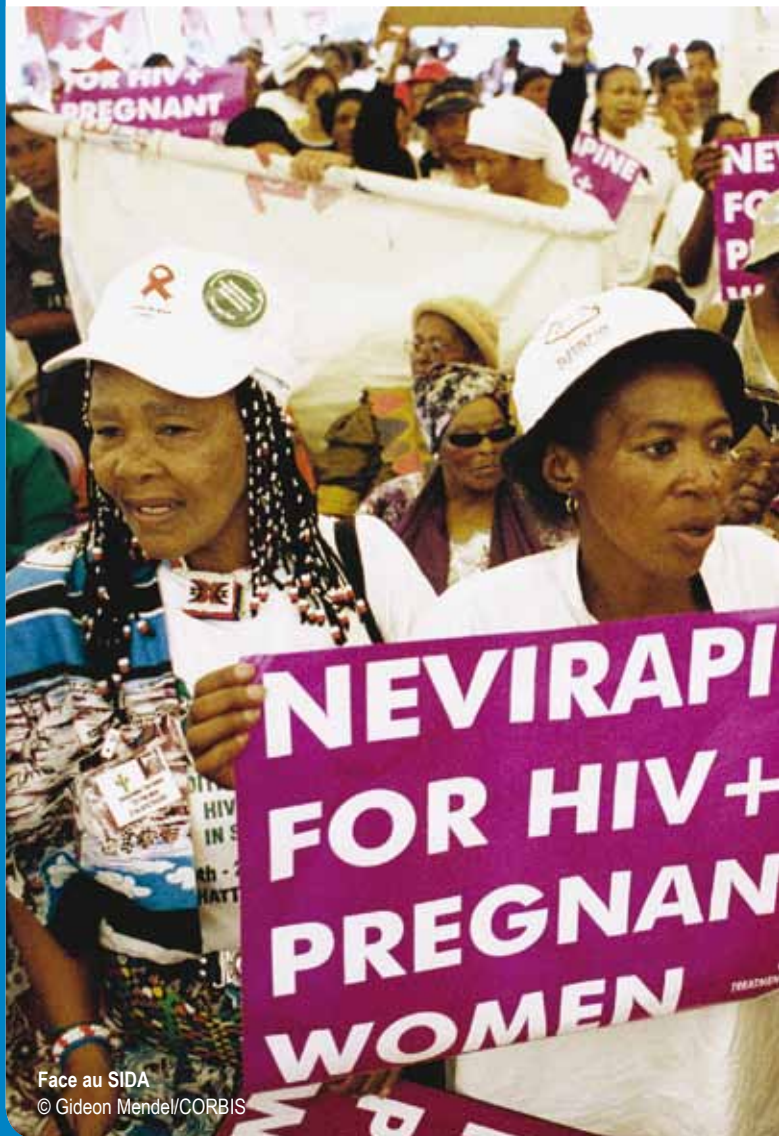


CHAPITRE 3 – MÉDECINS ET SOCIÉTÉ



Face au SIDA

© Gideon Mendel/CORBIS



OBJECTIFS

Après avoir étudié ce chapitre, vous devriez pouvoir:

- reconnaître les discordances entre les obligations du médecin envers le patient et ses obligations envers la société et en donner les raisons
- identifier et traiter les problèmes éthiques liés à l'allocation de ressources limitées de santé
- reconnaître la responsabilité du médecin dans la promotion de la santé mondiale

ÉTUDE DE CAS N° 2

Le Dr S. se sent de plus en plus démunie face à des patients qui viennent la voir avant ou après avoir consulté un autre soignant pour la même pathologie. Elle estime que c'est un gaspillage des ressources de santé, qui plus est, inefficace pour la santé des patients. Elle décide de dire à ces patients qu'elle n'acceptera plus de les traiter s'ils continuent à consulter d'autres soignants pour la même affection. Elle envisage de contacter son association médicale nationale pour qu'elle fasse pression sur le gouvernement afin d'empêcher que les ressources de santé ne soient ainsi détournées.

QUELLE EST LA PARTICULARITÉ DE LA RELATION MÉDECIN / SOCIÉTÉ ?

La médecine est une profession. Il existe pour le mot « profession » deux acceptions distinctes, bien que très proches: (1) un emploi qui se caractérise par le dévouement au bien-être des autres, des normes morales supérieures, un ensemble de connaissances et de compétences et un haut degré d'indépendance; (2) tous les individus qui pratiquent cette activité. « La profession médicale » peut signifier soit l'exercice de la médecine, soit les médecins en général.

Le professionnalisme médical ne se limite pas à la seule relation médecin / patient, telle que développée dans le chapitre 1, ni aux relations entre collègues et autres professionnels de santé qui seront examinées dans le chapitre 4. Il engage aussi une relation avec la société. Cette relation peut prendre la forme d'un « contrat social » par lequel la société accorde des privilèges à une profession, notamment la responsabilité exclusive de fournir certains services et une grande capacité d'autorégulation, en retour de quoi la

profession accepte d'utiliser ces privilèges essentiellement pour le bénéfice d'autrui et, seulement en deuxième lieu, pour son propre bénéfice.

La médecine est aujourd'hui, plus que jamais, une activité plutôt sociale que strictement individuelle. Elle s'inscrit dans un contexte organisationnel et financier public et privé. Elle repose sur la recherche médicale et le développement de produits, publics et privés, pour établir ses connaissances de base et ses traitements. Elle a besoin de systèmes de santé complexes pour beaucoup de ses opérations. Elle traite tout autant les maladies d'origine sociales que biologiques.

“La médecine est aujourd'hui, plus que jamais, une activité plutôt sociale que strictement individuelle.”

medisinsk etikk

La tradition de l'éthique médicale selon Hippocrate offre peu de recommandations sur les relations avec la société. Pour combler ce manque, l'éthique médicale d'aujourd'hui examine les questions qui se posent au-delà de la relation médecin / patient et recommande des normes et des méthodes qui permettent de répondre à ces problèmes.

La référence à l'aspect « social » de la médecine pose immédiatement la question – qu'est-ce que la société ? Dans le présent manuel, le terme se réfère à une communauté ou une nation. Il n'est pas synonyme de gouvernement. Les gouvernements doivent représenter les intérêts de la société, mais manquent souvent à leur obligation et quand ils s'exécutent, ils le font **pour** la société et non **en tant que** société.

Les médecins ont des relations diverses avec la société. Parce que la société et son environnement physique sont des facteurs importants pour la santé des patients, la profession médicale en général et les médecins individuels ont un rôle important à jouer dans la santé publique, l'enseignement médical, la protection de l'environnement, la législation de santé, le bien-être de la collectivité

et aussi les témoignages dans le cadre des poursuites judiciaires. Comme le souligne la **Déclaration de l'AMM sur les droits du patient**, « lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer ». Les médecins sont également invités à jouer un rôle de premier plan dans l'allocation des ressources limitées de santé de la société et ils sont parfois obligés d'empêcher l'accès à des services auxquels les patients n'ont pas droit. L'accomplissement de ces tâches peut donner lieu à des conflits éthiques, surtout lorsque les intérêts de la société semblent s'opposer à ceux du patient.

DOUBLE ALLÉGEANCE

Lorsque les médecins ont des devoirs et des responsabilités à la fois envers leurs patients et envers des tiers et que ces devoirs et ces responsabilités sont incompatibles, ils se trouvent dans une situation dite de « double allégeance ». Parmi les tiers qui exigent des médecins cette double allégeance figurent les gouvernements, les employeurs (les hôpitaux et les systèmes de santé, par exemple), les assureurs, les officiels militaires, la police, les officiels pénitentiaires et les membres de la famille. Même si le **Code international d'éthique médicale de l'AMM** déclare que « le médecin doit à ses

“... les médecins peuvent dans des situations exceptionnelles devoir placer l'intérêt des autres avant celui du patient.”

patients la plus complète loyauté », il est généralement accepté que les médecins peuvent dans des situations exceptionnelles devoir placer l'intérêt des autres avant celui du patient. Le problème éthique qui se pose est de savoir quand et comment protéger le patient face aux pressions des tiers.

Les situations de double allégeance s'étendent sur une échelle qui va d'une conjoncture où les intérêts de la société doivent prévaloir à une conjoncture où les intérêts du patient prédominent nettement. Entre les deux, existe un grand espace où le choix d'une bonne ligne de conduite nécessite une grande capacité de discernement.

À l'une des extrémités de l'échelle se trouvent les demandes de signalement obligatoire des patients qui souffrent de maladies particulières, des personnes qui ne sont pas en état de conduire ou qui sont suspectées de mauvais traitements envers les enfants. Les médecins doivent répondre à ces demandes sans hésitation; cependant, il importe que les patients soient informés de leurs dénonciations.

À l'autre extrémité, se trouvent les demandes ou les ordres émanant de la police ou de l'armée de prendre part à des pratiques qui ne respectent pas les droits humains fondamentaux, comme la torture, par exemple. Dans sa **Résolution sur la responsabilité des médecins dans la dénonciation des actes de torture ou traitements cruels, inhumains ou dégradants dont ils ont conscience**, l'AMM donne des conseils aux médecins qui se trouvent dans ces situations. Ils doivent surtout garder leur indépendance professionnelle pour déterminer le meilleur intérêt du patient et respecter, dans toute la mesure du possible, les principes éthiques de base de consentement éclairé et de confidentialité. Toute violation de ces principes doit être justifiée et divulguée au patient. Les médecins doivent signaler aux autorités compétentes toute ingérence non justifiée dans les soins aux patients, surtout lorsque les droits fondamentaux sont niés. Si ces dernières ne réagissent pas, il conviendra de rechercher le soutien d'une association médicale nationale, de l'AMM et des organisations des droits humains.

“Les médecins doivent signaler aux autorités compétentes toute ingérence non justifiée dans les soins aux patients, surtout lorsque les droits fondamentaux sont niés.”

医の倫理

Proches du milieu de l'échelle se trouvent les pratiques, retenues par certains programmes de soins de santé organisés, qui limitent l'indépendance clinique du médecin dans le choix du mode de traitement du patient. Même si ces pratiques ne sont pas forcément

contraires au meilleur intérêt du patient, elles peuvent l'être, et les médecins doivent bien réfléchir à l'utilité de participer à ces programmes. S'ils n'ont pas le choix, par exemple, lorsqu'il n'existe pas d'autres programmes, ils doivent vigoureusement *défendre* leurs patients et, via leurs associations médicales, garantir les besoins de tous les patients concernés par ces mesures restrictives.

Une forme particulière du problème de double allégeance que rencontrent les médecins est le conflit d'intérêt, réel ou potentiel, entre, d'un côté, une entreprise commerciale et de l'autre, les patients et / ou la société. Les entreprises pharmaceutiques, les fabricants d'appareils médicaux et autres entreprises commerciales offrent souvent aux médecins des cadeaux et autres avantages qui vont du forfait gratuit avion plus hôtel pour des programmes de formation à la rémunération excessive pour des activités de recherche (cf. chapitre 5). Les largesses de ces entreprises ont pour motivation commune, la volonté de convaincre le médecin de prescrire ou utiliser les produits de l'entreprise, des produits qui ne sont pas forcément les meilleurs pour le patient et / ou qui peuvent accroître inutilement les coûts de la santé. L'AMM, dans sa **Prise de position concernant les relations entre médecins et entreprises commerciales** (2004), donne des recommandations aux médecins concernés par ces questions et de nombreuses associations médicales nationales ont aussi énoncé leurs propres lignes directrices. Le principe éthique fondamental de ces directives est que les médecins doivent veiller à ce que, dans toute résolution de conflit entre leurs propres intérêts et les intérêts du patient, l'intérêt du patient puisse prévaloir.

“... les médecins doivent veiller à ce que, dans toute résolution de conflit entre leurs propres intérêts et les intérêts du patient, l'intérêt du patient puisse prévaloir.”

אתיקה רפואית

ALLOCATION DES RESSOURCES

Dans tous les pays du monde, y compris les plus riches, il existe un écart, déjà important et qui ne cesse de croître, entre les besoins et prévisions de services de santé et la disponibilité des ressources permettant de fournir ces services. L'existence de cet écart nécessite de limiter de quelque manière les ressources existantes. Le rationnement des soins de santé ou, comme on l'appelle plus fréquemment, « l'allocation des ressources », a lieu sur trois niveaux :

- Au plus haut niveau (« macro »), les gouvernements déterminent le montant de l'enveloppe de la santé, les dépenses de santé qui seront pourvues sans charge et qui nécessitent le paiement direct du patient ou de leur assurance maladie, la part du budget de santé qui sera allouée à la rémunération des médecins, des infirmières et autres travailleurs de santé, aux dépenses d'équipement et de fonctionnement pour les hôpitaux et autres institutions, à la recherche, à la formation des professionnels de santé, au traitement de maladies spécifiques comme la tuberculose ou le SIDA et ainsi de suite.
- Au niveau institutionnel (« meso »), c'est-à-dire, les hôpitaux, les cliniques, les centres de soins de santé, les autorités décident de la répartition des ressources dont elles disposent. Elles déterminent les services qui recevront ces ressources et le montant qui sera respectivement alloué au personnel, à l'équipement, à la sécurité, à l'exploitation, à la rénovation, aux travaux d'agrandissement et ainsi de suite.
- Au niveau du patient individuel (« micro »), les fournisseurs de soins de santé, en particulier les médecins, décident de la prescription d'un examen, de la nécessité d'adresser un patient à un collègue ou de l'hospitaliser, du choix d'un médicament portant un nom de marque plutôt qu'un médicament générique. On estime que les médecins sont à l'origine de 80 % de l'ensemble des dépenses de santé et malgré le fait que la

régulation des soins ne cesse de gagner du terrain, ils ont encore une grande liberté d'action dans le choix des ressources dont bénéficieront leurs patients.

Les choix effectués à chacun des niveaux comportent des éléments éthiques importants du fait qu'ils se fondent sur des valeurs et qu'ils ont des conséquences importantes sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités. Bien que les médecins soient concernés par les décisions prises à chaque niveau, c'est au niveau « micro » que leur rôle est le plus grand. C'est donc à ce niveau que l'on s'intéressera ci-dessous.

Comme indiqué plus haut, la tradition voulait que les médecins agissent dans le seul intérêt de leurs patients, sans se préoccuper du besoin des autres. Leurs principales valeurs éthiques, la compassion, la compétence et l'autonomie, servaient à répondre aux besoins de leurs propres patients. Cette approche individualiste de l'éthique médicale a survécu à la transition qui substitue au paternalisme du médecin l'autonomie du patient, où la volonté de ce dernier est devenue le principal critère pour décider des ressources qu'il doit recevoir. Plus récemment, cependant, une autre valeur, la justice, est devenue un facteur important

de la prise de décision médicale. Elle signifie une approche plus sociale de la répartition des ressources, attentive aux besoins des autres patients. Selon cette approche, les médecins sont non seulement responsables de leurs propres patients, mais aussi, dans une certaine mesure, des autres.

“... les médecins sont non seulement responsables de leurs propres patients, mais aussi, dans une certaine mesure, des autres.”

medizinische Ethik

Cette nouvelle interprétation du rôle du médecin dans la répartition des ressources est soulignée dans les codes d'éthique d'un grand nombre d'associations médicales nationales et aussi dans la **Déclaration de l'AMM sur les droits du patient** : « Lorsque les circonstances demandent de sélectionner des patients potentiels pour un traitement dont la prestation est limitée, ces patients ont

droit à ce que la procédure de sélection utilisée soit régulière. Ce choix doit se faire sur la base de critères médicaux et sans discrimination ».

Un des moyens dont les médecins disposent pour assumer leur responsabilité en matière de répartition de ressources est d'éviter les pratiques peu économiques et inefficaces, même lorsque les patients le demandent. L'utilisation abusive d'antibiotiques est un exemple à la fois de gaspillage et de nocivité. Lors d'essais cliniques randomisés, d'autres traitements courants se sont avérés inefficaces pour les pathologies auxquelles ils étaient destinés.

“Un des moyens dont les médecins disposent pour assumer leur responsabilité en matière de répartition de ressources est d'éviter les pratiques peu économiques et inefficaces, même lorsque les patients le demandent.”

Il existe pour beaucoup de pathologies des directives de pratique clinique qui permettent de distinguer un traitement efficace d'un traitement inefficace. Afin d'économiser les ressources et de fournir un traitement optimal à leurs patients, il importe que les médecins se familiarisent avec ces directives.

Le type de décision que beaucoup de médecins doivent prendre en matière d'allocation est la répartition, entre deux ou plusieurs patients, d'une ressource limitée telle que par exemple l'attention du personnel d'urgence, le dernier lit disponible dans le service des soins intensifs, les organes à des fins de transplantation, les examens radiologiques de pointe et certains médicaments particulièrement onéreux. Les médecins qui contrôlent ces ressources doivent désigner les patients qui auront accès à ces ressources et ceux qui en seront exclus, en sachant très bien que ces derniers peuvent en souffrir, voire mourir.

Certains médecins sont contraints à faire face à un conflit supplémentaire par le rôle qu'ils jouent dans l'élaboration des politiques générales qui touchent, entre autres, leurs propres

patients. Ce type de conflit se développe surtout dans les hôpitaux et autres institutions au sein desquelles les médecins occupent des positions élevées ou siègent à des comités chargés d'élaborer ou d'énoncer des directives. Alors que beaucoup de médecins essaient de se détacher de leur préoccupation pour leurs propres patients, d'autres cherchent à utiliser leur position pour faire valoir la cause de leurs patients avant celle de patients dont les besoins sont plus grands.

Face à ces problèmes d'allocation, les médecins doivent non seulement maintenir un équilibre entre les principes de compassion et de justice, mais aussi décider du type de justice qui leur semble préférable. Il existe plusieurs approches possibles, notamment:

- **L'APPROCHE LIBERTAIRE** – les ressources doivent être distribuées selon les lois du marché (le choix de l'individu est fonction de sa capacité et de sa volonté à payer et l'aide sociale est réservée aux plus démunis);
- **L'APPROCHE UTILITAIRE** – les ressources doivent être distribuées selon le principe d'un maximum d'avantages pour tous;
- **L'APPROCHE ÉGALITAIRE** – les ressources doivent être distribuées strictement selon les besoins;
- **L'APPROCHE RESTAURATRICE** – les ressources doivent être distribuées de manière à favoriser les personnes défavorisées.

Comme mentionné plus haut, les médecins ont progressivement délaissé l'individualisme traditionnel de l'éthique médicale qui favorisait une approche libertaire, au profit d'une conception plus sociale de leur rôle. Même si l'approche libertaire est généralement rejetée, les experts en éthique médicale ne sont, du reste, pas parvenus à s'entendre sur l'approche qui, parmi les trois restantes, lui serait supérieure. Il est manifeste que chacune de ces approches donne des résultats très différents lorsqu'elle est appliquée aux problèmes susmentionnées, à savoir, les décisions concernant la prescription d'un examen, la nécessité d'adresser un patient à un

**“Le choix
... sera fonction de
la moralité personnelle
du médecin et de
l’environnement
sociopolitique dans
lequel il exerce.”**

lääketieteen etiikka

collègue ou de l'hospitaliser, le choix d'un médicament portant un nom de marque plutôt qu'un médicament générique, le choix du receveur de l'organe à des fins de transplantation. L'approche utilitaire est certainement pour les médecins la plus difficile à mettre en pratique, car elle nécessite le recueil d'un grand nombre de données sur les résultats probables

des différentes interventions, non seulement celles effectuées sur leurs propres patients mais aussi sur tous les autres. Le choix entre les deux approches (ou les trois, si l'approche libertaire est comprise) sera fonction de la moralité personnelle du médecin et de l'environnement sociopolitique dans lequel il exerce. Certains pays, comme les États-Unis, favorisent l'approche libertaire; d'autres, comme la Suède, sont connus pour leur égalitarisme; alors que d'autres encore, comme l'Afrique du Sud, expérimentent l'approche restauratrice. Beaucoup de planificateurs de santé préconisent la méthode utilitaire. En dépit de leurs différences, ces notions de justice coexistent, par nombre de deux ou plus, dans les systèmes de santé nationaux et dans ces pays, les médecins peuvent choisir un lieu d'exercice, public ou privé, en accord avec leur approche personnelle.

Quel que soit leur rôle dans la répartition des ressources de santé, les médecins ont aussi la responsabilité de recommander leur augmentation lorsqu'elles sont insuffisantes. Il importe pour cela que les médecins travaillent ensemble au sein de leurs associations professionnelles pour convaincre les décideurs, au niveau des gouvernements ou autres, de la validité de ces besoins et de la

**“Quel que soit
leur rôle dans la
répartition des
ressources de santé,
les médecins ont
aussi la responsabilité
de recommander
leur augmentation
lorsqu'elles sont
insuffisantes.”**

ética médica

meilleure façon de les satisfaire dans leurs propres pays et dans le monde entier.

SANTÉ PUBLIQUE

La médecine du 20^e siècle atteste l'émergence d'une regrettable division entre « la santé publique » et les autres soins de santé (probablement « privés » ou « particuliers »). Regrettable parce que, comme indiqué plus haut, le public est constitué d'individus et que les mesures de protection et de promotion de la santé publique procurent des avantages de santé à des individus.

La confusion vient aussi du fait que l'on accorde à la « santé publique » le sens de « soins de santé publiquement financés » (c'est-à-dire des soins de santé financés par un système national fiscal ou système d'assurance universel obligatoire) et qu'elle est considérée, par ailleurs, comme l'opposé des « soins de santé financés par le privé » (c'est-à-dire des soins de santé dont l'individu s'acquitte au travers d'un système privé d'assurance maladie, généralement pas accessible à tout le monde).

Le terme de « santé publique », au sens du présent document, fait référence à la fois à la santé du public et à la spécialité médicale qui traite de la santé sous l'angle de la collectivité plutôt que sur la base de l'individu. Il y a dans ce domaine partout dans le monde un grand besoin de spécialistes qui recommandent

et défendent les déclarations publiques sur la promotion de la santé et aussi qui prennent part à des activités dont le but est protéger le public des maladies transmissibles et autres risques. La pratique de la santé publique (parfois appelée « médecine de santé publique » ou « médecine collective ») repose fortement, dans ses bases scientifiques, sur l'**épidémiologie**, qui est l'étude de la répartition des facteurs de

“... tous les médecins devraient connaître les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur l'état de santé de leurs patients.”

medisinsk etik

santé et de maladie dans les populations. Il y a en effet des médecins qui suivent une formation continue pour devenir épidémiologistes. Mais tous les médecins devraient connaître les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur l'état de santé de leurs patients. Ainsi que le note la **Déclaration de l'AMM sur la promotion de la santé**, « les médecins et les associations professionnelles ont le devoir éthique et la responsabilité professionnelle d'agir, à tous moments, dans le meilleur intérêt du patient et d'intégrer à cette responsabilité un intérêt et un engagement accrus en vue de promouvoir et de garantir la santé publique ».

Les mesures de santé publique comme les campagnes de vaccination et les réactions d'urgence aux épidémies sont des facteurs de santé importants pour l'individu, mais les facteurs sociaux comme le logement, l'alimentation et l'emploi le sont tout autant, sinon plus. Il est rare que les médecins puissent traiter les causes sociales des maladies, mais ils doivent diriger leurs patients vers les services sociaux appropriés. Ils peuvent cependant contribuer, quand bien même indirectement, à la mise en place de solutions sur le long terme par la participation à des activités de santé publique et de formation de santé, par le contrôle et le signalement des risques liés à l'environnement, par l'identification et la communication au public des effets préjudiciables pour la santé de certains problèmes sociaux, par exemple les mauvais traitements et la violence, et par le plaidoyer en vue d'améliorations dans les services de santé publique.

Il arrive parfois cependant que les intérêts de la santé publique s'opposent à ceux du patient, par exemple, lorsqu'une vaccination qui présente des risques de réaction indésirable empêche un individu de transmettre la maladie, mais pas de la contracter ou lorsqu'il y a nécessité de signaler certaines maladies contagieuses, ou encore dans les cas de mauvais traitements infligés aux enfants ou aux personnes âgées et dans certaines circonstances susceptibles de rendre des activités, comme la conduite d'une voiture ou le pilotage d'un avion, dangereuses pour soi et pour les autres. Ce sont là des

exemples de « double allégeance », tels que décrits précédemment. Les méthodes permettant de traiter ces situations et les problèmes qui leur sont liés sont présentés dans la section « Confidentialité » du chapitre 2. En général, les médecins doivent essayer de trouver les moyens permettant de limiter les dommages qu'un patient peut subir comme conséquence des exigences de la santé publique. Par exemple, dans le cas d'une demande de signalement, la confidentialité du patient doit être protégée dans toute la mesure du possible tout en respectant, par ailleurs, les conditions légales requises.

Un type différent de conflit entre les intérêts du patient et de la société surgit lorsque les médecins sont invités à aider les patients à recevoir des avantages auxquels ils n'ont pas droit, par exemple, des remboursements d'assurance ou un congé de maladie. Les médecins ont été investis de l'autorité de certifier que l'état de santé de leurs patients justifie l'octroi de ces bénéfices. Plutôt que d'accepter des demandes de certificats injustifiées, les médecins devraient aider leurs patients à trouver d'autres moyens de soutien qui ne demandent pas d'enfreindre les principes éthiques.

SANTÉ MONDIALE

La reconnaissance des responsabilités du médecin envers la société à été élargie ces dernières années à la responsabilité du médecin envers la santé dans le monde. Cette charge a été définie comme les problèmes, les questions et préoccupations de santé qui dépassent les limites nationales, qui sont susceptibles d'être influencés par les circonstances ou expériences des autres pays et qui trouvent une meilleure réponse dans des actions ou des solutions d'entraide. La santé mondiale fait partie du grand mouvement de mondialisation qui englobe les échanges d'information, le commerce, la politique, le tourisme et autres activités humaines.

La base de la mondialisation est la reconnaissance que les individus et les sociétés sont de plus en plus interdépendants. Cela

est particulièrement évident dans le domaine de la santé, comme l'a montré la rapide propagation de maladies comme la grippe et le SRAS. Le contrôle de ces épidémies nécessite une action internationale. Le fait qu'un médecin néglige de reconnaître ou de traiter des maladies fortement contagieuses dans un pays peut avoir des effets dévastateurs sur les patients dans d'autres pays. C'est la raison pour laquelle les obligations éthiques des médecins s'étendent bien au-delà de leurs patients et même de leurs collectivités ou de leur pays.

“Le fait qu'un médecin néglige de reconnaître ou de traiter des maladies fortement contagieuses dans un pays peut avoir des effets dévastateurs sur les patients dans d'autres pays.”

ιατρική ηθική

La mondialisation de la santé a permis de prendre de plus en plus conscience de l'existence des disparités de santé sur la planète. Malgré les campagnes de grande échelle contre la mortalité infantile et la morbidité débilante dans les pays les plus pauvres et des résultats positifs comme l'éradication de la variole et (avec bon espoir) de la polio, l'écart entre les pays à hauts revenus et les pays à faibles revenus continue de s'élargir. Cela est dû en partie au VIH/SIDA qui a produit ses pires effets dans les pays pauvres, mais aussi à l'incapacité des pays à faibles revenus à tirer profit de l'augmentation des richesses dans l'ensemble du monde au cours des dernières décennies. Bien que les causes de la pauvreté soient largement politiques et économiques, et donc bien au-dessus de la capacité de contrôle des médecins et de leurs associations, les médecins doivent traiter des maladies qui résultent de cette pauvreté. Dans les pays à faibles revenus, les médecins ont peu de ressources à offrir à ces patients et sont constamment confrontés au problème de devoir les répartir de la manière la plus équitable possible. Même dans les pays à moyens et hauts revenus, il se trouve des patients qui sont directement touchés par la mondialisation, comme les réfugiés par exemple, et qui n'ont parfois pas accès à la couverture sociale dont bénéficient les citoyens de ces pays.

Autre caractéristique de la mondialisation, la mobilité internationale des professionnels de santé, y compris les médecins. L'afflux de médecins en provenance de pays en développement dans les pays fortement industrialisés a été profitable à la fois aux médecins et aux pays hôtes, mais seulement dans une moindre mesure aux pays exportateurs. Dans ses **Directives éthiques pour le recrutement international des médecins**, l'AMM souligne qu'il ne faut pas empêcher les médecins de quitter leur pays d'origine ou d'adoption pour aller faire carrière dans un autre pays. Elle demande cependant à tous les pays de faire tout leur possible pour former un nombre suffisant de médecins, en tenant compte de leurs besoins et de leurs ressources et de ne pas compter sur l'immigration pour répondre à leurs besoins.

Les médecins des pays industrialisés ont pour tradition de longue date de transmettre leurs expériences et leurs compétences aux pays en développement. Cette transmission revêt plusieurs formes, notamment celle d'une aide médicale d'urgence coordonnée par des organisations comme la Croix-Rouge, le Croissant-Rouge et Médecins Sans Frontières, de campagnes chirurgicales de courte durée sur les problèmes de cataractes et de palais fendus, de visites de membres de la faculté dans les écoles de médecine, de projets de recherche médicale sur le court ou long terme, de fourniture de médicaments et de matériel médical. Ces programmes sont un exemple de l'aspect positif de la mondialisation et contribuent à rétablir un équilibre, du moins partiellement, dans le mouvement des médecins, des pays les plus pauvres vers les pays les plus riches.

RETOUR À L'ÉTUDE DE CAS

D'après l'analyse de la relation médecin / société présentée dans ce chapitre, le Dr S. a raison de considérer l'impact du comportement du patient sur la société. Même si les consultations des autres fournisseurs de soins ont lieu en dehors du système de santé dans lequel exerce le Dr S., et donc sans aucun coût financier pour la société, le patient emprunte au Dr S. du temps qui pourrait être consacré à d'autres patients. Cependant, les médecins comme le Dr S. se doivent, en pareils cas, d'être très prudents. Souvent, pour diverses raisons, les patients sont incapables de prendre des décisions pleinement rationnelles et peuvent avoir besoin de beaucoup de temps et de renseignements de santé pour comprendre ce qui est dans le meilleur intérêt pour eux-mêmes et pour les autres. Le Dr S. a aussi raison de contacter son association médicale pour essayer de trouver une solution sociale, puisque le problème, au-delà d'elle-même et de son patient, concerne aussi tous les autres patients et médecins.

Medyczna etyka

éthique m

אתיקה רפואית

医の倫理

orvosi etika

Læknisfræðil

medicinska etika

medisinsk etikk

Medyczna

Medyczna etyka

medizinische Ethik 医の倫理

ética médica

الأخلاقيات الطبية

רפואית

medical ethics

אתיקה רפואית

medizinische Ethik

lääketieteen etiikka

醫學倫理