

## CHAPITRE 4 – MÉDECINS ET COLLÈGUES



Une équipe médicale à l'étude d'un cas  
© Pete Saloutos/CORBIS



## OBJECTIFS

Après avoir étudié ce chapitre, vous devriez pouvoir:

- décrire les comportements que les médecins devraient avoir entre eux
- justifier le signalement de comportements de collègues contraires à l'éthique
- indiquer les principes éthiques majeurs relatifs à la coopération avec les autres personnes dans les soins aux patients
- expliquer comment résoudre des conflits avec d'autres soignants

## ÉTUDE DE CAS N° 3

Le Dr C., nouvellement nommé anesthésiste dans un hôpital de la ville, s'inquiète de l'attitude du chirurgien en chef dans la salle d'opération. Celui-ci emploie des techniques dépassées qui prolongent la durée de l'opération, augmentent les douleurs post-opératoires et rallongent le temps de la guérison. De plus, il fait souvent des plaisanteries grossières sur les patients qui manifestement embêtent les infirmières. En tant que jeune membre du personnel, le Dr C. hésite à critiquer en personne le chirurgien ou à signaler son comportement aux autorités supérieures. Cependant, il pense qu'il doit faire quelque chose pour améliorer la situation

### DÉFIS À L'AUTORITÉ MÉDICALE

Les médecins appartiennent à une profession dont le fonctionnement est — par tradition — extrêmement *hiérarchisé*, en son sein comme à l'extérieur. À l'intérieur, trois types de *hiérarchies* se chevauchent: la première différencie les diverses spécialités, dont certaines sont considérées plus prestigieuses et mieux

“Les médecins appartiennent à une profession dont le fonctionnement est — par tradition — extrêmement *hiérarchisé*...”

rétribuées que d'autres; la seconde opère au sein même des spécialités, avec des universitaires dont l'influence est supérieure à ceux qui exercent dans le secteur privé ou public; la troisième concerne les soins à des patients spécifiques et place le principal donneur de soins au sommet de la hiérarchie et relègue les autres médecins, même ceux qui jouissent d'une plus grande expérience et / ou compétence, à des fonctions de simples conseillers à moins que le patient ne soit transféré dans leur service. À l'extérieur, les

médecins ont traditionnellement été au sommet de la hiérarchie des soignants, au-dessus des infirmières et des autres professionnels de santé.

Ce chapitre examinera les questions éthiques qui se posent dans les modes de hiérarchie à la fois du plan interne et externe. Certaines questions sont communes aux deux plans; d'autres ne concernent que l'un ou l'autre. Beaucoup sont relativement nouvelles, puisqu'elles résultent des développements récents de la médecine et des soins de santé. Une brève description de ces changements s'impose d'autant plus qu'ils posent des défis importants à l'exercice traditionnel du pouvoir du médecin.

Sous l'effet du développement rapide des connaissances scientifiques et de ses applications cliniques, la médecine est devenue de plus en plus complexe. Les médecins ne peuvent connaître toutes les maladies et thérapeutiques et ils ont besoin de l'aide de spécialistes et de professionnels de santé compétents comme les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les techniciens de laboratoire, les travailleurs sociaux et bien d'autres. Ils ont, du reste, besoin de savoir comment accéder aux compétences appropriées que leurs patients demandent et dont ils manquent eux-mêmes.

Comme souligné au chapitre 2, le paternalisme médical s'est érodé du fait de la reconnaissance croissante du droit du patient de prendre lui-même des décisions médicales le concernant. Ainsi, un modèle coopératif a remplacé le modèle autoritaire, caractéristique du paternalisme médical traditionnel. La même chose est en train de se produire entre les médecins et les autres professionnels de santé. Ces derniers sont de plus en plus nombreux à refuser les ordres de médecins dont ils ne connaissent pas les motifs. Ils se considèrent eux-mêmes comme des professionnels investis de responsabilités éthiques

**“... un modèle coopératif a remplacé le modèle autoritaire, caractéristique du paternalisme médical traditionnel.”**

spécifiques envers les patients et lorsque la perception qu'ils ont de ces responsabilités est en désaccord avec les ordres du médecin, ils estiment qu'ils sont en droit de les contester, voire de refuser de s'y soumettre. Alors que le modèle d'autorité hiérarchique ne permettait aucunement de douter de la personne responsable et qui décidait en cas de désaccord, le modèle coopératif peut donner lieu à des contestations sur les soins appropriés au patient.

De telles évolutions changent les règles du jeu des relations entre les médecins et leurs collègues ou autres professionnels de santé. Le restant du chapitre s'emploiera à identifier quelques-uns des aspects problématiques de ces relations et proposera quelques éléments de réponse.

## **RELATIONS AVEC LES COLLÈGUES MÉDECINS, LES ENSEIGNANTS ET LES ÉTUDIANTS**

En tant que membres de la profession médicale, les médecins sont traditionnellement supposés se traiter mutuellement comme des membres d'une même famille plutôt que comme des étrangers ou même des amis. La **Déclaration de Genève** de l'AMM dicte l'engagement suivant: « Mes collègues seront mes sœurs et mes frères ». L'interprétation de cette promesse varie d'un pays à l'autre et avec le temps. Par exemple, lorsque la formule du « paiement d'honoraires contre service » était le principal, voire l'unique mode de rémunération des médecins, il était d'usage de faire valoir la « courtoisie professionnelle » selon laquelle un collègue ne devait acquitter d'honoraires pour un traitement médical. Cette pratique n'a quasiment plus cours dans les pays qui disposent aujourd'hui d'un système de remboursement des soins.

Aux côtés de la recommandation de traiter les collègues avec respect et de collaborer avec eux pour maximiser les soins de santé, le **Code international d'éthique médicale** émet ces deux réserves sur la question des relations entre médecins: (1) le versement ou l'acceptation d'honoraires ou autres avantages dans le seul but

de fournir un client à un collègue; (2) le fait d'enlever des patients à un collègue. Une troisième obligation — la dénonciation des incompétences ou comportements contraires à l'éthique — sera examinée plus loin.

Dans la tradition de l'éthique médicale selon Hippocrate, les médecins doivent un respect particulier à leurs maîtres. La **Déclaration de Genève** l'exprime en ces termes: « Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ». Bien que l'enseignement médical soit aujourd'hui l'objet d'échanges multiples entre professeurs et étudiants, et non, comme dans le passé, une relation à sens unique, il dépend toujours du bon vouloir et du dévouement des médecins, qui souvent ne sont pas rémunérés pour leurs activités d'enseignement. Les étudiants en médecine et autres médecins stagiaires sont redevables à ces enseignants sans lesquels la formation médicale serait réduite à une instruction pour autodidactes.

Les enseignants ont, pour ce qui les concerne, l'obligation de traiter leurs étudiants avec respect et de servir d'exemple dans leurs relations avec les patients. Le prétendu « programme caché » de l'enseignement médical, c'est-à-dire les règles de comportement affichées par les praticiens, exerce une influence plus forte qu'un programme spécifique d'éthique médicale et, en cas de désaccord entre les exigences éthiques et les attitudes et comportements des professeurs, il est fort probable que les étudiants suivront l'exemple de leurs professeurs.

**“Les enseignants ont, pour ce qui les concerne, l'obligation de traiter leurs étudiants avec respect et de servir d'exemple dans leurs relations avec les patients.”**

Les enseignants ont l'obligation particulière de ne pas demander à leurs étudiants de prendre part à des pratiques contraires à l'éthique. Les revues médicales ont cité des exemples de telles pratiques, notamment l'obtention, par des étudiants en médecine, du consentement du patient pour un traitement médical pour des

“Les étudiants concernés par les aspects éthiques de leur enseignement doivent avoir accès à des structures leur permettant d’aborder ces problèmes...”

אתיקה רפואית cas nécessitant l’intervention d’un professionnel de santé qualifié; ou encore la pratique d’examen pelviens sur des patients anesthésiés ou décédés depuis peu en l’absence de consentement; et la pratique non supervisée d’opérations qui, bien que d’importance mineure (par exemple, une intraveineuse), sont considérées par certains étudiants être au-delà de leurs compétences. Étant donné l’inégalité des pouvoirs entre étudiants et professeurs et, en conséquence, une certaine répugnance des étudiants à contester ou refuser de tels ordres, les professeurs doivent veiller à ne pas demander à leurs étudiants d’agir contrairement aux principes éthiques. Dans beaucoup d’écoles de médecine, il existe des représentants de classes ou des associations d’étudiants dont le rôle est notamment d’exprimer les sujets d’inquiétude liés aux questions éthiques dans l’enseignement médical. Les étudiants concernés par les aspects éthiques de leur enseignement doivent avoir accès à des structures leur permettant d’aborder ces problèmes sans pour autant faire figure de *dénonciateurs* et aussi à une aide appropriée lorsque le problème nécessite un traitement plus formel.

Quant aux étudiants en médecine, on attend d’eux qu’ils représentent, en leur qualité de futurs médecins, des règles élevées de comportement éthique. Il est important qu’ils considèrent les autres étudiants comme des collègues et qu’ils soient prêts à apporter de l’aide en cas de besoin, y compris de donner des conseils pour corriger des comportements non professionnels. Ils doivent aussi participer aux projets et devoirs collectifs, comme les épreuves d’examen et les services de garde.

## SIGNALEMENT DE PRATIQUES DANGEREUSES ET CONTRAIRES À L'ÉTHIQUE

La médecine s'est traditionnellement enorgueillie de sa capacité à autoréguler la profession. En retour des privilèges accordés par la société et de la confiance donnée par les patients, la profession médicale a établi à l'attention de ses membres des normes élevées de comportement et des méthodes disciplinaires permettant d'enquêter sur les accusations de mauvaise conduite et, en cas de besoin, punir les malfaiteurs. Le système d'autorégulation a souvent échoué et, ces dernières années, des mesures ont été prises pour responsabiliser la profession, notamment la nomination de non professionnels dans les services de contrôle. Cependant, la principale exigence de l'autorégulation est le soutien inconditionnel, par les médecins, de ses principes et leur volonté de reconnaître et traiter les pratiques dangereuses et contraires à l'éthique.

L'obligation de signaler les incompétences, les défaillances et la mauvaise conduite des collègues est soulignée dans les codes d'éthique. Par exemple, le **Code international d'éthique médicale** de l'AMM déclare: « Le médecin devra faire connaître aux autorités compétentes les médecins dont la pratique n'est pas éthique ou caractérisée par l'incompétence ou qui ont recours à la fraude et à la tromperie ». Il n'est cependant pas toujours facile d'appliquer ce principe. D'un côté, le médecin peut être tenté d'attaquer la réputation d'un collègue pour des raisons personnelles méprisables, comme la jalousie, ou des représailles à une insulte. De l'autre, il peut hésiter à signaler le mauvais comportement d'un collègue pour des raisons d'amitié ou de sympathie (« Cela aurait tout aussi bien pu être moi »). Les conséquences de ces dénonciations peuvent être très préjudiciables pour leur auteur, voire provoquer la malveillance de l'accusé et aussi peut-être de quelques autres collègues.

Malgré ces désavantages, la dénonciation de la faute est un devoir professionnel. Les médecins ont non seulement la responsabilité de maintenir la bonne réputation de la profession, mais ils sont aussi souvent les seuls à pouvoir reconnaître une incompétence, une

“...la dénonciation d'un collègue aux pouvoirs disciplinaires ne doit normalement être utilisée qu'en dernier ressort, après que toutes les autres solutions aient été essayées en vain.”

faute ou un mauvais comportement. Cependant, la dénonciation d'un collègue aux pouvoirs disciplinaires ne doit normalement être utilisée qu'en dernier ressort, après que toutes les autres solutions aient été essayées en vain. La première démarche peut être de contacter le collègue pour lui dire que son comportement est considéré comme dangereux ou contraire à

l'éthique. Si le problème peut être résolu de cette manière, il ne sera pas nécessaire d'aller plus loin. Sinon, la démarche suivante peut être de contacter la direction de l'une ou des deux parties et lui laisser prendre la décision de la suite à donner au problème. Si cette tactique n'aboutit toujours pas, alors il peut être nécessaire de recourir à l'ultime solution, c'est-à-dire, le signalement aux autorités disciplinaires.

## RELATIONS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le deuxième chapitre, consacré aux relations avec les patients, soulignait dès le début l'importance du respect et de l'égalité de traitement dans la relation médecin / patient. Les principes évoqués alors valent tout autant pour les relations entre les médecins et leurs collaborateurs. En particulier, la prohibition de la discrimination pour des considérations « d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère » (**Déclaration de Genève**) s'applique aux personnes en relation avec les médecins dans le cadre des soins aux patients ou autres activités professionnelles.

La non-discrimination est une caractéristique passive de la relation. Le respect est d'une certaine manière plus actif et positif. Concernant les autres soignants, médecins, infirmières ou travailleurs auxiliaires,

l'évaluation de compétences et d'expériences permettant d'assurer une prestation de soins aux patients s'impose. Tous les soignants ne sont pas égaux en terme d'éducation et de formation, mais ils partagent les mêmes valeurs humaines et une même préoccupation pour le bien-être du patient.

Cependant, à l'instar de la relation médecin / patient, il existe aussi des raisons légitimes de refuser ou de mettre fin à une relation avec un autre soignant. Il peut s'agir, entre autres, d'un manque de confiance dans la capacité ou l'intégrité de l'autre personne ou d'une sérieuse incompatibilité de caractère. La capacité à distinguer ces motifs parmi d'autres moins importants peut nécessiter une sensibilité éthique particulière.

## COOPÉRATION

La médecine est une profession à la fois fortement individualiste et fortement solidaire. D'un côté les médecins sont assez possessifs envers « leurs » patients. On prétend, à juste titre, que la relation médecin / patient est le meilleur moyen de parvenir à une connaissance du patient et à une continuité de soins optimales pour la prévention et le traitement des maladies. Le patient ainsi « retenu » profite également au médecin, du moins financièrement. En même temps, comme indiqué ci-dessus, la médecine est fort complexe et spécialisée et nécessite par conséquent une étroite coopération entre les praticiens dont les connaissances et compétences sont différentes et complémentaires. La tension entre l'individualisme et la coopération est un thème récurrent de l'éthique médicale.

Le déclin du paternalisme médical a entraîné la disparition de l'idée de « possession » qu'avaient les médecins de leurs patients. Au droit du patient de demander un deuxième

**“Le déclin du paternalisme médical a entraîné la disparition de l'idée de « possession » qu'avaient les médecins de leurs patients.”**

avis médical il faut ajouter aujourd'hui celui de l'accès à d'autres soignants susceptibles de mieux répondre à ses besoins. Selon la **Déclaration de l'AMM sur les droits du patient**, « le médecin a l'obligation de coopérer à la coordination des prescriptions médicales avec les autres pourvoyeurs de soins traitant le patient ». Cependant, comme indiqué précédemment, les médecins ne doivent pas tirer profit de cette coopération par un partage des honoraires.

Il importe que ces réserves concernant « la possession du patient » soient contrebalancées par d'autres mesures dont le but est de garantir la prééminence de la relation médecin / patient. Par exemple, il importe, dans la mesure du possible, que lorsqu'un patient est traité par plus d'un médecin, ce qui est souvent le cas à l'hôpital, la coordination des soins soit assurée par un médecin qui puisse tenir le patient informé de ses progrès et l'aider à prendre ses décisions. Alors que les relations entre médecins sont régies par des règles généralement bien formulées et acceptées, les relations entre les médecins et les autres professionnels de santé changent continuellement et il existe de grands désaccords sur ce que devraient être leurs rôles respectifs. Comme on l'a déjà dit, beaucoup d'infirmières, de pharmaciens, de physiothérapeutes et autres professionnels estiment être plus compétents que les médecins dans le domaine des soins du patient qui est le leur, et ne voient pas pourquoi ils ne seraient pas traités sur un pied d'égalité. Ils sont, du reste, favorables à une approche de groupe qui accorderait à tous les soignants une même attention et ils sont conscients d'avoir des responsabilités envers le patient et non envers le médecin. Par ailleurs, beaucoup de médecins estiment nécessaire de nommer une seule personne comme responsable, quand bien même une approche de groupe aurait été retenue et les médecins semblent être le mieux à même de remplir ce rôle étant donné leur formation et leur expérience.

Même si certains médecins résistent encore aux défis lancés à leur autorité traditionnelle, presque absolue, il est certain que leur rôle doit changer face aux demandes des patients et des autres soignants

qui demandent à participer davantage à la prise de décision. Les médecins devront justifier les recommandations qu'ils donnent à d'autres personnes et persuader celles-ci de les accepter. Outre ces compétences en communication, les médecins doivent aussi avoir des compétences pour résoudre les conflits entre les différents participants à la prestation de soins.

Le recours des patients à des soignants traditionnels ou alternatifs (« guérisseurs ») pose un défi particulier à toute collaboration apportée dans leur meilleur intérêt. Ces personnes sont consultées par une large proportion de la population en Afrique et en Asie et, de plus en plus, en Europe et en Amérique. Bien que certains considèrent les deux approches comme complémentaires, elles s'opposent en fait très souvent. Étant donné que certaines interventions traditionnelles et alternatives ont des effets thérapeutiques et qu'elles sont recherchées par les patients, les médecins doivent explorer les moyens de coopérer avec les auteurs de ces pratiques. La manière dont cette collaboration doit être menée peut varier d'un pays à l'autre et d'un praticien à l'autre. Dans tous ces échanges, le bien-être du patient doit rester la première préoccupation.

## RÉSOLUTION DE CONFLITS

Bien qu'il existe des types multiples de conflits entre les médecins et les autres soignants — par exemple à propos des démarches administratives ou des rémunérations — toute l'attention portera ici sur les conflits relatifs aux soins du patient. Dans l'idéal, les décisions concernant les soins de santé doivent être le reflet d'une entente entre le patient, les médecins et les autres personnes impliquées. Cependant, l'incertitude et la diversité des points de vue peuvent créer des désaccords sur les objectifs des soins

**“... l'incertitude et la diversité des points de vue peuvent créer des désaccords sur les objectifs des soins ou les moyens d'atteindre ces objectifs.”**

ιατρική ηθική

ou les moyens d'atteindre ces objectifs. La limitation des ressources de soins de santé et des moyens d'action administratifs peuvent aussi rendre le consensus difficile.

Les désaccords entre soignants concernant les objectifs de soins et de traitements, voire les moyens de les atteindre, doivent être clarifiés et résolus par les membres de l'équipe de soins de manière à ne pas compromettre leurs relations avec le patient. Les désaccords entre les soignants et les administrateurs concernant l'allocation des ressources doivent être résolus au sein du service ou de l'institution et non débattus en présence du patient. Étant donné la nature éthique de ces deux types de conflit, il peut être utile, lorsque cela est possible, de rechercher les conseils d'un comité ou d'un spécialiste en éthique clinique.

Les directives suivantes peuvent être utiles pour résoudre de tels conflits:

- les conflits doivent être résolus de manière aussi informelle que possible, par exemple, par une négociation directe entre les personnes en désaccord et le recours à des moyens plus formels ne doit être engagé que lorsque les méthodes informelles se sont avérées infructueuses;
- les opinions de toutes les parties directement concernées doivent être exprimées et faire l'objet d'une attention particulière;
- le choix éclairé du patient ou de son représentant légal concernant le traitement doit être la préoccupation première de toute recherche de solution de conflits;
- lorsque le désaccord concerne les options de traitement proposées au patient, il est généralement préférable d'élargir le choix plutôt que de le resserrer. Si l'un des traitements retenus n'est pas disponible à cause de la limitation des ressources, le patient doit être normalement informé.

- si, au terme d'efforts raisonnables, un accord ou un compromis ne peut être obtenu, le choix de la personne investie du droit ou de la responsabilité de prendre la décision doit être accepté. En cas de confusion ou de contestation au sujet de la légitimité de cette personne, le recours à une médiation, un arbitrage ou un jugement doit être recherché.

Lorsque les soignants ne peuvent approuver la décision qui s'impose pour des questions de jugement professionnel ou de moralité personnelle, ils doivent pouvoir arrêter leur participation à la décision, après s'être assuré que la personne qui reçoit les soins n'est l'objet d'aucun préjudice ou abandon.

## RETOUR À L'ÉTUDE DE CAS

Le Dr C. a raison de s'inquiéter du comportement du chirurgien en chef dans la salle d'opération. Non seulement il met en danger la santé du patient, mais il manque aussi de respect envers le patient et ses collègues. Le Dr C. a une obligation éthique de ne pas ignorer ce type de comportement et de faire quelque chose. La première chose serait de ne pas donner de signe de soutien à son attitude offensive, par exemple, en riant de ses plaisanteries. S'il estime qu'une discussion avec le chirurgien peut être efficace, il doit donner suite à cette décision.

Sinon, il doit contacter directement les autorités supérieures de l'hôpital. Si celles-ci refusent de répondre, il doit s'adresser à l'organisme approprié qui délivre les autorisations d'exercice pour lui demander d'enquêter