de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	5	16	1	1	23	76,66
Non	0	14	0	3	17	23,33
Totaux	5	30	1	4	30	100

La majeure partie des enquêtés ont prescience sur l'éthique clinique et la bioéthique.

3.2 Existence d'un comité d'éthique au sein de l'H.G.K

Ce tableau renseigne sur la présence d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K.

Tableau 8 : Existence d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	0	0	0	0	0	0
Non	5	20	1	4	30	100
Totaux	5	29	1	4	30	100

Le présent tableau rapporte qu'il n'existe point de comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

3.3 Connaissance des principes de bioéthique et éthique clinique

Le tableau suivant fait lumière sur les connaissances du personnel soignant de l'H.G.K sur les principes éthiques et bioéthiques.

Tableau 9 : connaissance des principes de bioéthique et éthique clinique.

Question : Connaissez-vous les principes éthiques en bioéthique et en éthique médicale ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	3	4	0	0	7	23,33
Non	2	16	1	4	23	76,66
Totaux	5	20	1	4	30	100

Il est à noter de ce tableau, qu'une partie représentative du personnel soignant enquêté n'a pas de connaissance sur les principes de bioéthique et d'éthique médicale.

3.4 Enseignements ou éducation à la bioéthique

Une part considérable de l'échantillon ayant reçu une formation, le tableau ci-après fait lumière sur leur avis face à l'objectif de cette formation : enseigner ou éduquer à la bioéthique ?

Tableau 10 : Avis de nos enquêtés sur l'objectif de la formation.

Question : Former à la bioéthique, est-ce enseigner la bioéthique ou éduquer à la bioéthique ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Enseigner	1	8	0	2	11	36,66
Eduquer	4	12	1	2	19	63,33
Totaux	5	20	1	4	30	100

De ce tableau, on constate qu'une part importante de l'échantillon trouve comme objectif l'éducation à la bioéthique et non l'enseignement à la bioéthique.

4. ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A L'INTEGRATION DE L'ETHIQUE CLINIQUE ET DE LA BIOETHIQUE DANS LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET DANS LES STRUCTURES MEDICALES

4.1 Intégration des cours de bioéthique et d'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant.

Ce tableau nous donne les avis des enquêtés face à une possible intégration des cours de bioéthique et d'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant.

Tableau 11 : Avis des enquêtés sur l'intégration des cours.

Question : Etes-vous de l'avis favorable pour l'intégration des cours de bioéthique et de l'éthique médicale dans les cursus de formation classique du personnel soignant ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	5	14	1	4	24	80
Non	0	1	0	0	1	3,33
Je n'en sais rien	0	5	0	0	5	16,66
Totaux	5	20	0	4	30	100

Une part importante du personnel soignant de l'H.G.K est d'avis favorable pour l'Intégration des cours de bioéthique et d'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant

4.2 Création d'un comité d'éthique médicale dans le district sanitaire de Bukavu

Ce tableau nous donne les avis de nos enquêtés face à la création d'un comité d'éthique médicale dans le district sanitaire de Bukavu.

Tableau 12 : Avis des enquêtés sur la création d'un comité d'éthique médicale.

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Laborantin	Accoucheuse	Totaux	%
Oui	5	14	1	4	24	80
Non	0	0	0	0	0	0
Je n'en sais rien	0	6	0	0	6	20
Totaux	5	20	1	4	30	100

Une part importante du personnel soignant de l'H.G.K est d'avis favorable pour la création d'un comité d'éthique médicale dans le district sanitaire de Bukavu, contre une autre minime qui n'a pas de certitude sur la question.

5. ETAT DE LA BIOETHIQUE ET DES COMITES D'ETHIQUE CLINIQUE AU SEIN DE L'H.G.K

5.1 Documentations sur l'éthique médicale ou la bioéthique

Ce tableau repartit les enquêtés selon leurs documentations en matière de bioéthique et éthique médicale.

Tableau 13 : Documentation des enquêtés en matière de bioéthique et éthique médicale.

Question : Avez-vous déjà lu une publication ou un ouvrage scientifique sur l'éthique médicale ou la bioéthique ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Accoucheuse	Totaux	%
	Laborantin				
Oui	1	7	0	9	30
Non	4	13	1	21	70
Totaux	5	20	1	30	100

La majorité des enquêtés n'ont pas encore lu une publication ou un ouvrage scientifique sur l'éthique médicale et la bioéthique.

5.2 Existence d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Ce tableau nous fait part de la présence ou non d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K.

Tableau 14 : Existence d'un comité d'éthique au sein de l'H.G.K.

Question : Existe-t-il un comité d'éthique clinique au sein de votre structure sanitaire ?

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier	Accoucheuse	Totaux	%
	Laborantin				
Oui	0	0	0	0	0
Non	5	20	1	30	100
Totaux	5	20	1	30	100

Il ressort de ce qui précède qu'il n'existe pas de comité d'éthique clinique au sein de la structure sanitaire.

5.3 Avis des enquêtés face à une possible création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Ce tableau présente les avis des enquêtés face à la création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Tableau 15 : Distribution des enquêtés selon leur avis face à une possible création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K

Paramètres / Assertions	Médecin	Infirmier		Accoucheuse	Totaux	%
	Laborantin					
Oui	5	19	1	4	29	96,66
Non	0	1	0	0	1	3,33
Totaux	5	20	1	4	30	100

Face à la création d'un comité d'éthique clinique au sein de l'H.G.K, un enquêté est inconciliable face à vingt-neuf autres qui l'opinent.

6. QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE CLINIQUE

6.1 Avoir étudié le cours d'éthique à l'école

Ce tableau étudie la relation entre la connaissance et le fait d'avoir reçu une formation en bioéthique et éthique clinique à l'école.

Tableau 16 : Connaissances et étude du cours de bioéthique.

Facteurs / Connaissances	Connaissances	Connaissances	Total
	insuffisantes	médiocres	
Ont étudié le cours d'éthique à l'école	8	6	14
N'ont pas étudié le cours d'éthique	1	15	16
Total	9	21	30

$\chi_c^2 = 9,209$
 $\chi_t^2 = 3,841$
P = 0,05

$\chi_c^2 > \chi_t^2$: La différence est significative. Avoir étudié ou pas le cours d'éthique à l'école influence la connaissance des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

6.2 Volume horaire du cours d'éthique et connaissance

Ce tableau instruit sur le rapport entre la connaissance et le volume horaire du cours de bioéthique et éthique clinique reçus pendant le cursus académique.

Tableau 17 : volume horaire du cours de bioéthique et connaissance.

	Connaissances insuffisantes	Connaissances médiocres	Total
Volume horaire ≥ 4 crédits	1	0	1
Volume horaire < 4 crédits	3	10	13
Total	4	10	14

$$\chi_c^2 = 2,753$$

$$\chi_t^2 = 6,635$$

$$P = 0,01$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. Avoir étudié le cours d'éthique à l'école n'a pas une influence sur la connaissance des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique à condition que le volume horaire du cours soit supérieur ou égal à 4 crédits (60 heures).

6.3 Avoir reçu un recyclage

Le tableau suivant présente la relation entre les recyclages en bioéthique et les connaissances dans ce domaine.

Tableau 18 : Recyclages et connaissances en bioéthique et éthique clinique.

	Connaissances insuffisantes	Connaissances médiocres	Total
Ont reçu un recyclage	1	7	8
N'ont pas reçu un recyclage	5	17	22
Total	6	24	30

$$\chi_c^2 = 0,383$$

$$\chi_t^2 = 3,841$$

$$P = 0,05$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. Le recyclage des professionnels de santé n'a pas eu une influence sur leurs connaissances en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

6.4 Avoir lu un livre sur la bioéthique et connaissance

Le tableau suivant oriente sur le niveau de connaissances en fonction de la lecture des livres de bioéthique et éthique clinique.

Tableau 19 : Lecture et connaissances en bioéthique et éthique clinique.

	Connaissances insuffisantes	Connaissances médiocres	Total
Ont lu un livre	3	5	8
N'ont pas lu un livre	7	15	22
Total	10	20	30

$$\chi_c^2 = 0,062$$

$$\chi_t^2 = 3,841$$

$$P = 0,05$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: La différence n'est pas significative. Avoir lu ou pas un livre d'éthique n'influence pas la connaissance des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

6.5 Niveau d'étude (profession) et connaissance

Le tableau ci-après présente la relation entre les connaissances en bioéthique et éthique clinique, et le niveau d'étude ou profession.

Tableau 20 : connaissances en bioéthique et profession.

	Connaissances insuffisantes	Connaissances médiocres	Total
Médecins	3	2	5
Paramédicaux	6	19	25
Total	9	21	30

$$\chi_c^2 = 5,071$$

$$\chi_t^2 = 3,841$$

$$P = 0,05$$

$\chi_c^2 > \chi_t^2$: La différence est significative. La connaissance des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique dépend de la profession médicale ou paramédicale du professionnel de santé.

7. QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE BIOETHIQUE ET ETHIQUE CLINIQUE

7.1 Avoir étudié le cours d'éthique à l'école

Ce tableau nous montre l'influence du cours d'éthique clinique et bioéthique, sur l'attitude des professionnels de santé de H.G.K.

Tableau 21 : Etude du cours et attitude des professionnels de santé.

	Attitude Favorable	Attitude défavorable ou indifférente	Total
Ont étudié le cours d'éthique à l'école	11	3	14
N'ont pas étudié le cours d'éthique	11	5	16
Total	22	8	30

$$\chi_c^2 = 0,3702$$

$$\chi_t^2 = 3,841$$

$$P = 0,05$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence est significative. Avoir étudié le cours d'éthique à l'école n'a pas une influence sur l'attitude des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

7.2 Avoir reçu un recyclage

Le tableau suivant présente la relation entre les recyclages et les attitudes des professionnels de santé de l'H.G.K.

Tableau 22 : Recyclages et attitude des professionnels de santé de l'H.G.K.

	Attitude Favorable	Attitude défavorable ou indifférente	Total
Ont reçu un recyclage	6	2	8
N'ont pas reçu un recyclage	16	6	22
Total	22	8	30

$$\chi_c^2 = 0,015$$

$$\chi_t^2 = 3,841$$

$$P = 0,05$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. Le recyclage des professionnels de santé n'a pas une influence sur leur attitude en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

7.3 Avoir lu un livre sur la bioéthique

Le présent tableau étudie la relation entre la lecture et les attitudes des enquêtés.

Tableau 23: Lecture et attitude des enquêtés.

	Attitude Favorable	Attitude défavorable ou indifférente	Total
Ont lu un livre	8	0	8
N'ont pas lu un livre	14	8	22
Total	22	8	30

$$\chi_c^2 = 3,974 \qquad \chi_t^2 = 3,841 \qquad P = 0,05$$

$\chi_c^2 > \chi_t^2$: la différence est significative. Avoir lu ou pas un livre d'éthique influence l'attitude des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

7.4 Le niveau d'étude et l'attitude

Ce tableau expose la corrélation entre les attitudes des professionnels de santé de L'H.G.K et leurs professions.

Tableau 24 : Niveau d'étude et attitude.

	Attitude Favorable	Attitude défavorable ou indifférente	Total
Médecins	5	0	5
Paramédicaux	17	8	25
Total	22	8	30

$$\chi_c^2 = 2,186 \qquad \chi_t^2 = 3,841 \qquad P = 0,05$$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. L'attitude des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique ne dépend pas de leur niveau d'étude.

8. QUELQUES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE D'ETHIQUE CLINIQUE ET DE BIOETHIQUE

La pratique est soit insuffisante, soit faible, selon nos appréciations. En effet, il n'existe ni comité d'éthique clinique, ni comité de bioéthique au sein de cet hôpital.

8.1 Avoir étudié le cours d'éthique à l'école

Le présent tableau présente la pratique de la bioéthique et éthique clinique des enquêtés selon l'étude du cours à l'école.

Tableau 25 : Pratique de la bioéthique et étude du cours au cours du cursus académique.

	Pratique insuffisante	Pratique faible	Total
Ont étudié le cours d'éthique à l'école	3	11	14
N'ont pas étudié le cours d'éthique	0	16	16
Total	3	27	30

$\chi_c^2 = 3,809$ $\chi_t^2 = 3,841$ $P = 0,05$
 $\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. Avoir étudié le cours d'éthique à l'école n'a pas une influence sur la pratique des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

8.2 Selon le niveau d'étude

Ce tableau dégage le lien entre la pratique de l'éthique clinique et bioéthique en fonction du niveau d'étude ou profession des enquêtés.

Tableau 26 : Pratique de la bioéthique, éthique clinique suivant le niveau d'étude.

	Pratique insuffisante	Pratique faible	Total
Médecins	1	4	5
Paramédicaux	2	23	25
Total	3	27	30

$\chi_c^2 = 0,666$ $\chi_t^2 = 3,841$ $P = 0,05$

$\chi_c^2 < \chi_t^2$: la différence n'est pas significative. Le niveau d'étude n'a aucune influence sur la pratique des personnels soignants en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

CHAPITRE IV :

DISCUSSION

1. Connaissances des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique

S'agissant de la connaissance, les résultats de nos enquêtes ont révélé ce qui suit :

- Seulement 46,66 % des enquêtés ont reçu une formation classique dans le domaine de l'éthique clinique et de la bioéthique contre 53,33 % qui ne l'ont pas reçu.
- Le volume horaire moyen du cours d'éthique était de 30 heures avec un maximum de 60 heures et un minimum de 15 heures.
- La majorité de répondants n'ont jamais reçu un recyclage en éthique au cours de leur exercice professionnel.
- La grande partie des enquêtés ont acquis des connaissances dans le domaine grâce aux enseignements suivis à l'université.
- La totalité des répondants ont étudié ce cours dans une seule promotion. Aucun n'a reçu les enseignements dans ce domaine du début à la fin de son cursus. Le cours était dispensé à l'auditoire selon la majorité de nos répondants.
- La plupart des enquêtés n'ont jamais entendu parler de l'existence d'un comité d'éthique clinique dans les structures sanitaires du Sud-Kivu.
- La majorité des enquêtés ne connaissent aucun principe éthique.
- Seule une minorité des enquêtés connaissent la meilleure définition de la bioéthique.
- Seule une minorité des enquêtés ont une connaissance suffisante du principe du consentement éclairé.

En définitive, la connaissance des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique a été jugée médiocre. Cette médiocrité est liée, chez certains répondants, au manque d'instruction en matière d'éthique et, chez les autres, à un volume horaire insuffisant du cours d'éthique suivi au cours du cursus scolaire ainsi qu'à une méthodologie inappropriée d'enseignement de ce cours.

Le simple fait d'avoir étudié le cours d'éthique à l'école ou d'avoir lu un livre d'éthique n'influence pas la connaissance des professionnels de santé en cette matière.

Cette connaissance est également indépendante de la profession médicale ou paramédicale du personnel soignant.

Le cours de base de bioéthique de l'UNESCO vise à présenter aux étudiants de l'enseignement supérieur les principes de la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Rares sont les pays et les universités où un enseignement de la bioéthique a été mise en place.

Les étudiants en médecine sont le premier groupe cible du cours de base.

L'enseignement devrait être dispensé avant la fin de la phase clinique de la formation des étudiants. Même si le cours de base peut être présenté au cours de la phase préclinique, il sera probablement plus efficace pour les étudiants qui sont en phase clinique. Ceux-ci en effet auront expérimenté la nécessité d'une réflexion éthique, ils reconnaîtront plus aisément la dimension éthique des cas et des problèmes.

De nos jours, l'enseignement de la bioéthique occupe également une place dans d'autres cycles d'études soins-infirmiers, sciences liées aux soins de santé, odontologie et santé publique, par exemple. Il est dispensé aux étudiants en droit, en philosophie et en sciences sociales. Le cours de base s'adresse aussi à eux. Il les familiarisera avec les aspects fondamentaux de la bioéthique d'aujourd'hui, et avec les principales questions qui se posent dans ce domaine.

Les étudiants impliqués dans des recherches centrés sur les êtres humains devraient recevoir une formation plus poussées que celle du cours de base. [14]

Au Canada, des cours d'éthique médicale se sont multipliés dans les années 1970. Les universités canadiennes et quelques collèges offrent au moins un cours d'éthique de premier cycle et quelquefois plusieurs. Les médecins en résidence de toutes les écoles de médecine canadienne doivent effectuer des travaux en éthiques, comme la stipule le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous les principes et procédures de base en matière d'éthique médicale sont abordés. Entre autres la connaissance des médecins en résidence. Le collège exige également que les connaissances portant sur l'éthique ainsi que sur le comportement éthique soient évaluées avant l'obtention de l'accréditation médicale.

Des universités canadiennes offrent des cours de deuxième et de troisième cycle. Dans les années 1990, on introduit des diplômes supérieurs intégrés en bioéthique assortis d'une formation interdisciplinaire dans certaines universités canadiennes et leur accès n'est désormais plus restreint aux seuls départements de philosophie, de théologie et d'étude

religieuses. A cause des changements d'une année à l'autre, il est difficile de déterminer le nombre moyen d'heures consacrées à la bioéthique dans les programmes d'études des écoles de médecine. Leur augmentation est toutefois incontestable. Pendant plusieurs décennies avant les années 1970, l'enseignement formel en matière d'éthique dans les programmes d'études de médecine était une exception, aujourd'hui, c'est la règle.

Des recherches sur divers aspects de l'éthique médicale sont menées par des spécialistes de nombreuses disciplines, notamment en sciences de la santé, en sciences humaines et sciences sociales. De plus, des instituts de recherche consacrés aux questions d'éthique médicale sont fondés dans un certain nombre de villes canadiennes telles que Montréal (centre de bioéthique et unité d'éthique biomédicale de l'université McGill), Toronto (centre for Bioethics), Vancouver (Centre for Applied Ethics de l'université de la Colombie-Britannique) et London, en Ontario (Westminster Institute). Les instituts de recherche médicale mettent sur pied des comités évaluant l'éthique de chaque programme de recherche. Ces comités se réfèrent aux lignes directrices sur l'éthique de la recherche énoncées conjointement par les Instituts de recherche de santé du Canada (IRSC), le conseil de recherches en sciences humaines et le conseil de recherches en sciences naturelles et en génie. De plus en plus d'hôpitaux et d'autres institutions de santé établissent des comités internes pour évaluer leurs pratiques et leurs employés.[7]

Les instituts membres des IRSC doivent s'assurer que, au Canada, les recherches en santé s'effectuent dans le respect des normes éthiques régies par la loi. Les IRSC sont mandatés par le parlement pour adhérer aux plus hautes normes d'éthique, pour appliquer les principes éthiques à la recherche en santé et pour surveiller et évaluer les questions d'ordre éthique. L'éthique est une responsabilité partagée entre tous les niveaux des IRSC. Les comités permanents de l'éthique relèvent des nouveaux enjeux éthiques ; Le bureau de l'éthique élabore et met en œuvre des politiques d'éthique de la recherche ; le conseil consultatif de chacun des instituts considère les questions d'ordre éthique pour déterminer son mandat et, dans chacun d'entre eux, on nomme officiellement un responsable des questions liées à l'éthique ; les comités d'examen par les pairs aident à déterminer les financements des projets.

On offre aussi un soutien supplémentaire pour les questions d'ordre éthique liées à l'intégrité de la recherche et à la recherche sur les cellules souches.

2. Attitude du personnel soignant sur la bioéthique et l'éthique clinique

S'agissant de l'attitude :

- La majorité des répondants sont de l'avis favorable pour l'intégration des cours de Bioéthique et de l'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant ainsi que pour la création des comités éthiques dans le district sanitaire de Bukavu.
- Seule une minorité des enquêtés ont déjà lu un ouvrage scientifique sur l'éthique médicale ou la bioéthique.

L'attitude du personnel soignant a été jugée favorable. Cette attitude est statiquement indépendante de la profession médicale ou paramédicale du répondant. Elle est plutôt liée à l'instruction du personnel soignant en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

3. Pratique de l'éthique clinique et de la bioéthique par les personnels de santé

S'agissant de la pratique :

- Il n'existe pas de comité d'éthique au sein de la structure sanitaire dans laquelle nos répondants prestent.

Cette pratique par les personnels de santé a été jugée faible. Une différence qui n'est pas significative a été observée entre les personnels qui ont étudié le cours d'éthique à l'école et ceux qui ne l'ont pas étudié.

Dans la plupart des pays existés des organismes gouvernementaux qui s'intéressent considérablement à la bioéthique. Non que cette discipline constitue leur vocation principale, mais, compte tenu des questions soulevées par le développement des technologies biomédicales, ils l'ont partiellement intégrée. Ces organismes comprennent des ministères, des commissions *ad hoc* créées par les gouvernements ou des organismes spécifiques chargés d'éclairer les gouvernements.

Au niveau fédéral canadien, trois organismes officiels jouent un rôle important au plan éthique : le conseil des sciences (CSC), le conseil de la recherche médicale (CRMC) et la

commission de réforme du droit (CRDC). Dans la préparation de leurs documents, ces deux derniers organismes consultent largement les divers secteurs de la population, en publiant une première version destinée à recueillir les commentaires des citoyens intéressés, avant de remettre le rapport final au gouvernement.

Au niveau provincial, divers organismes sont aussi impliqués, par exemple : le ministère de la santé et du bien être social, le conseil du statut de la femme.

Au plan local, c'est-à-dire au sein des hôpitaux ou des instituts de recherche, il existait au Canada deux types distincts de comités d'éthique. Les premiers – *comités d'éthique de la recherche* - sont responsables de l'analyse et de l'approbation au plan éthique des protocoles de recherche. Ces comités existent depuis 1978 dans tous les centres et hôpitaux où se fait de la recherche biomédicale, puis qu'ils sont exigés par le conseil de la recherche médicale (CRMC). Jusqu'à récemment, ils étaient constitués presque exclusivement des scientifiques et les membres étaient surtout choisis pour leur intérêt dans l'objet de la recherche. Depuis 1987, existait une nouvelle réglementation, intitulée *lignes directrices concernant la recherche sur les êtres humains*. Celles-ci prévoient que les membres des comités seront tous permanents et qu'ils proviendront des disciplines diverses : médecine, sciences biologiques, sciences infirmières, droit, administration, éthique,...

Les comités de second type-appelés *comité de bioéthique, d'éthique clinique, ou d'éthique hospitalière*-sont facultatives. Ils sont plus récents, mais ils se répandent cependant très rapidement. En mars 1986, l'association des hôpitaux du Canada (AHC) en a recommandé la création dans tous les centres hospitaliers. Ils sont composés généralement des membres permanents choisis dans différentes disciplines (par exemple juriste, spécialiste en éthique, théologien). Ces comités remplissent communément trois fonctions :

- 1) Analyser les cas proposés par un médecin, une infirmière, un patient (quoique de cette dernière éventualité soit assez rare) ;
- 2) Elaboration des directives concernant certains aspects des soins ou de l'attitude face aux malades ;
- 3) Sensibilisation et éducation du milieu à la dimension éthique de l'intervention et de la vie à l'hôpital. [7]

En France, il se fait un travail important au ministère de la justice, notamment à la direction des affaires civiles et du sceau. M. le Magistrat Christian Byk y publie régulièrement depuis 1986 une lettre d'information. Mais il faut signaler surtout l'existence d'une structure

bien particulière, celle d'une instance nationale créée par le gouvernement en 1982 ; le *comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)*. Ce comité comprend des personnes de diverses disciplines, sensées représenter les divers courants de pensée dans la population. Il est chargé de conseiller le Gouvernement sur les questions de recherche. Concrètement, il lui arrive de donner des avis qui débordent cet objectif en touchant plus directement la pratique de la médecine ou la règle des mœurs. Il doit organiser un colloque public chaque année. Au CCNE est adjoint un centre de documentation situé à Paris. Et le comité publie mensuellement une lettre d'information forte utile sur ce qui se passe dans le secteur de la recherche bioéthique.

En France, on connaît presque uniquement des comités locaux pour l'approbation des protocoles de recherche. Sans être obligatoires, ces comités se répandent largement, ils suivent souvent le modèle américain. Une directive de l'Assistance publique de Paris signale que rien n'empêche ces dits comités d'étendre leur mandat à des aspects cliniques.

Depuis longtemps, aux Etats-Unis, divers organismes gouvernementaux se préoccupent considérablement de bioéthique. Notons :

- Le centre national pour la recherche sur les services de santé (NCHSR).
- Le centre national des technologies de la santé (NCHCT).
- Le département de la santé, de l'éducation et du bien-être (DHEW).
- L'administration fédérale de l'alimentation et du médicament (FDA).
- Les instituts nationaux de santé (NHI).

Par ailleurs, on ne peut ignorer le travail de deux commissions importantes créées par le congrès américain :

- *The National commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1974-78),*
- *The President's commission for the study of Ethical Problem in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1979-83),*

lesquelles ont publié chacune une dizaine des rapports importants sur les thèmes les plus divers en bioéthique.[8]

Les USA connaissent les deux mêmes types des comites locaux que le Canada : les comités américains ont même servi de modèles. Les premiers concernant la recherche, les

institutional Review Boards (IRB), sont obligatoires depuis pratiquement 1966 ou même 1958. Une loi de 1971 en précise la composition et les objectifs. Les scientifiques ne peuvent guère publier dans une revue savante sans avoir l'autorisation d'un tel comité. Quant aux seconds, appelés *Hospital Ethic Committee (HEC)*, il en existe au moins depuis 1975. Le *Rapport de la Commission présidentielle (1983)* en demande la création dans tous les hôpitaux et en définit le rôle et la composition. Ils sont exigés par l'American Medical Association (AMA) depuis décembre 1984.

Certains auteurs américains parlent même d'un troisième type de comité d'éthique en mettant à part ceux qui s'occupent de recherche sur les produits génétiques. Ailleurs, des organismes analogues existent. On ne peut guère imaginer un gouvernement qui reste indifférent.

Ici et là, les gouvernements créent des commissions pour analyser telle ou telle question particulière. Par exemple, concernant les nouvelles techniques de reproduction. [12]

CONCLUSION

La présente étude, du type descriptif et prospectif, qui a porté sur la connaissance, l'attitude et la pratique du personnel soignant en matière d'éthique clinique et de la bioéthique, a été menée exclusivement auprès des professionnels de santé œuvrant dans le district sanitaire de Bukavu, dont l'âge moyen est de 33 ans avec des extrêmes de 20 ans et 61 ans.

Cette recherche, bien que d'ampleur modérée (465 personnes), est le premier de cette nature abordant de manière plus ou moins approfondie la complexité du rapport individuel des professionnels de soin avec la notion d'éthique. Parmi nos enquêtés, les paramédicaux étaient majoritaires, représentant environ 83,33 % de notre échantillon.

S'agissant de la connaissance, les résultats de nos enquêtes ont révélé ce qui suit :

- Seulement 46,66 % des enquêtés ont reçu une formation classique dans le domaine de l'éthique clinique et de la bioéthique contre 53,33 % qui ne l'ont pas reçu.
- Le volume horaire moyen du cours d'éthique était de 30 heures avec un maximum de 60 heures et un minimum de 15 heures.
- La majorité de répondants n'ont jamais reçu un recyclage en éthique au cours de leur exercice professionnel.
- La grande partie des enquêtés ont acquis des connaissances dans le domaine grâce aux enseignements suivis à l'université.
- Tous les répondants ont étudié ce cours dans une seule promotion. Aucun n'a reçu les enseignements dans ce domaine du début à la fin de son cursus. Le cours était dispensé à l'auditoire selon la majorité de nos répondants.
- La plupart des enquêtés n'ont jamais entendu parler de l'existence d'un comité d'éthique clinique dans les structures sanitaires du Sud-Kivu
- La totalité des enquêtés ne connaissent aucun principe éthique
- Seule une minorité des enquêtés connaissent la meilleure définition de la bioéthique
- Seule une minorité des enquêtés ont une connaissance suffisante du principe du consentement éclairé.

En définitive, la connaissance des professionnels de santé en matière d'éthique clinique et de bioéthique a été jugée médiocre. Cette médiocrité est liée, chez certains répondants, au

manque d'instruction en matière d'éthique et, chez les autres, à un volume horaire insuffisant du cours d'éthique suivi au cours du cursus scolaire ainsi qu'à une méthodologie inappropriée d'enseignement de ce cours.

Le simple fait d'avoir étudié le cours d'éthique à l'école ou d'avoir lu un livre d'éthique n'influence pas la connaissance des professionnels de santé en cette matière.

Cette connaissance est également indépendante de la profession médicale ou paramédicale du personnel soignant.

S'agissant de l'attitude :

- La majorité des répondants sont de l'avis favorable pour l'intégration des cours de Bioéthique et de l'éthique médicale dans le cursus de formation classique du personnel soignant ainsi que pour la création des comités éthiques dans le district sanitaire de Bukavu.
- Seule une minorité des enquêtés ont déjà lu un ouvrage scientifique sur l'éthique médicale ou la bioéthique.

L'attitude du personnel soignant a été jugée favorable. Cette attitude est statiquement indépendante de la profession médicale ou paramédicale du répondant. Elle est plutôt liée à l'instruction du personnel soignant en matière d'éthique clinique et de bioéthique.

S'agissant de la pratique :

- Il n'existe pas de comité d'éthique au sein de la structure sanitaire dans laquelle nos répondants prestent.

Cette pratique par les personnels de santé a été jugée faible. Une différence qui n'est pas significative a été observée entre les personnels qui ont étudié le cours d'éthique à l'école et ceux qui ne l'ont pas étudié.

Eu égard à ce qui précède, nous recommandons :

RECOMMENDATIONS

1. **Au ministère de l'enseignement supérieur et universitaire**, d'introduire dans les programmes des facultés des sciences de la santé, les cours d'éthique clinique et de bioéthique. Ces cours doivent être dispensés dans chaque promotion, pendant au moins 60 heures, jusqu'à la fin du cursus académique. Tous les principes et procédures de base en matière d'éthique médicale y seront abordés, entre autres la connaissance des théories et des problèmes liés à l'éthique, la dimension éthique de tous les processus décisionnels en médecine et les choix éthique personnels des médecins en résidence. Le contenu de ce cours sera essentiellement : agir l'éthique dans le contexte de la clinique ; le rapport entre le jugement clinique et le jugement éthique, la relation soignant-soigné à l'intérieur de l'acte de soins, la place du cadre normatif dans la décision éthique ; les dimensions symbolique et culturelle de la décision et l'influence du contexte organisationnel ; la sensibilité ; la délibération et le dialogue comme compétences éthiques ; l'approche réflexive comme mode d'apprentissage dans l'accompagnement des étudiants et étudiantes.

En dernière année, la formation à l'éthique clinique se fera sur le lit du malade. Les connaissances portant sur l'éthique ainsi que sur le comportement éthique seront évaluées avant l'obtention de l'accréditation médicale.

2. Au ministère de la santé publique :

- D'organiser un recyclage des professionnels en matière d'éthique clinique et de la bioéthique. Ce recyclage en éthique clinique vise à offrir à l'ensemble des professionnelles et professionnels de la santé une formation leur permettant de soumettre à la pensée critique les questions éthiques qui traversent le quotidien du personnel soignant et de s'outiller en vue de devenir des catalyseurs dans le domaine de l'éthique clinique pour ainsi faire de sorte que les milieux de pratique soient aussi des lieux de formation. Par ce recyclage, le personnel soignant devra :

- Intégrer la dimension éthique dans la pratique professionnelle.
- Identifier les enjeux éthiques qui influent sur l'acte de soins.

- De créer, au sein de différentes structures sanitaires du pays, des comités d'éthique clinique. Ces derniers seront composés généralement des membres permanents choisis dans différentes disciplines (par exemple médecins, infirmière,

administrateur, aumôniers) et comprendront presque toujours des personnes de l'extérieur de l'hôpital (par exemple juriste, spécialiste en éthique, théologien). Ces comités rempliront communément trois fonctions :

- Analyse des cas proposés par un médecin, une infirmière, un patient (quoi que de cette dernière éventualité soit rare) ;
- Elaboration des directives concernant certains aspects des soins ou de l'attitude face aux malades ;
- Sensibilisation et éducation du milieu à la dimension éthique de l'intervention et de la vie à l'hôpital.

3. **Au ministère de la recherche scientifique** : de créer au plan local, c'est-à-dire au sein des hôpitaux ou des instituts de recherche, des **comités d'éthique de la recherche** qui seront responsables de l'analyse et de l'approbation au plan éthique des protocoles de recherche. Ces comités devront exister dans tous les centres et hôpitaux où se fait la recherche biomédicale. Ils seront constitués presque exclusivement de scientifiques et les membres seront surtout choisis pour leur intérêt dans l'objet de la recherche. Ces comités traceront les **lignes directrices concernant la recherche sur les êtres humains**. Les membres des comités seront tous permanents et proviendront de disciplines diverses : médecine, sciences bioéthiques, sciences infirmières, administration, droit, éthique, etc.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Almeras, Pequignot, *la Déontologie médicale*, Paris : Litec, 1996,
- 2- Anonyme, de l'éthique médicale au droit médical, la structure universitaire et sociale de la bioéthique, consulté le 4/05/2012, sur [http://www.ethique.insem.fr/ethique.nsf/38520af658aec125704b002bde/55243713ed99C12574d400527901/\\$FILE/diaporama.pdf](http://www.ethique.insem.fr/ethique.nsf/38520af658aec125704b002bde/55243713ed99C12574d400527901/$FILE/diaporama.pdf)
- 3- Bayle, F, *Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la Deuxième Guerre mondiale*, Neustadt: Commission scientifique des crimes de guerre, 1950.
- 4- BENJAMIN FREEDMAN, *Ethique médicale*, consulté le 04/05/2012, sur <http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/ethique-medecale>
- 5- BUNDESARZTEKAMMER, CHAMBRE MEDICALE AUTRICHIENNE, DANISH MEDICAL ASSOCIATION, CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS(France), ASSOCIATION MEDICALE HELLENIQUE *et al.*, *Principes d'éthique médicale européenne*, consulté le 01/04/2012, dans
- 6- Durand G, *la bioéthique, nature, principes, enjeux*, Montréal : les éditions du cerf, 1989, 128p.
- 7- ERIC GAGNON, *les comités d'éthique, la recherche médicale*, Sainte-Foy, les presses de l'université de l'Aval, 1996
- 8- Fouad, N., *La Bioéthique : Définition et Législation*, consulté le 01/04/2012 dans <http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/biolegi.htm>

- 9- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, *Comité d'éthique clinique*, consulté le 01/04/2012, dans <http://www.hscm.ca/professionnels-de-la-sante/comite-dethique-clinique/index.html>
- 10- John R., *Manuel d'éthique médicale*, 2^{ème} édition, Ferney-Voltaire Cedex : World Health Communication Associates, 2009, 140 p.
- 11- Marie-Hélène PARIZEAN, *rôles des comités d'éthique clinique*, Sainte-Foy, les presses de l'université de Laval, 1995
- 12- UNESCO, *Cours de base de bioéthique*, le 05/04/2012 sur <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/60161636/163613f.pdf>
- 13- UNESCO, *COURS DE BASE DE BIOETHIQUE*, version 1, Paris : UNESCO, 2009, 73 p.
- 14- UNESCO, DECLARATION UNIVERSLLE SUR LA BIOETHIQUE ET LES DROITS DE L'HOMME, consulté le 01/04/2012, sur <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180F.pdf>
- 15- université de Montréal, *programme de bioéthique*, consulté le 01/04/2012, dans <http://www.bioethique.umontreal.ca/index.shtml>
- 16- Université de Montréal, *Programmes de bioéthique*, consulté le 01/04/2012 dans <http://www.bioethique.umontreal.ca/programmes/historique.shtml>
- 17- Université Médicale Virtuelle Francophone, *Introduction aux principes de Bioéthique. Qui est légitime pour décider ?*, Lille : U.M.V.F, 2008-2009, 13p

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Consigne : mettre une petite croix à l'intérieur du (des) rectangle(s) correspondant à votre (vos) réponse(s).

Exemple : Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

1. Votre âge (en années) se situe dans quel intervalle ?

15 à 24

25 à 33

34 à 42

43 à 51

52 à 60

61 à 69

2. Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

3. Quel est votre niveau d'instruction ?

Moins qu'un diplômé d'état

Diplômé d'état

Gradué

Licencié

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Docteur (thèse)

Autre (à préciser)

4. Quelle est votre profession ?

Médecin

Infirmier

Accoucheuse

Laborantin

Autre (à préciser)

**I. QUESTION SUR LA FORMATION DES PERSONNELS SOIGNANTS DU
DISTRICT SANITAIRE DE BUKAVU**

1. Au cours de vos études en science de la santé ou autres, avez-vous reçu une formation classique dans les domaines de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

Oui= (1) Non= (2) je ne m'en souviens plus = (3)

2. Quel était le volume horaire de ce cours ? (nombre d'heures)

3. Dans l'exercice professionnel, avez-vous déjà reçu un recyclage ou un séminaire ou encore une formation encours d'emploi dans les domaines de l'éthique médicale et de la bioéthique ? Oui= (1) Non= (2)

5. Si oui, comment avez-vous acquis des connaissances dans ce domaine ?

Lecture

Conférence

Enseignement à l'école primaire

Groupes de discussion

Enseignement à l'école secondaire

Autres (à préciser)

Enseignement à l'université

Centres de réflexion éthique et juridique

6. Si vous avez reçu des enseignements sur l'éthique clinique et/ou la bioéthique à l'école, dans combien de promotions ce cours était-il donné ?

Une seule

Deux

Trois

Quatre

Cinq

Toutes les promotions

7. Comment le cours était-il dispensé (enseigné) ?

Par correspondance

à l'auditoire

« au lit du malade » ou à l'hôpital

autre (à préciser)

II. QUESTIONS SUR LA CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MATIERE DE L'ETHIQUE MEDICALE ET DE LA BIOETHIQUE

8. Avez-vous déjà entendu parler de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

Oui = (1) Non = (2)

9. Avez-vous déjà entendu parler de l'existence de l'existence d'un comité éthique dans les structures sanitaires au Sud-Kivu ? Oui = (1) Non = (2)

10. Connaissez-vous les principes éthiques en bioéthique et en éthique médicale ? Oui = (1) Non = (2)

11. Si oui à la question 6, citez au moins quatre principes éthiques :

a) en éthique médicale :

-

-

-

-

b) en bioéthiques :

-

-

-

12. Parmi les définitions ci-dessous, laquelle est la meilleure pour la bioéthique?

La bioéthique est l'ensemble de règles de conduite et de mœurs considérées comme bonnes et devant être appliquées en société

La bioéthique est la recherche éthique appliquée aux questions posées par le progrès biomédical

La bioéthique est l'étude interdisciplinaire de l'ensemble des conditions qu'exige une gestion responsable de la vie humaine (ou de la personne humaine) dans le cadre des progrès rapides et complexes du savoir et des technologies biomédicales

La bioéthique est la recherche des solutions à des conflits de valeurs dans le monde de l'intervention biomédicale

La bioéthique est la science normative du comportement humain acceptable dans le domaine de la vie et de la mort

La bioéthique désigne la recherche de l'ensemble des exigences du respect et de la promotion de la vie humaine et de la personne dans le secteur biomédical

13. Former à la bioéthique, est-ce enseigner la bioéthique ou éduquer à la bioéthique ?

Enseigner la bioéthique

Eduquer à la bioéthique

14. Expliquer le principe du consentement éclairé selon le code de Nuremberg.

La personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir ;

La personne intéressée doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie,...

La personne intéressée doit être suffisamment renseignée, et connaître toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle ;

Autre (à préciser).

**III. QUESTIONS SUR LES ATTITUDES DES PROFESSIONNELS FACE A
L'INTEGRATION DE L'ETHIQUE MEDICALE ET DE LA BIOETHIQUE
DANS LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT ET DANS LES
STRUCTURES MEDICALES DU DISTRICT SANITAIRE DE BUKAVU**

15. Etes-vous de l'avis favorable :

- a. Pour intégration des cours de bioéthique et de l'éthique médicale dans les cursus de formation classique du personnel soignant ? oui = (1) non = (2) je n'en sais rien = (3)
- b. pour la création des comités éthiques dans le district sanitaire de Bukavu ? oui = (1) non = (2) je n'en sais rien = (3)

**IV. QUESTIONS SUR LES PRATIQUES DE LA PHYTOTHERAPIE
TRADITIONNELLE AFRICAINE PAR LES PROFESSIONNELS DE
SANTE**

16. Avez-vous déjà lu une publication ou un ouvrage scientifique l'éthique médicale ou la bioéthique? oui = (1) non = (2)

17. Si non à la question 12, par quelle moyen avez-vous connu quelques notions de l'éthique médicale et de la bioéthique ?

18. Existe-t-il un comité d'éthique clinique au sein de votre structure sanitaire ?

Oui

Non

19. Si oui à la question 14, quelles sont les fonctions qui lui sont généralement attribuées ?

La consultation éthique, qui consiste en l'analyse de cas cliniques en cours posant des problèmes éthiques, suivie d'une recommandation ou d'un avis ponctuel

L'élaboration de lignes directrices ou de recommandations quant aux normes devant être appliquées pour des problèmes éthiques globaux ou particuliers éprouvés dans l'hôpital

La sensibilisation du milieu à l'éthique, à travers l'information et la formation

Autre (à préciser)

20. Si oui à la question 14, (c'est-à-dire qu'il existe un comité d'éthique clinique au sein de votre hôpital) quelle est sa composition ?

Médecins

Juristes

Infirmiers

Théologiens

Spécialistes en éthique

Administrateurs

Aumôniers

Autres (à préciser)

Le président du comité de santé

du représentant des malades

21. Si non (c'est-à-dire qu'il n'existe pas un comité d'éthique clinique au sein de votre hôpital) souhaiteriez-vous qu'un tel comité existe au sein de votre structure sanitaire ?

Oui

Non