CHAPITRE e5

Problèmes éthiques en médecine clinique

Bernard Lo

Les médecins font régulièrement face dans leur pratique clinique à des problèmes éthiques parfois difficiles, chronophages, et émotionnellement lourds. L'expérience, le bon sens, ou tout simplement le fait d'être une bonne personne, ne garantissent pas la capacité à identifier et résoudre les problèmes éthiques. Il est par conséquent essentiel d'avoir des bases en éthique.

RECOMMANDATIONS ÉTHIQUES FONDAMENTALES

Les médecins doivent suivre deux recommandations fondamentales, mais qui entrent souvent en conflit l'une avec l'autre, que sont le respect de l'autonomie du patient, et le choix de ce qui est le mieux pour le patient.

■ RESPECT DE L'AUTONOMIE DU PATIENT

Le fait de traiter avec respect les patients nécessite pour le médecin de savoir accepter les décisions médicales des personnes informées et agissant librement. La vision et les valeurs de chacun concernant la santé, les soins médicaux et les risques sont différentes. Dans la plupart des situations cliniques, différents objectifs et différentes approches sont possibles, mais les résultats sont incertains, et une intervention peut s'avérer bénéfique comme dangereuse. C'est pourquoi les patients compétents et informés peuvent refuser une intervention qui leur est recommandée et choisir entre plusieurs alternatives raisonnables.

Consentement éclairé

Pour que les patients puissent prendre une décision éclairée, les médecins doivent discuter avec eux de la nature des soins proposés, des alternatives, des risques et des bénéfices de chacun, ainsi que des conséquences probables, et doivent obtenir leur accord pour ces soins. Le consentement éclairé implique davantage que l'obtention de la signature d'un formulaire de consentement. Les médecins doivent éduquer leurs patients, répondre à leurs questions, leur donner des conseils et les aider à choisir. Les patients peuvent se sentir dépassés par le jargon médical, par des explications compliquées et inutiles, ou par l'apport de trop d'informations d'un coup.

Rétention d'information

Il arrive aux médecins d'envisager de ne pas informer le patient d'un diagnostic grave, de le déformer, ou de limiter la discussion sur le pronostic par peur de voir le patient développer une anxiété sévère, une dépression ou qu'il refuse les soins. De façon générale, les médecins doivent fournir les informations pertinentes en ajustant le rythme auquel cette information est délivrée, en faisant preuve d'empathie et d'espoir et en aidant les patients à gérer les mauvaises nouvelles. Dans de nombreuses cultures, les patients, traditionnellement, ne sont pas tenus au courant d'un cancer ou d'une maladie grave, car de telles révélations sont réputées causer de la souffrance aux patients, tandis que l'on pense que la rétention d'information favorise la sérénité, la sécurité et l'espoir. Les patients ne doivent pas être forcés à recevoir une information contre leur volonté, même s'il s'agit de favoriser une prise de décision éclairée. Cependant, de nombreuses personnes souhaitent connaître leur diagnostic ainsi que leur pronostic, même s'ils sont au stade terminal de leur maladie. Les médecins, par conséquent, doivent demander à leurs patients, de quelle façon ils souhaitent que les décisions médicales soient prises, en ajoutant, qu'habituellement, ils informent leurs patients et prennent des décisions ensemble avec eux, tout en leur offrant la possibilité de ne pas recevoir cette information et de déléguer la prise de décision à une tierce personne.

Soins urgents

Le consentement informé n'est pas nécessaire lorsque les patients ne sont pas en mesure de le donner, et lorsque le délai nécessaire risque de mettre leur vie en péril. On suppose alors que les patients souhaitent ces soins d'urgence, à moins que, d'une façon ou d'une autre, ils aient fait savoir le contraire.

Actes futiles

L'autonomie ne donne pas le droit aux patients d'insister sur les soins qu'ils veulent. Les médecins ne sont pas obligés de réaliser des interventions inutiles, sans rationnel physiologique ou qui ont démontré leur inefficacité. Par exemple, la réanimation cardiopulmonaire serait futile chez un patient présentant une hypotension progressive réfractaire à un traitement médical maximal. Mais les médecins doivent se préserver d'utiliser le terme futile dans un sens trop permissif pour justifier de renoncer unilatéralement à des interventions, lorsqu'ils pensent que la probabilité de succès est trop faible, qu'aucun objectif valable ne peut être atteint, que la qualité de vie du patient est inacceptable, ou que les coûts sont trop importants. Ces types d'usages de ce terme sont problématiques car ils peuvent être incohérents et masquer des jugements de valeur importants. De nombreux états disposent de lois permettant aux médecins de ne pas réaliser des interventions qu'ils estiment futiles ou non médicalement indiquées, à condition qu'ils suivent certaines procédures telles que l'obtention d'un avis du comité d'éthique de l'hôpital et la proposition au patient d'être transféré dans un autre hôpital.

Secret médical

La confidentialité respecte l'autonomie et la vie privée des patients, les encourage à accepter leurs traitements, à parler de leurs problèmes avec franchise, et protège des discriminations. Cependant, le maintien de la confidentialité n'est pas une règle absolue. La confidentialité peut être levée dans certaines situations afin d'éviter que des tiers parties ou que le patient lui-même ne soient blessés. La loi exige du médecin de lever le secret médical afin de protéger les tiers, comme c'est le cas pour la déclaration de la tuberculose et (aux États-Unis, NdT) de la syphilis. Dans d'autres situations, le soignant a le devoir légal de rapporter les cas d'abus sur les personnes âgées, les enfants, ainsi que les violences domestiques. Ces exceptions au secret médical sont justifiées par l'importance et la probabilité du risque et parce qu'il n'existe pas de mesure moins restrictive pour prévenir ce risque, les effets secondaires de la levée du secret médical dans ce cas là étant considérés comme minimes et acceptables par la société.

Le Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de réglementation confidentialité de la santé a accru la prise de conscience de l'importance du secret médical. Ces réglementations n'ont pas pour objectif d'empêcher la transmission des informations médicales nécessaires au traitement : la mise à disposition des informations concernant le patient pour les autres soignants à des fins thérapeutiques, sans l'autorisation du patient est autorisée.

Éviter les mensonges

Les soignants envisagent parfois le mensonge et la tromperie afin de protéger le patient des mauvaises nouvelles ou de lui être bénéfique. Le mensonge renvoie à des déclarations, dont la personne qui les fait sait qu'elles sont fausses, et qui ont pour but d'induire en erreur celui qui les écoute. La tromperie qui a une définition plus large, inclue les déclarations ainsi que les actions qui ont pour but d'induire en erreur la personne visée, qu'elles soient littéralement fausses ou pas. Par exemple, le soignant peut dire au patient qu'il a une petite grosseur, de façon à ce qu'il ne pense pas avoir un cancer. Ou bien, le médecin peut remplir un formulaire de façon à ce que le patient fasse rembourser ses transports bien qu'il ne remplisse pas les critères de handicap physique. Bien que ce type de tromperie a pour but d'aider le patient, il pose un problème éthique. La personne qui est trompée n'est pas en mesure de prendre une décision éclairée si elle reçoit de fausses informations. De plus, la tromperie mine la crédibilité du médecin et la confiance que ses patients peuvent avoir en lui.

■ AGIR DANS L'INTÉRÊT DU PATIENT

Les recommandations de bienfaisance imposent au praticien d'exercer en vue de l'intérêt du patient. Les profanes ne possèdent pas l'expertise médicale et sont vulnérables en raison de leur maladie. Ils se fient de façon justifiée à leurs médecins, pour leur fournir des conseils judicieux et travailler à leur bien être. Les médecins encouragent ce genre de confiance. C'est pourquoi les médecins ont un devoir fiduciaire, d'agir dans le meilleur intérêt du patient, lequel prévaut sur l'intérêt personnel du médecin ou de tiers, tels que l'hôpital ou les assurances. Ces obligations fiduciaires contrastent fortement avec les relations d'affaire, caractérisées par « laissons l'acheteur faire attention », et non pas par la confiance. Le *primum non nocere* interdit aux médecins de réaliser des interventions inefficaces ou des soins inutiles. Ce principe, bien que souvent répété, n'est pas très utile puisque de nombreuses interventions bénéfiques comportent également des risques importants.

■ CONFLITS ENTRE L'INTÉRÊT DU PATIENT ET LEUR AUTONOMIE

Les refus de soin par les patients risquent d'aller à l'encontre de leur objectif et de causer de sérieux problèmes aux patients. Par exemple, un homme jeune, asthmatique, peut refuser une assistance respiratoire par ventilation mécanique pour une insuffisance respiratoire aiguë réversible. Il peut sembler moralement douteux d'accepter de tels refus au nom du respect de l'autonomie du patient.

■ JUSTICE

Le terme de *justice* est utilisé au sens général d'équité : les gens doivent recevoir ce dont ils ont besoin. De plus, il est important d'agir de façon cohérente, pour deux cas similaires sur le plan éthique. Autrement, les décisions seraient arbitraires, biaisées et injustes. La justice interdit les discriminations en santé fondées sur la race, religion, le genre, et soutient un droit moral aux soins de santé, avec un accès fondé sur les besoins médicaux plutôt que sur la capacité à payer.

PATIENTS INCAPABLES

Les patients sont susceptibles de ne pas être capables de prendre des décisions éclairées, en raison de troubles de la conscience, d'une démence, d'une confusion, ou d'autres pathologies. Les médecins doivent, face à ces patients, se poser deux questions. Qui est la personne de confiance ? Qu'est ce que le patient souhaiterait ?

■ ÉVALUER LA CAPACITÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS MÉDICALES

Tous les adultes sont considérés selon la loi comme compétent à moins qu'ils ne soient déclarés incompetents par un tribunal. En pratique, les médecins déterminent habituellement si le patient est incapable de prendre une décision et font en sorte que les mandataires le fassent à leur place, sans impliquer de tribunal. Par définition, les patients compétents peuvent exprimer un choix et apprécier une situation médicale. La nature des soins proposés ; les alternatives, les risques, les bénéfices et les conséquences de chacun. Leurs choix doivent être cohérents avec leurs principes et ne doivent pas résulter de délires ou d'hallucinations. Les psychiatres peuvent être utiles en raison de leur compétence à interroger les patients atteints de maladies mentales et à identifier les dépressions et psychoses traitables. Lorsque ces troubles sont fluctuants ou réversibles, les décisions doivent être reportées autant que possible jusqu'à ce que le patient récupère sa capacité de décision.

■ CHOIX DU SUBSTITUT

Si un patient n'est plus en capacité de faire un choix, les médecins habituellement demandent à la famille de servir de substitut. La plupart des patients souhaitent que ce soit un membre de leur famille qui soit leur substitut, les parents connaissant en général les préférences du patient et ayant à cœur le meilleur intérêt de ce dernier. Les patients peuvent désigner une personne en particulier pour servir de mandataire, de tels choix doivent être respectés. Certains états ont établi une liste priorisant quels parents peuvent être substitués au cas où le patient n'aurait pas désigné de mandataire.

■ STANDARDS DE LA PRISE DE DÉCISION PAR LE MANDATAIRE DE SOINS

Directives anticipées

Il existe des déclarations par les patients compétents qui dirigent les soins au cas où ils perdraient leur capacité décisionnelle. Ces déclarations peuvent comprendre : 1) quels interventions ils acceptent ou refusent ; ou 2) qui doit être leur mandataire. En suivant les directives anticipées du patient, le mandataire respecte l'autonomie du patient.

Les conversations orales sont la forme la plus fréquente de directive anticipée. Bien que de telles conversations soient habituellement suivies en clinique, des commentaires occasionnels ou variables ne sont pas fiables. Les vœux exprimés du vivant du patient donnent la direction aux médecins pour abandonner ou au contraire entreprendre des interventions permettant le maintien de la vie au cas où le patient développerait une insuffisance d'organe terminale ou un état végétatif persistant. En général, les patients refusent les interventions qui conduisent « uniquement à prolonger l'agonie ».

Un mandataire de soin est quelqu'un désigné par le patient pour prendre les décisions de santé au cas où ce dernier perdrait sa capacité de décision. Il est plus global et flexible que les directives anticipées, et sert dans les cas où le patient n'est plus capable de prendre de décision.

Les médecins peuvent encourager les patients à établir à l'avance des directives anticipées, ce qui peut nécessiter de clarifier ses principes et priorités, d'identifier les objectifs non atteints, et de prendre en compte les considérations spirituelles. De telles discussions facilitent la réalisation des directives anticipées. Au cours des discussions avec les patients, les médecins peuvent s'assurer que des directives anticipées ont bien été réalisées, mises à jour, et concernent les principaux scénarios plausibles. Ces discussions doivent au mieux avoir lieu en milieu ambulatoire. Le *Federal Patient Self-Determination Act* impose aux hôpitaux et aux organismes de santé d'informer les patients de leurs droits à prendre les décisions concernant leur santé et à produire des directives anticipées.

Jugement substitutif

En absence de directives anticipées claires, les substituts et les médecins doivent essayer de déterminer ce que le patient aurait souhaité dans ces circonstances, en réunissant toutes les informations à leur disposition sur le patient. Alors que des jugements substitutifs tentent de respecter les principes du patient, ils peuvent être spéculatifs et imprécis. Un substitut peut se méprendre sur les préférences du patient, en particulier lorsqu'ils n'en ont pas parlé explicitement.

Intérêt du patient

Lorsque les préférences du patient ne sont pas évidentes ou restent inconnues, les décisions doivent être prises dans l'intérêt du patient. Les patients prennent en général en compte la qualité de vie aussi bien que sa durée lorsqu'ils prennent des décisions pour eux-mêmes. Il est compréhensible que les substituts prennent également en compte la qualité de vie des personnes qui ne sont plus en mesure de prendre des décisions. Les jugements portés sur la qualité de vie doivent respecter les valeurs personnelles du patient. Cependant, des biais ou discrimination peut arriver, si les autres projettent leurs propres valeurs sur le patient, ou tiennent compte de l'utilité sociale du patient. La plupart des patients atteints de maladie chronique ont une meilleure estime de leur propre qualité de vie que leurs proches ou leur médecins.

Problèmes légaux

Les médecins ont besoin de connaître les lois utiles concernant les patients qui ne sont plus en mesure de prendre des décisions. Quelques tribunaux d'état n'autorisent les médecins à interrompre les soins maintenant en vie que si les patients ont émis des directives anticipées écrites ou très spécifiques à l'oral.

Situations de désaccord

Des désaccords peuvent survenir entre les potentiels substitués ou entre le médecin et les substitués. Les médecins peuvent ramener tout le monde aux décisions basiques sur ce que le patient aurait souhaité pour lui-même et non pas ce que les substitués désirent pour eux-mêmes. Les avis des comités d'éthique hospitaliers ou d'un autre médecin, permettent souvent de régler ces désaccords. Ce type d'avis est également utile lorsqu'il n'existe ni substitut, ni directives anticipées. On ne devrait faire appel aux tribunaux qu'en dernier recours, lorsque les désaccords ne peuvent être résolus en milieu de soin.

DÉCISIONS CONCERNANT LES TRAITEMENTS MAINTENANT LA VIE

Bien que la technologie médicale puisse sauver des vies, elle peut également prolonger l'agonie. Les patients capables, informés, peuvent refuser des interventions permettant le maintien de la vie. Lorsque les patients ne sont pas capables de prendre des décisions, ces interventions peuvent ne pas être entreprises sur la base de directives anticipées ou sur la décision de substitués appropriés. Les tribunaux ont statué que le fait de ne pas entreprendre une intervention permettant le maintien de la vie ne constitue ni un suicide, ni un meurtre.

■ DISTINCTIONS TROMPEUSES

Les personnes font habituellement des distinctions qui peuvent paraître instinctivement plausibles mais qui ne résistent pas à une analyse plus poussée.

Soins courants et extraordinaires

Certains médecins ne souhaitent pas entreprendre des interventions « extraordinaires » ou « héroïques », telles que la chirurgie, la ventilation mécanique ou l'hémodialyse, mais insistent pour que soient réalisées celles qu'ils jugent « ordinaires », telles que l'antibiothérapie, les solutés IV ou la nutrition entérale. Cependant, cette distinction n'est pas logique, car toutes les interventions médicales comportent des risques comme des bénéfices. Toute intervention peut être interrompue si les inconvénients surpassent les bénéfices.

Interruption thérapeutique

De nombreux soignants estiment qu'il est plus difficile d'interrompre un traitement que de ne pas l'entreprendre. Bien qu'il soit nécessaire de prendre en compte ces émotions, il n'existe pas de distinction logique entre les deux actes. Les raisons qui justifient de ne pas débuter un traitement, telles que le refus d'un patient ou de ses substitués, justifient également leur retrait. De plus, après qu'un traitement a été débuté, de nouvelles données peuvent indiquer qu'il n'est plus approprié. Le traitement peut avoir montré son inefficacité, on peut également apprendre a posteriori que le patient ne souhaitait pas ce traitement. Si les traitements ne pouvaient jamais être interrompus, les patients ou leurs substitués risquent de refuser des traitements qui ont pourtant prouvé leur efficacité.

■ DÉCISIONS DE NE PAS RÉALISER UNE RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE

Lorsqu'un patient présente un arrêt cardiorespiratoire, la réanimation cardiopulmonaire (RCP) est initiée à moins qu'une décision de ne pas réanimer ait été prise. Bien que la RCP puisse permettre au patient d'être à nouveau en bonne santé, elle peut également compromettre une mort paisible. Après que la RCP a été entreprise au sein d'un service hospitalier, seulement 14 p. 100 des patients sortent vivants de l'hôpital, voire moins dans certains groupes. Les décisions de ne pas réanimer sont appropriées si le patient ou son substitut en ont émis le souhait, ou si la RCP est futile. Afin d'éviter toute erreur, les médecins doivent écrire dans le dossier médical les décisions de ne pas réanimer ainsi que leurs raisons. Les abréviations fréquemment utilisées pour indiquer de réaliser une RCP si nécessaire ne sont pas efficaces et ne devraient par conséquent plus être utilisées. Bien que les décisions de ne pas réanimer ne concernent que les RCP, les raisons qui justifient ces décisions peuvent conduire à réévaluer les autres soins. De nombreux hôpitaux utilisent des formulaires standardisés qui spécifient si

les autres interventions permettant le maintien de la vie, telles que l'intubation et la ventilation mécanique, peuvent être entreprises ou non.

■ SUICIDE ASSISTÉ ET EUTHANASIE

Les partisans de cet acte controversé pensent que les patients capables et à un stade terminal de leur maladie doivent avoir la maîtrise de la fin de leur vie et que les médecins doivent soulager les souffrances réfractaires aux traitements. Les opposants affirment qu'un tel acte viole le caractère sacré de la vie, que les souffrances peuvent généralement être soulagées, que les abus ne peuvent être évités et enfin qu'elles ne relèvent pas du rôle du médecin. Ces actes sont illégaux aux États-Unis, en dehors du suicide assisté qui est autorisé en Oregon et dans l'état de Washington dans certaines circonstances. Quelques soient leurs opinions personnelles, les médecins doivent répondre aux demandes des patients avec compassion et intérêt. Ils doivent rechercher et prendre en charge tous problèmes sous-jacents, tels que les symptômes, la perte d'autonomie ou la dépression. Souvent, les efforts supplémentaires pour soulager la souffrance sont efficaces, et après qu'ils ont été réalisés, les patients changent d'avis.

■ SOINS DES PATIENTS MOURANTS

Les patients souvent souffrent de douleur réfractaire ou d'autres symptômes au cours des derniers jours de leur vie. Les médecins peuvent hésiter à prescrire de fortes doses d'opiacés et de sédatifs, craignant que cela ne hâte le décès. Le soulagement des symptômes responsables d'une détresse chez les patients en phase terminale et lorsqu'ils refusent des interventions permettant de maintenir la vie, telles que la ventilation mécanique améliorent le confort du patient ainsi que sa dignité. Si des doses d'opiacés et de sédatifs sont insuffisantes pour soulager la douleur, leur augmentation à un niveau entraînant une dépression respiratoire ou une hypotension artérielle est éthiquement justifiée, l'intention du médecin étant de soulager la douleur et non de provoquer la mort. Cette sédation palliative se distingue éthiquement et légalement de l'euthanasie active, qui consiste à administrer une dose létale dans l'intention de mettre fin à la vie du patient. Les médecins peuvent également soulager les souffrances en passant du temps avec les patients mourants, en les écoutant, et en prenant en charge leur souffrance psychologique.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Le fait d'agir dans l'intérêt du patient peut entrer en conflit avec l'intérêt propre du médecin, ou l'intérêt de tierces parties telles que les assureurs ou les hôpitaux. L'idéal sur le plan éthique est de considérer que l'intérêt du patient prévaut. La notion même d'un conflit d'intérêt peut entamer la confiance dans la profession.

■ MOTIVATIONS FINANCIÈRES

La réforme de la santé de 2010, aux États-Unis comporte des programmes pilotes avec des incitations financières afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il existe des inquiétudes sur le fait que cette rémunération à la performance conduise les médecins à éviter les patients plus malades, plus compliqués et à ne s'intéresser qu'aux interventions de référence même si ça n'est pas dans l'intérêt du patient. À l'opposé, les médecins sont incités à réaliser des interventions quelles soient la probabilité ou la taille du bénéfice espéré pour le patient lorsqu'ils sont payés à l'acte ou lorsqu'ils envoient les patients dans des laboratoires ou services d'imagerie dans lesquels ils ont des intérêts financiers. Indépendamment des incitations financières, les médecins doivent recommander les soins disponibles qui sont dans l'intérêt du patient, ni plus, ni moins.

■ RELATIONS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET DE MATÉRIEL MÉDICAL

Les relations financières entre les médecins et l'industrie sont de plus en plus sous surveillance. Les cadeaux des firmes de médicaments et matériels peuvent être responsables d'une influence inappropriée, créer un sentiment inconscient de réciprocité, entamer la confiance du public, et augmenter le coût des soins de santé. Les politiques de nombreux centres de santé et firmes ont interdit les stylos, bloc-notes et repas aux médecins. Du fait des nouvelles exigences fédérales, les firmes doivent publier les noms des médecins auxquels ils ont versé

de l'argent ainsi que les montants des sommes versées. Il est difficile de structurer ces informations afin de distinguer les versements pour des avis scientifiques, des contrats et des subventions – qui sont cohérents avec les missions professionnelles et académiques et doivent être encouragées – des discours promotionnels et avis dont l'objectif est d'augmenter les ventes des produits des firmes concernées.

■ RISQUES PROFESSIONNELS

Certains soignants, craignant des infections mortelles au travail, refusent de prendre en charge les patients infectés par le VIH et les tuberculoses multirésistantes. Ces craintes pour leur sécurité personnelle doivent être prises en compte, et les institutions de soins se doivent de diminuer les risques professionnels et fournissant des formations appropriées, des équipements de protection ainsi qu'une surveillance. Afin de remplir leur mission d'aide au patient, les médecins doivent fournir des soins appropriés en fonction de leur expertise clinique, en dépit des risques personnels.

■ ERREURS MÉDICALES

Les erreurs sont inévitables en médecine clinique. Elles peuvent avoir des conséquences graves pour les patients et entraîner des modifications significatives de la prise en charge. Les médecins et les étudiants peuvent craindre qu'avouer ces erreurs mette en péril leur carrière. Sans cela, néanmoins, les patients ne sont pas en mesure de comprendre leur situation clinique, ni prendre de décision éclairée sur les soins qui en découlent. De plus, les patients peuvent se sentir trompés, lorsque les médecins ne reconnaissent ni ne s'excusent pour leurs erreurs. De nombreux états ont proclamé des lois qui autorisent les médecins à s'excuser de leurs erreurs sans augmenter leur risque de condamnation en cas de poursuite. De même, si les médecins en charge ne sont au courant des erreurs de leurs étudiants, ils ne peuvent ni prodiguer les soins optimaux aux patients, ni aider leurs étudiants à apprendre de leurs erreurs.

■ APPRENTISSAGE DES COMPÉTENCES MÉDICALES

L'apprentissage de la médecine clinique, et en particulier des procédures invasives peut constituer une gêne ou un risque supplémentaire pour le patient. Pour s'assurer de la coopération du patient, l'étudiant peut se présenter en tant que médecin, ou bien les patients peuvent ne pas être tenus au courant que ce sont des étudiants qui vont réaliser le geste invasif. Ce type de comportement entame la confiance dans les médecins, peut conduire à d'autres tromperies plus graves et rendre difficile pour les patients le fait de prendre une décision éclairée. Les patients doivent être informés de la personne qui va réaliser les soins, quels bénéfices et quels risques peuvent être attribués aux étudiants et comment ces étudiants sont supervisés. La plupart des patients lorsqu'ils sont informés, autorisent les étudiants à jouer un rôle actif dans leur prise en charge.

■ PROBLÈME DES MÉDECINS DONT LES FACULTÉS SONT DIMINUÉES

Les médecins peuvent hésiter à intervenir lorsqu'ils constatent que l'un de leurs collègues, sous l'emprise de l'alcool, de drogues ou affecté par une maladie somatique ou psychiatrique, met en péril les patients. Cependant, la société se repose sur les médecins pour s'autoréguler. Si les collègues d'un médecin dont les capacités sont diminuées ne font pas ce qui est nécessaire pour protéger les patients, personne ne le fera à leur place.

■ CONFLITS AVEC LES ÉTUDIANTS

Les étudiants en médecine et les internes peuvent craindre d'obtenir de mauvaises évaluations ou notes s'ils agissent au nom du patient, en révélant des erreurs, en ne se présentant pas autrement qu'ils sont et

en dénonçant les collègues qui ne sont pas en mesure d'exercer. Le fait de discuter de ces problèmes avec leurs seniors peut aider les étudiants à vérifier que leur vision de la situation est correcte et à obtenir de l'aide ou un avis.

JUSTE RÉPARTITION DES RESSOURCES

L'accès aux soins nécessaires reste un objectif moral aux États-Unis, même après l'adoption de la réforme de la santé de 2010. Les médecins prenant en charge les populations sous-dotées doivent agir éthiquement dans un système de santé qui a de graves défauts éthiques concernant l'accès et la qualité des soins. Certains patients qui ont clairement besoin de soins médicaux ne peuvent pas payer les médicaments, les examens, ou hospitalisations, ou bien l'assureur peut refuser de les couvrir. Si cela arrive, les médecins doivent défendre leurs patients et les aider à obtenir les soins nécessaires. Les médecins peuvent envisager, ou les patients demander de mentir pour les aider à obtenir certains bénéfices. Cependant, la nécessité d'éviter de tromper est l'un des fondements éthiques de pratique médicale et constitue la frontière à ne pas franchir pour aider un patient. La répartition des ressources de soins est inévitable car ces ressources sont limitées. Dans l'idéal, les décisions de répartition doivent être prises dans le cadre d'une politique publique, après consultation des médecins. L'attribution des ressources au lit du patient, de façon ponctuelle est problématique, car elle peut ne pas être cohérente, juste et inefficace. Au chevet du patient, les médecins doivent agir pour défendre le patient dans la limite des contraintes imposées par la société, une couverture santé raisonnable, et une pratique fondée sur les preuves. Par exemple, l'assureur d'un patient peut avoir rembourser un tiers payant plus important pour certains médicaments hors formulaire. Il n'est raisonnable, de la part des médecins, d'utiliser ces médicaments, que s'il existe une raison valable, comme lorsque les médicaments sur les formulaires sont inefficaces ou mal tolérées.

RECOURS EN CAS DE PROBLÈME ÉTHIQUE

Les discussions avec les autres membres de l'équipe de soin, les collègues, le comité d'éthique local, sur les problèmes éthiques difficiles, permettent souvent de clarifier les situations et de suggérer des solutions sur la façon d'améliorer la communication et de faire face à de fortes émotions. Lorsqu'ils font faces à des problèmes éthiques déroutants, les médecins doivent parfois réévaluer leurs convictions profondes, tolérer l'incertitude, et conserver leur intégrité tout en respectant l'opinion des autres.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical ethics, 6th ed. New York, Oxford University Press, 2008.
- CHIONG W. Justifying patient risks associated with medical education. JAMA, 2007, 298 : 1046.
- CURTIS JR, VINCENT JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. Lancet, 2010, 376 : 1347.
- GALLAGHER TH. A 62-year-old woman with skin cancer who experienced wrong-site surgery : review of medical error. JAMA, 2009, 302 : 669.
- LO B. Resolving ethical dilemmas : a guide for clinicians, 4th ed. Baltimore, Lippincott-Williams & Wilkins, 2009.
- LO B, FIELD MJ. Conflicts of interest in medical research, education, and clinical practice. Washington, National Academies Press, 2009.
- SNYDER L, LEFFLER C. Ethics manual : fifth edition. Ann Intern Med, 2005, 142 : 560.
- TRUOG RD. Counterpoint : the Texas Advance Directives Act is ethically flawed : medical futility disputes must be resolved by a fair process. Chest, 2009, 136 : 968.