



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 79

L'éthique en pratique médicale : enquête auprès des médecins non psychiatre au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech – À propos de 100 médecins–

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/04/2019

PAR

Mlle. Fatima Ezzahra CHEKKOURI

Née le 29 mai 1993 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Ethique – Morale – Droit – Déontologie – Connaissance éthique – Attitude éthique –
Pratique éthique – Contrainte – Décision médicale

JURY

M. S. AIT BENALI

Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. H. EL HAOURY

Professeur de Traumato- orthopédie

M. Y.AISSAOUI

Professeur agrégé d'Anesthésie – réanimation

Mme. S.AIT BATAHAR

Professeur agrégé de Pneumo- phtisiologie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ

الرَّحِيمِ

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ
نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ
وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي
بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ

صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

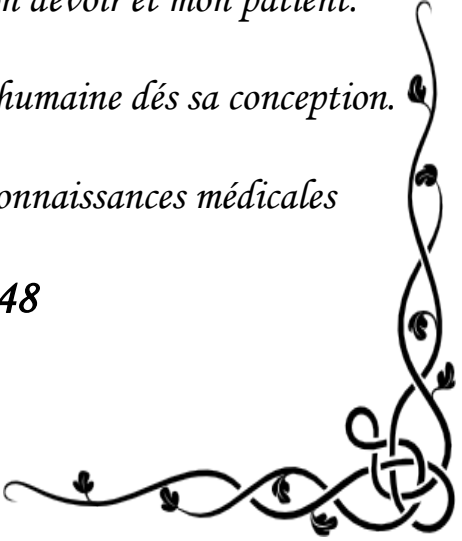
Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraire : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohammed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine ELHOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOU EL HASSANT aoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- reanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie
AMAL Said	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie

AMINE Mohammed	Epidémiologie– Clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto–rhino–laryngologie	LAKMICHI Mohammed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo– phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	MADHAR Si Mohammed	Traumato– orthopédie A
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – Clinique
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUAITY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUGHALEM Mohammed	Anesthésie – reanimation	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NARJISS Youssef	Anesthésie– reanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NIAMANE Radouane	Oto rhino laryngologie
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie A	NOURI Hassan	Radiologie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	OUALI IDRISSE Mariem	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	OULAD SAIAD Mohammed	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Oto–rhino–laryngologie
CHOULLI Mohammed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Traumato– orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Anesthésie– reanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– reanimation	SAMKAOUI Mohammed Abdenasser	Gastro– entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et	SAMLANI Zouhour	Urologie

	maladies métaboliques		
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Pédiatrie B
EL BOUIHI Mohammed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SBIHI Mohammed	Microbiologie – virology
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SORAA Nabila	Gynécologie– obstétrique A/B
EL HAOURY Hanane	Traumato– orthopédie A	SOUMMANI Abderraouf	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Anesthésie– réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Microbiologie
EL FIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Chirurgie générale
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ADALI Imane	Psychiatrie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie– obstétrique A
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie– embyologie cytogénétique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	GHOUNDALE Omar	Urologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	HAROU Karam	Gynécologie– obstétrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie– vasculaire péripherique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénéque
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE Fatima	Maladies Infectieuses
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B

ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohammed	Ophtalmologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – reanimation
BENHIMA Mohammed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie– reanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie–obstétrique B	RADA Nouredine	Pédiatrie A
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	RAFIK Redda	Neurologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohammed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	TAZI Mohammed Illias	Hématologie– Clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virology
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZIADI Amra	Anesthésie – reanimation

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	JALLAL Hamid	Cardiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie- Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LALYA Issam	Radiothérapie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Néonatalogie)	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - Orthopédie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire

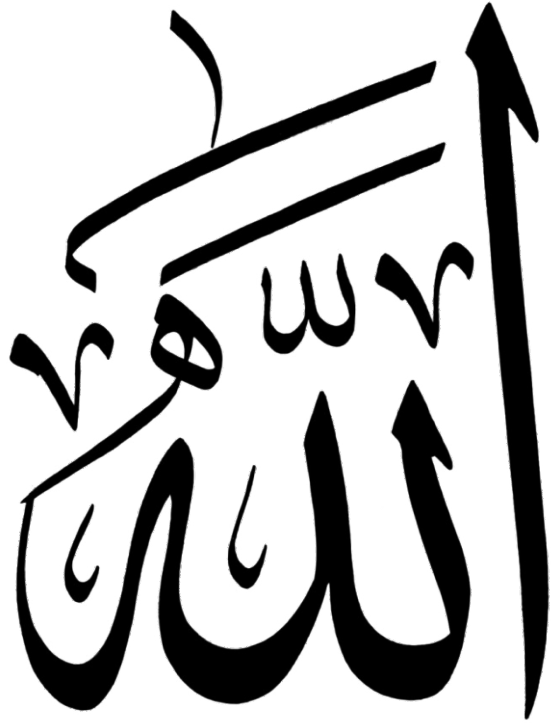
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohammed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 12/07/2018



DEDICACES





*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

Un humble geste exprimant l'affection, l'estime, le respect et la reconnaissance que je ressens envers les êtres qui me sont chers...

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents Amal OUAZIZ et Taoufiq CHEKKOURI :

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour tous vos sacrifices, votre soutien et vos prières tout au long de mes études.

A maman que j'adore, la lumière de mes jours, ma vie et mon bonheur. Tu es le plus grand trésor de ma vie, j'ai eu la chance de t'avoir à mes côtés.

Nous avons eu pendant très longtemps une relation quasi-fusionnelle et même si aujourd'hui nous ne nous voyons plus quotidiennement, tu es chaque jour dans mon cœur et mon esprit. Tu m'as toujours aidé à faire les bons choix.

Tu as toujours été ma confidente et tu as su me remettre sur le droit chemin quand il le fallait et pour tout ça je te remercie.

Tu as toujours été mon modèle pour la force et le courage dont tu as toujours fait preuve malgré les épreuves très difficiles que tu as traversées. Je te serai reconnaissant toute ma vie.

Qu'Allah Le Tout Puissant vous préserve du mal, vous accorde santé, bonheur et longue vie.

À toi mon père, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir. Que ce travail soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens.

Chers parents mon amour pour vous est inconditionnel et permanent, soyez fier de moi aujourd'hui je deviens médecin.

A mon cher frère Mohammed-Amine CHEKKOURI :

A tous les moments agréables passés ensemble, à tous nos disputes et nos bêtises.

Merci pour ton appui et ton soutien. Puissions-nous rester unis et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.

*Que notre amour fraternel dure le temps d'une vie petit frère.
Je te dédie ce travail, et je te dédie toutes mes années d'effort, j'espère
avoir été un bon exemple pour toi.*

A ton tour aujourd'hui d'être fier de moi : je deviens médecin.

A ma chère grand-mère maternelle « Mima » Lhajja Lla Khadija :

Tu es le soleil de ma famille maternelle, autour de qui tous et toutes s'articulent.

*Tu as un cœur en joyau et a toujours été une source d'affection.
Nous t'aimons tous, et pensons toujours à toi, je te vois toujours jeune et
belle depuis toujours, aujourd'hui et à jamais.
C'est grandement grâce à toi et à tes conseils, aux vœux que tu n'as cessés
de formuler dans tes prières que nous sommes aujourd'hui ce que nous
sommes, j'espère que tu es fier de mes parents et de moi.
Que Dieu te préserve santé et longue vie.*

A La mémoire de mon oncle maternel "Hbibí" Farid OUAZIZ :

*Tu étais toujours avec moi, dans mon cœur et dans mon esprit.
Je te dédie ce travail en reconnaissance de ton l'amour inconditionnel et
exceptionnel.*

*J'aurais tant aimé que tu sois présent ce jour.
Puisse Dieu tout puissant, avoir ton âme dans sa sainte miséricorde.
Repose en paix mon cher Hbibí Farid.*

A La mémoire de mon grand-père maternel Mohammed :

*Tu as été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je te dédie
aujourd'hui ma réussite.*

Que Dieu, le miséricordieux, t'accueille dans son éternel paradis.

A La mémoire de ma grand-mère paternelle Fatna :

*Je sais que si tu étais parmi nous, tu auras été heureuse et fière. Que Dieu,
le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

A La mémoire de mon grand-père paternel Abderrahmane :

*Je ne t'ai malheureusement pas connue, le destin en a décidé ainsi,
pourtant je te connais à travers les yeux de mon père et te voue un
immense amour non seulement parce que tu étais un ange sur terre mais
aussi parce que tu as mis mon père au monde et pour cela je te serais
reconnaissant.*

*A La mémoire de mes tantes et oncles paternels : Lla Zahra, Nora, Rabiaa,
Mohammed :*

Que votre âme repose en paix.

*A toute ma famille (OUAZIZ et CHEKKOURI), mes oncles, mes tantes, mes
cousins et cousines*

*Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour
vos encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour
que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu
le Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur*

A mes chères amies Fedwa CHERRAFI et Warda CHAJA :

Merci pour les moments de joie, de folie. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés au cours de notre stage d'externat, et pour tout le bonheur que vous me procurez. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur.

Je vous dédie ce travail, et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de succès.

A mes ami(e)s: Yassine, Kenza, Oumaima, Aouatif, Simo, Hamza, Sara, Farah, Kaoutar, Khadija, Mina, Ihssane, Rachida, Najib, Younes, Hamza, Soukaina, Fatima ezzahra, Fadwa, Youssra, Houda, Asmae, Bouchra, Fadwa, Nabila, Fatima ezzahra, Hajar, Loubna, Nissrine, Sanae, Younes...:

Au mon groupe de stage d'internat : Assia, Khaoula, Hanae, Fatima ezzahra, Zineb, Ouadji, Ilias et Ali

Merci pour les moments de joie, de folie. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés, et pour tout le bonheur que vous me procurez.

Je vous dédie ce travail et vous souhaite un très bon parcours et une vie pleine de joie et de bonheur.

A mon très cher ami Oualid Kabouli :

There aren't enough words to express how much you mean to me, you came into my life like magic, you brought me smiles, laughter and made me see the world in a special way.

Tu es un meilleur ami, celui qui a su tendre l'oreille à mes paroles, celui qui me comprend le plus. Tu es la main qui m'aide à me relever quand je me sens triste. Tu trouves toujours les mots pour me faire rire ou me consoler de mes peines de cœur. Tu es le visage familier qui m'apaise quand je ne vois autour de moi que le mépris ou l'indifférence.

Peut-être n'as-tu pas conscience de l'importance que tu as pour moi. Et je sais que je ne suis pas toujours une personne facile à vivre, je sais aussi qu'il m'arrive parfois de te blesser avec ma maladresse habituelle et j'en suis vraiment désolée. Tu es la seule personne qu'il me reste quand tout s'écroule dans ma vie, celle sur qui je peux toujours compter. Tu es surtout la personne avec qui je peux parler de tout et de rien, la personne qui m'écoute et ne me juge pas. J'espère que, le jour où tu auras besoin d'une épaule sur laquelle t'appuyer ou juste envie de parler, tu feras appel à moi.

Je serai toujours là pour toi.

Je remercie Allah de t'avoir mis sur mon chemin, et je me prosterne devant Lui pour qu'Il nous réserve un beau destin.

Que cette amitié dure le temps d'une vie, pour le meilleur et pour le pire. Je t'envoie plein de bonnes ondes. Et j'envoie de gros bisous à ma chère mama Amal et khalti Fatima ezzahra. Que Dieu vous protège et vous préserve pour moi.

A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur Savoir.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A tous ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.



REMERCIEMENTS



*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR SAID AIT BENALI Professeur de l'Enseignement Supérieur
de Neurochirurgie*

CHU Mohammed VI - Marrakech

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqué. Veuillez trouver ici l'expression
de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour
toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous
l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR FATIHA MANOUDI Professeur de l'Enseignement
Supérieur de Psychiatrie*

CHU Mohammed VI - Marrakech

Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction.

*Merci pour la qualité de votre encadrement, et pour votre aide dans la
réalisation de ce travail. Je vous remercie pour la confiance que vous avez
placée en moi en me confiant ce travail. J'espère ne pas vous décevoir.*

*Votre grande disponibilité, votre sérieux, votre rigueur de travail, votre
dévouement sincérité et amour pour ce métier, vos qualités humaines et
professionnelles, ainsi que votre simplicité nous servent d'exemple.*

*Veuillez accepter, cher Maître, mes sincères remerciements avec toute la
reconnaissance et l'appréciation que je vous témoigne.*

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
HANANE EL HAOURY Professeur de l'Enseignement Supérieur de
Traumato-orthopédie « A »
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail. Je tiens à vous exprimer ma profonde
gratitude pour la bienveillance et la simplicité avec lesquelles vous m'avez
accueilli.*

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
AISSAOUI YOUNES Professeur agrégé d'Anesthésie - réanimation à
l'hôpital militaire Avicenne - Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu
apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.*

*Veuillez accepter, Professeur, nos sin
cères remerciements et notre profond respect.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
SALMA AIT BATAHAR Professeur agrégé de pneumo-phthisio
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre
gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous
l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude.
Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.*

*A PROFESSEUR SEBBANI MAJDA et son équipe Professeur Assistante
en Médecine communautaire et Épidémiologie
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Nous vous remercions de nous avoir orienté dans notre travail, et de nous
avoir accompagné par vos conseils, votre disponibilité et votre
communication, Veuillez accepter l'expression de nos considérations les
plus distinguées.*

*À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech*

*Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier
dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont
contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.*

*À tous les médecins résidents au sein du CHU Mohammed VI de
Marrakech*

*Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour
la réalisation de ce travail.*

Veuillez accepter mes plus respectueuses salutations.

À tout le personnel de l'hôpital IBN NAFIS

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que
vous m'avez réservés à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à
bien cette étude scientifique. Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi
vous y a participé de loin ou de près.*

*À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce
travail.*

LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

AMA : Association Médicale Américaine.

AMM : Association Médicale Mondiale.

ANESM : Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des
Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques.

CHU Med VI : Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural
Organization.



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Type de l'étude	5
II. Population étudiée	5
III. Fiche d'exploitation	5
IV. Collecte des données	6
V. Considérations éthiques	6
VI. Méthodes statistiques	7
RÉSULTATS	8
I. Analyse descriptive	9
1. Données sociodémographiques des médecins	9
2. Connaissances liées à l'éthique en pratique médicale	13
3. Attitudes et pratiques liées à l'éthique en pratique médicale	20
II. Analyse bi variée	32
1. Les connaissances des médecins résidents en éthique médicale	32
2. Les attitudes et pratiques des médecins résidents en éthique médicale	34
3. Les connaissances des médecins en fonction de la spécialité médicale ou chirurgicale	39
4. Les attitudes et pratiques des médecins en fonction de la spécialité médicale ou chirurgicale	40
5. Corrélation entre la formation en domaine d'éthique et les connaissances des médecins en éthique médicale	47
6. Corrélation entre la formation en domaine d'éthique et les attitudes et pratiques des médecins en éthique médicale	49

DISCUSSION	55
I. Cadre conceptuel et définition	56
1. Ethique, morale, droit et déontologie : définitions et limites	56
2. Historique et fondements	59
3. Les principes éthiques en éthique médicale	65
4. Les comités d'éthique clinique	68
II. Discussion des résultats	71
III. Discussion des corrélations	106
IV. Les limites de l'étude	113
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	114
CONCLUSION	117
RESUMES	119
ANNEXES	125
BIBLIOGRAPHIE	131



INTRODUCTION



Les médecins, les infirmiers ou les équipes soignantes qui recherchent le bien de leurs malades sont d'emblée dans une démarche éthique. Cette démarche est quotidienne et se fait souvent à leur insu. Tel est le cas par exemple toutes les fois que, conscients de leurs responsabilités et de leur rôle propre, ils élaborent ensemble un projet de service, ou se réunissent pour parler de leurs malades sans se limiter à des transmissions de consignes ou de prescriptions. Tel est le cas encore du soignant qui a des égards pour le patient, respecte son intimité, tient compte de son âge ou de sa culture, prend du temps pour l'écouter ou entendre ce qu'il a à lui dire. L'éthique médicale existe bel et bien dans notre quotidien.

Néanmoins, les bouleversements induits par la pratique médicale (l'accès aux soins, la génétique, la conservation des gamètes, les prélèvements d'organes, les greffes, la recherche biomédicale, la fin de la vie...) imposent non pas une simple réflexion mais une recherche de haut niveau sur la finalité des pratiques médicales de manière à penser les conséquences bonnes ou mauvaises de nos décisions médicales.

La médecine n'est pas une science pure [1]; en effet, trois facteurs font diverger la médecine d'une science [2]:

- La science n'a pas de dimension morale propre : cette dimension naît éventuellement de ses applications techniques. Les principes scientifiques ne mettent pas en exergue la primauté de la personne. En revanche, la médecine revêt cette dimension et œuvre pour le bien commun de toute l'humanité.
- La vérité scientifique est exacte ou fausse, alors qu'en médecine il est difficile d'établir des règles générales formelles et des normes applicables à toute situation.
- Le respect de l'autonomie de choix de chaque personne s'opposerait en tout état de cause à un tel formalisme.

La littérature internationale concernant l'éthique médicale, à travers son évolution depuis le serment d'Hippocrate jusqu'aux plus récentes recommandations, chartes, conventions et autres textes juridiques et déontologiques, met en lumière un véritable outil d'aide à la décision

médicale. En transversalité avec les autres disciplines ayant servi à l'élaboration de cet outil (droit, sociologie, économie, philosophie...)

Nous entamons ce travail en énonçant plusieurs hypothèses que nous analyserons à travers nos résultats et que nous discuterons à la lumière des données de la littérature :

1. La connaissance des médecins du CHU Med VI en éthique clinique serait insuffisante.
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 médecins en matière de l'éthique clinique serait insuffisante.
4. Avoir étudié le cours d'éthique à la faculté aurait une influence positive sur la connaissance des médecins.
5. L'attitude des médecins serait influencée par l'acquisition des connaissances en cette matière. Ce facteur aurait également de l'influence sur la pratique.

A ce titre, la présente étude a pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées à l'éthique en pratique médicale selon 3 volets :

- ❖ Le premier, qui renvoie à une dimension individuelle, vise à étudier les perceptions de la notion d'éthique hospitalière par les médecins au sein du CHU Med VI et apprécier leur niveau de formation et des connaissances en matière d'éthique pratique.
- ❖ Le second consiste à évaluer les attitudes et les pratiques des médecins en matière de l'éthique clinique dans l'exercice de leur métier.
- ❖ Le troisième, enfin, vise à identifier les facteurs influençant la connaissance, l'attitude et la pratique des médecins en matière d'éthique en pratique clinique.

Tout cela afin de pousser les décideurs politiques d'élaborer un programme bien conçu d'éthique à l'intention des étudiants et praticiens dans le domaine sanitaire afin d'améliorer la relation médecin-malade et par conséquent la prise en charge des patients.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type de l'étude :

C'est une étude connaissances, attitudes et pratiques (étude CAP), descriptive transversale étalée sur 6 mois (Juillet 2018 – décembre 2019), portant sur une série de 100 médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

II. Population étudiée :

Notre échantillon est constitué de tous les médecins œuvrant au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Nous avons inclus dans notre échantillon 100 médecins répondants à nos critères d'inclusion et abordé sur la base d'une participation volontaire par suite d'information sur le but et les objectifs de l'étude.

1. Critères d'inclusion :

Pour être inclus à cette étude, il fallait être soit :

- Professeur au sein du CHU Mohammed VI.
- Médecin attaché au sein du CHU Mohammed VI.
- Médecin résident au sein du CHU Mohammed VI.

2. Critères d'exclusion :

N'étaient pas inclus à cette étude, toute personne abordée et informée ne désirant pas participer à l'étude.

III. Fiche d'exploitation : (Annexe 1)

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu.

Il comporte 3 parties :

1. La première partie :

- Elle décrit les caractéristiques sociodémographiques du médecin.

2. La deuxième partie :

- Constitue une évaluation des connaissances du médecin en éthique médicale.

3. La troisième partie :

- Elle renseigne sur les attitudes et les pratiques du médecin en éthique médicale.

IV. Collecte des données :

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

Nous avons distribué 130 questionnaires et on a retenu les 100 questionnaires exploitables.

Le questionnaire a été rempli dans une durée moyenne de 15 min.

V. Considérations éthiques :

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

- ✓ La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de l'anonymat des participants (questionnaire anonyme).
- ✓ Afin que le participant puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de notre étude et le sort réservé aux informations données.

VI. Méthodes statistiques :

La saisie a été faite à partir du logiciel Microsoft Office Word 2010 et du logiciel Microsoft Office Excel 2010, l'analyse des données a été effectuée avec le logiciel de statistiques SPSS version 23.0.



RÉSULTATS



I. Analyse descriptive:

1. Données sociodémographiques des médecins :

1.1. Âge :

La tranche d'âge la plus représentative était celle de 25–34ans : 80% (Figure 1).

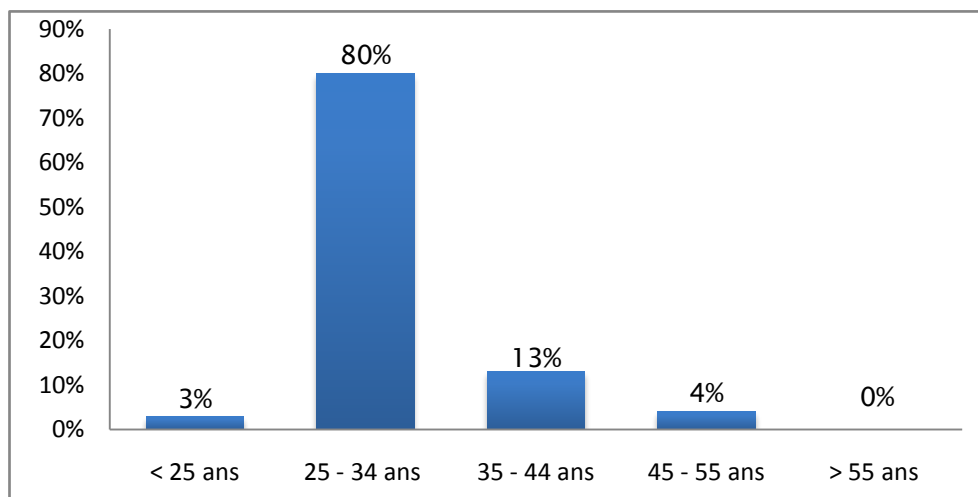


Figure 1: Répartition des médecins par tranche d'âge de 5 ans.

1.2. Sexe :

Parmi nos 100 médecins, 51 étaient de sexe féminin (51%) (Figure 2).

Le sexe-ratio était de 0.96.

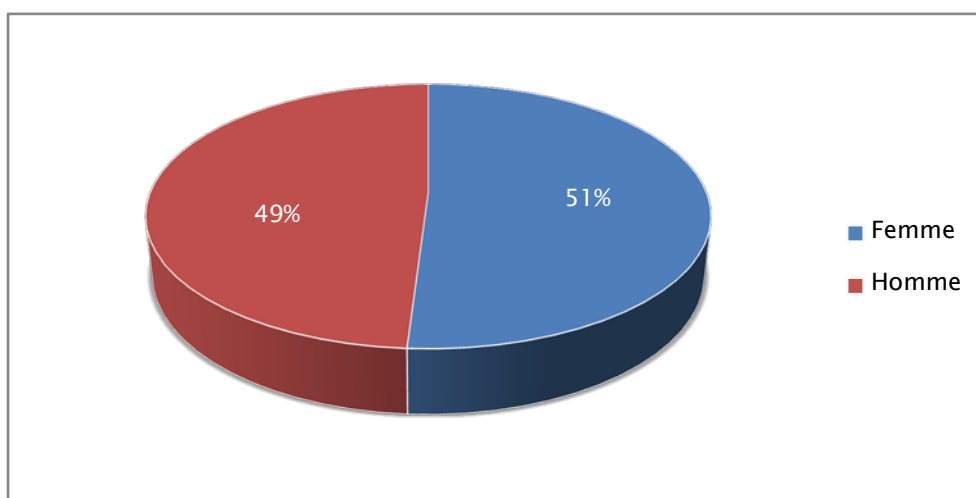


Figure 2: Répartition des médecins selon le sexe.

1.3. Grade :

La majorité de nos médecins étaient des résidents soit 85% de notre échantillon alors que 11% étaient des professeurs, et 4% étaient des médecins attachés (Figure 3).

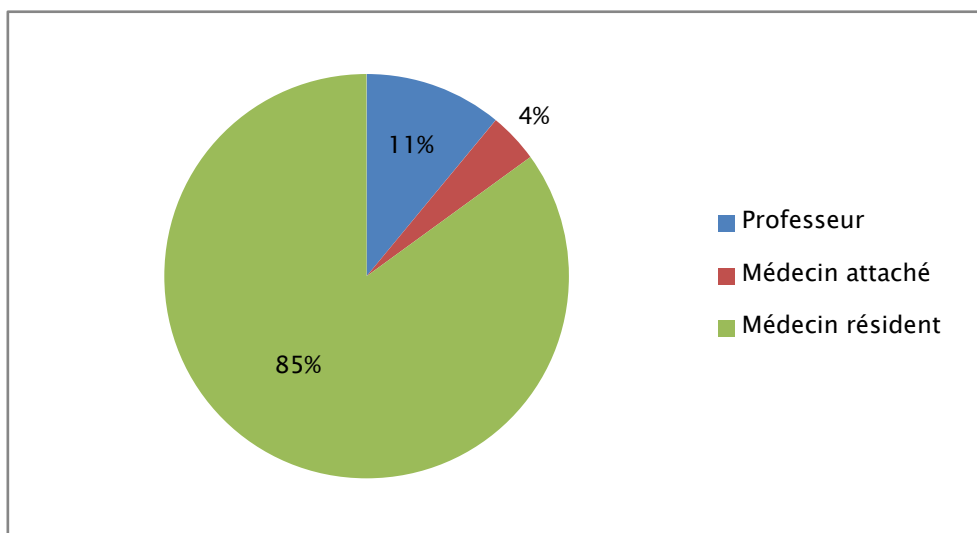


Figure 3: Répartition des médecins selon le grade.

1.4. Année de résidanat :

Les résidents en troisième année constituaient le plus grand nombre de cette série, soit 35% (Figure 4).

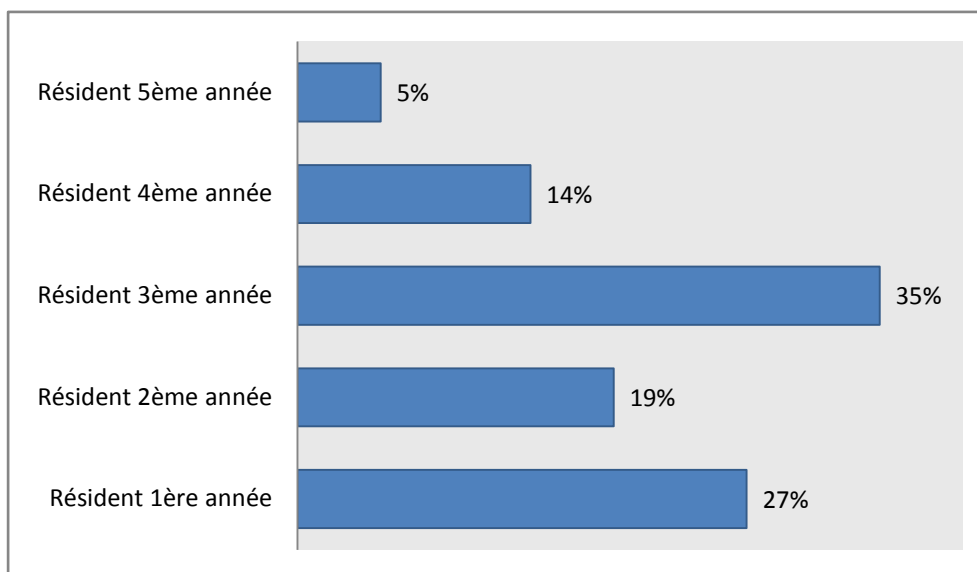


Figure 4: Répartition des médecins résidents selon l'année de résidanat.

1.5. Ancienneté :

La majorité des médecins, soit 79% avaient une ancienneté inférieure à 5 ans (Figure 5).

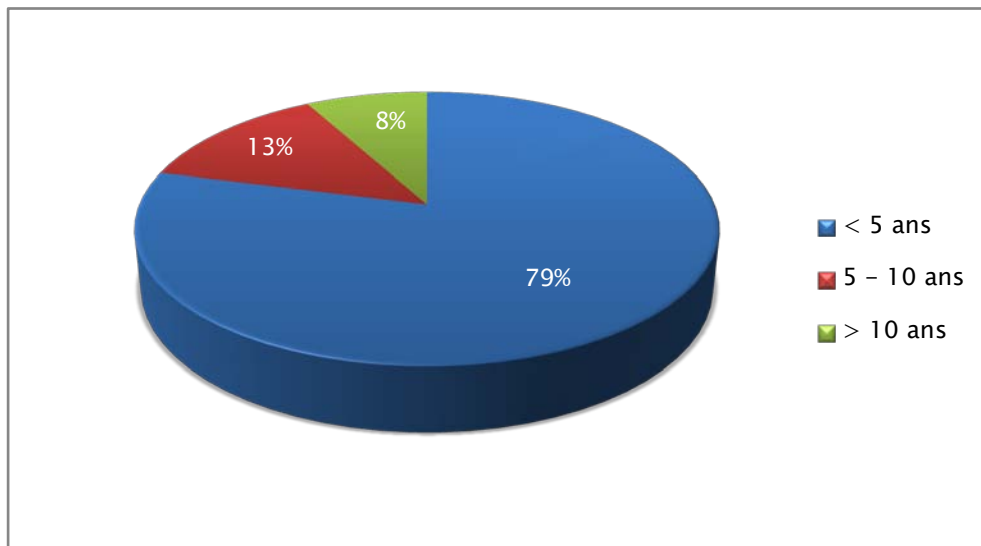


Figure 5: Répartition des médecins selon l'ancienneté.

1.6. Spécialité :

Dans notre étude, la répartition des médecins était comme suite (Figure 6) :

- 50% spécialité médicale,
- 50% spécialité chirurgicale.

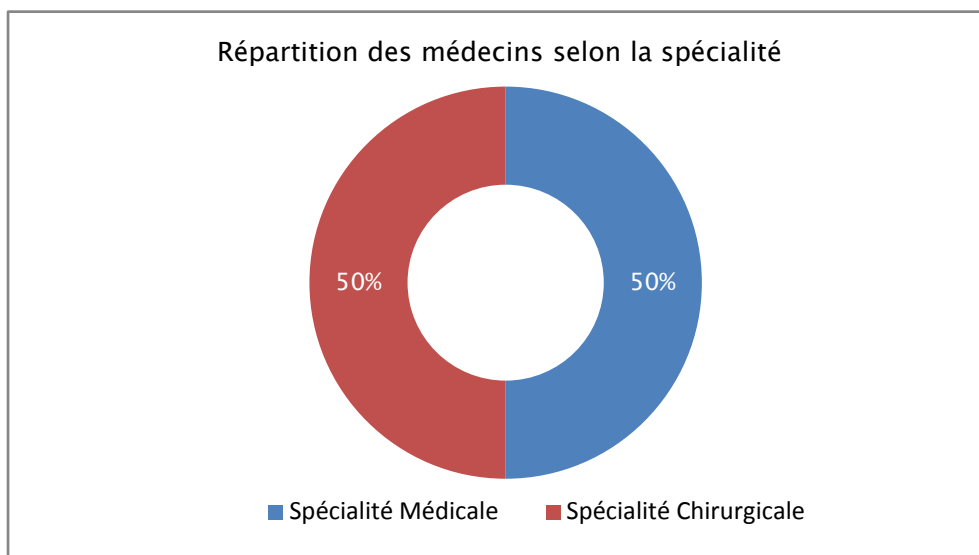


Figure 6: Répartition des médecins selon la spécialité.

Tableau I : Récapitulation des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

	Effectif	Pourcentage
Âge :		
Inférieur à 25 ans	3	3%
25 – 34 ans	80	80%
35 – 44 ans	13	13%
45 – 55 ans	4	4%
Supérieur à 55 ans	0	0%
Sexe :		
Féminin	49	49%
Masculin	51	51%
Grade :		
Professeur	11	11%
Médecin attaché	4	4%
Résident	85	85%
Année de résidanat :		
Résident 1 ^{ère} année	23	27%
Résident 2 ^{ème} année	16	19%
Résident 3 ^{ème} année	30	35%
Résident 4 ^{ème} année	12	14%
Résident 5 ^{ème} année	4	5%
Ancienneté :		
Inférieur à 5 ans	79	79%
5 – 10 ans	13	13%
Supérieur à 10 ans	8	8%
Spécialité :		
Médicale	50	50%
Chirurgicale	50	50%

2. Connaissances liées à l'éthique en pratique médicale:

2.1. Connaissances de l'éthique médicale :

La majorité de nos sujets, soit 99% avaient entendu parler de l'éthique médicale (Figure 7).

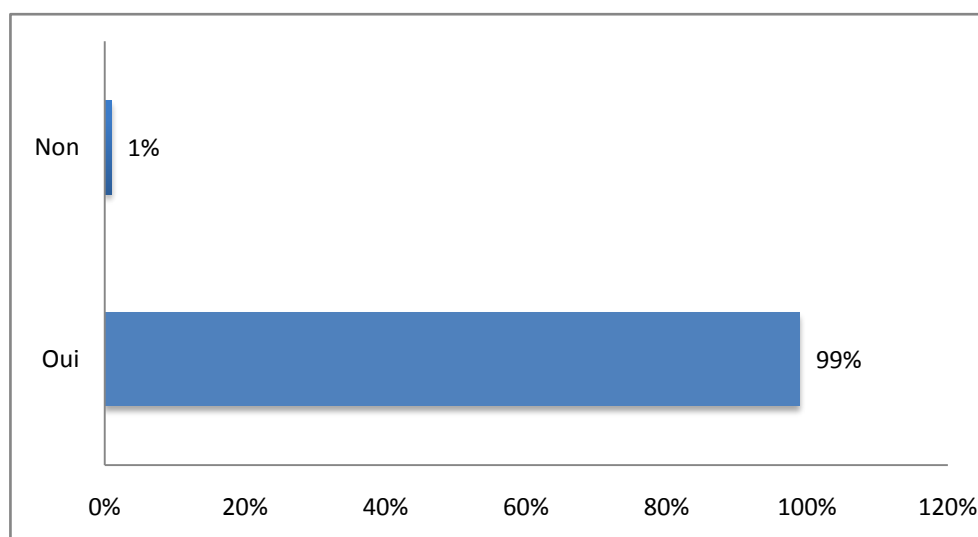


Figure 7: Répartition des sujets qui avaient entendu parler ou non d'éthique médicale.

2.2. Répartition des sujets qui avaient entendu parler d'éthique médicale selon le contexte (Tableau II):

La faculté était le lieu où la majorité des participants s'informaient sur l'éthique médicale, avec un effectif de 77, soit 64.16%.

Tableau II : Répartition des sujets qui avaient entendu parler d'éthique médicale selon le contexte.

Contexte	Nombre de réponse	Pourcentage
Faculté (université)	77	64.16%
Médias	23	19.16%
Hôpital	17	14.16%
Autre	3	2.5%

2.3. Répartition des sujets qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors du cursus universitaire:

La majorité de nos sujets, soit 68% avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique médicale (Figure 8).

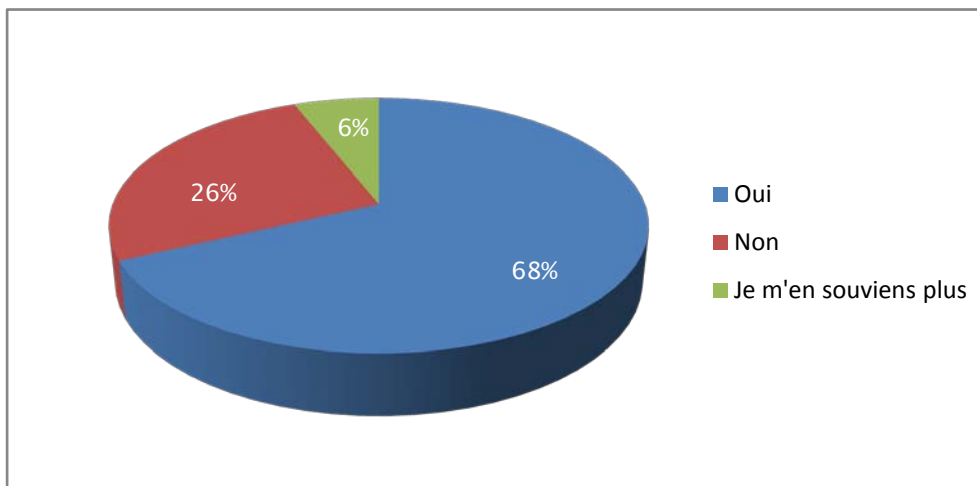


Figure 8: Répartition des sujets qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors du cursus universitaire.

2.4. Répartition des sujets qui avaient reçu ou non une formation au cours de l'exercice professionnel dans le domaine d'éthique médicale :

La majorité de nos sujets, soit 86 % n'avaient jamais reçu de formation d'éthique médicale au cours de l'exercice professionnel (Figure 9).

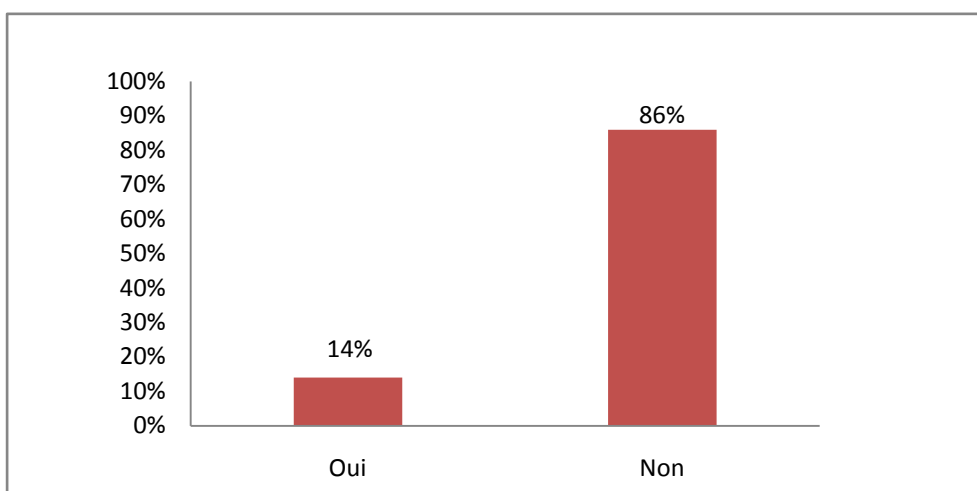


Figure 9: Répartition des sujets qui avaient reçu ou non une formation au cours de l'exercice professionnel dans le domaine d'éthique médicale.

2.5. Répartition des sujets informaient ou non sur l'existence d'un code d'éthique et de déontologie au Maroc :

Dans notre série 56% des médecins ignoraient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie au Maroc (Figure 10).

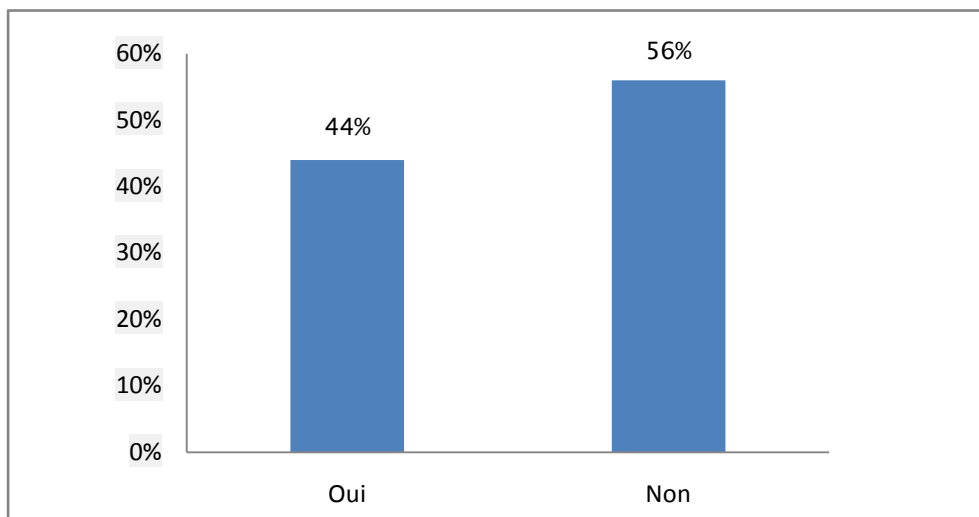


Figure 10: Répartition des sujets informaient ou non sur l'existence d'un code d'éthique et de déontologie au Maroc.

2.6. Répartition des sujets informaient ou non sur les lieux où ils pouvaient se procurer le code d'éthique et de déontologie :

Parmi les sujets qui connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie, 32 soit 73% ne savaient pas où s'en procurer (Figure 11).

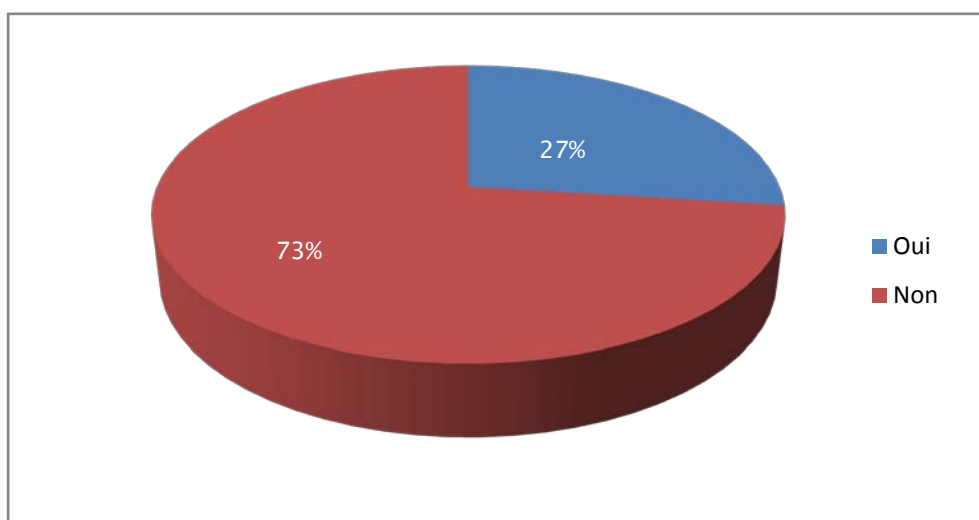


Figure 11: Répartition des sujets informaient ou non sur les lieux où ils pouvaient se procurer le code d'éthique et de déontologie.

2.7. Répartition des sujets qui connaissaient ou non les principes de l'éthique médicale :

Dans notre série, 40% des sujets prétendaient connaître les principes de l'éthique médicale alors que 60% des sujets affirmaient les ignorer (Figure 12).

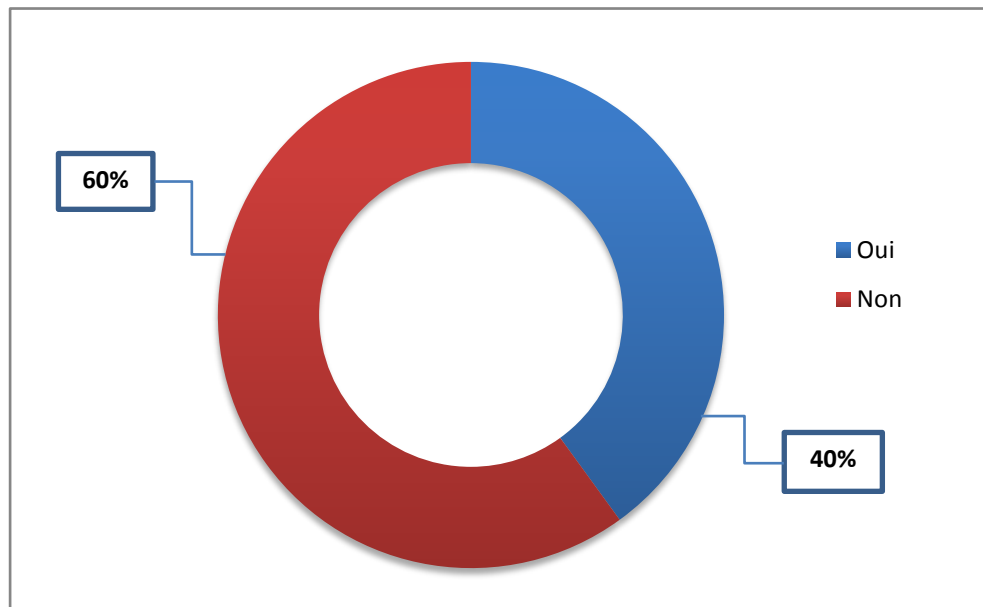


Figure 12: Répartition des sujets qui connaissaient ou non les principes de l'éthique médicale.

Concernant les personnes qui ont répondu « OUI » à la question précédente, trois personnes, soit 7% ont reconnu les 4 principes d'éthique qui sont :

- Respect de la personne,
- Bienfaisance,
- Non malfaisance,
- Justice.

Trente-deux personnes, soit 80% ont reconnu 1 à 3 principes d'éthique.

Cinq personnes, soit 13% n'ont reconnu aucun principe d'éthique.

2.8. Répartition des sujets informant ou non sur l'existence de comité d'éthique au Maroc :

Soixante-huit sujets, soit 68% ignoraient l'existence des comités d'éthique au Maroc (Figure 13).

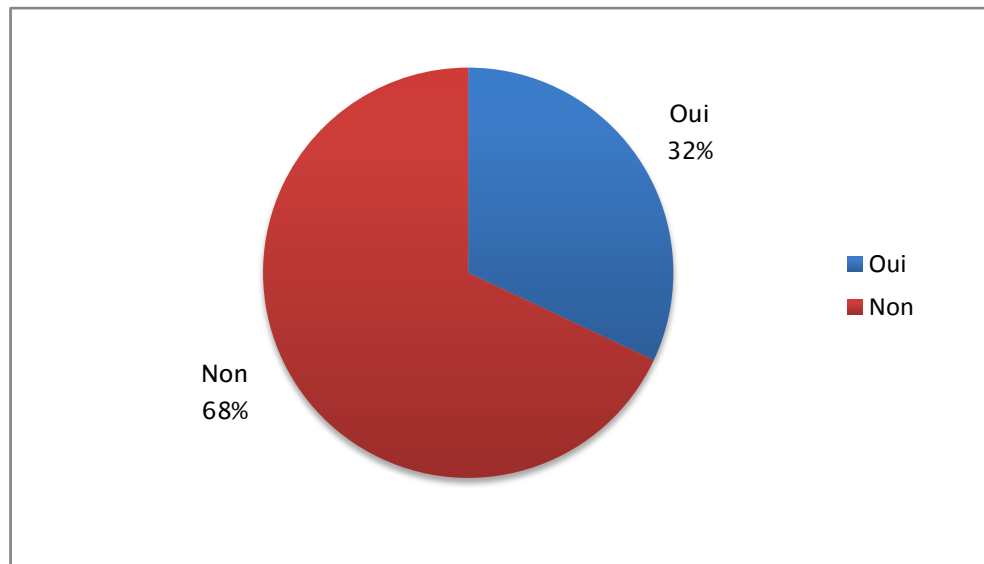


Figure 13: Répartition des sujets informant ou non sur l'existence de comité d'éthique au Maroc.

Concernant les personnes qui ont répondu « OUI » à la question précédente, 9 personnes, soit 28% ont reconnu les comités d'éthique qui existent au Maroc qui sont :

- ❖ Le comité d'éthique pour la recherche biomédicale de la faculté de médecine de Casablanca,
- ❖ Le comité d'éthique pour la recherche biomédicale de la faculté de médecine de Rabat,
- ❖ Le comité d'éthique pour la recherche biomédicale de la faculté de médecine de Marrakech,
- ❖ Le comité d'éthique hospitalo-universitaire de Fès,
- ❖ Le comité d'éthique pour la recherche biomédicale d'Oujda.

Alors que vingt-trois personnes, soit 23% ne les ont pas reconnus.

2.9. Répartition des sujets qui connaissaient ou non l'existence de comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI :

Un quart de la population étudiée (25%) savait qu'un comité d'éthique existe au sein du CHU Mohammed VI (Figure 14).

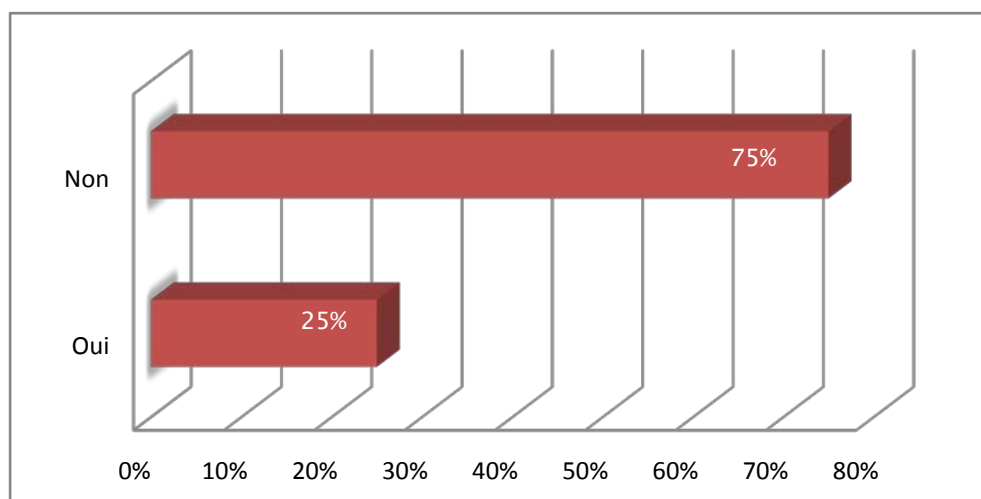


Figure 14: Répartition des sujets qui connaissaient ou non l'existence de comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI.

Nous avons proposé aux candidats ayant répondu par un « OUI » à la question précédente de choisir la ou les fonctions attribuables au comité d'éthique, par conséquent, chaque candidat avait droit à une ou plusieurs réponses.

Selon 36% des répondeurs le comité d'éthique avaient comme fonction la sensibilisation à l'éthique (Tableau III).

Tableau III : Fonctions du comité d'éthique selon les médecins.

Fonctions du comité d'éthique	Nombre de réponse	Pourcentage
Analyse de cas cliniques à problème	12	29%
Elaboration des lignes directrices et recommandations face aux problèmes éthiques	11	26%
Sensibilisation à l'éthique	15	36%
Autres	3	7%

Pour les sujets ayant répondu « NON », nous leur avons demandé s'ils souhaiteraient qu'un tel comité existe.

Soixante-et-onze personnes, soit 92.2% étaient en faveur alors que 6 personnes, soit 7.79% étaient contre (Figure 15).

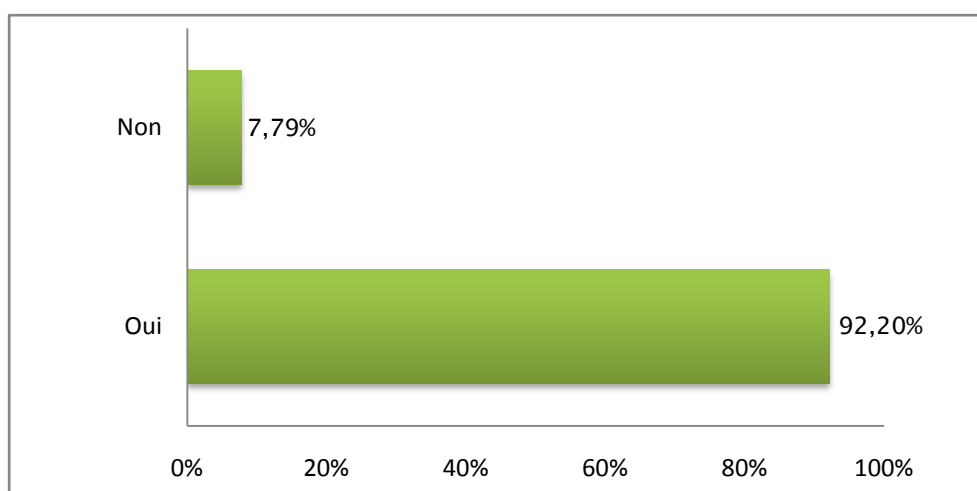


Figure 15: Répartition des sujets en fonction de leur souhait de l'existence d'un comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI.

2.10. Répartition des sujets selon leur souhait d'avoir ou non une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale :

La majorité des médecins (96%) avaient un avis favorable concernant la mise en place d'une unité d'information, d'éducation et de communication alors que 4% étaient contre (Figure 16).

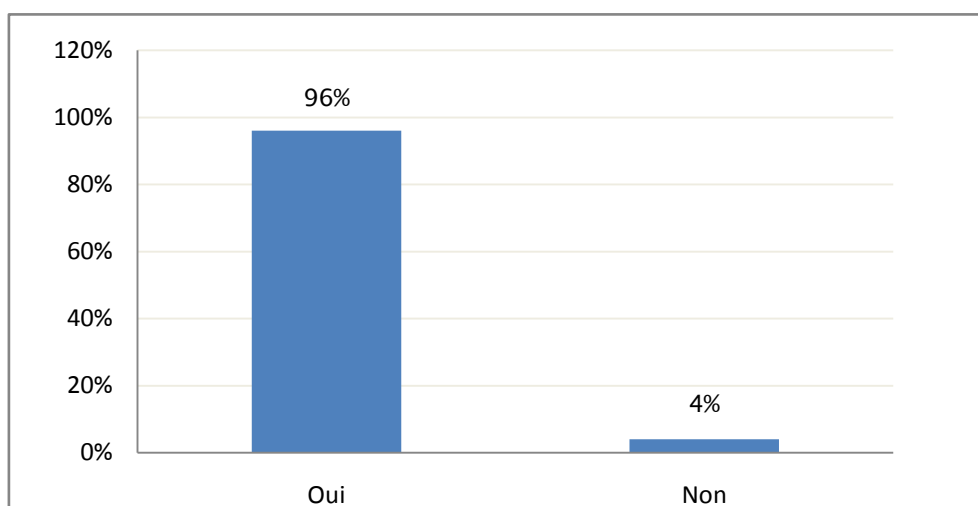


Figure 16: Répartition des sujets selon leur souhait d'avoir ou non une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

3. Attitudes et pratiques liées à l'éthique médicale :

3.1. Consentement (Tableau IV):

Les candidats ont jugé le consentement nécessaire lors des traitements chirurgicaux en premier lieu, suivi des traitements médicaux et puis des examens para-cliniques avec des pourcentages respectivement de 27.32%, 23.72% et de 18.91%. Et puis en dernier lieu l'examen clinique (18.31%) et l'interrogatoire (11.71%).

Tableau IV : Consentement en fonction de la procédure de soin selon les médecins.

	Nombre de réponse	Pourcentage
Interrogatoire	39	11.71%
Examen clinique	61	18.31%
Examen para-clinique	63	18.91%
Traitement médical	79	23.72%
Traitement chirurgical	91	27.32%

3.2. Information donnée au patient :

Dans notre étude (Figure 17) :

- Trente-cinq pourcent donnaient toujours des informations détaillées.
- Soixante pourcent donnaient souvent des informations détaillées.
- Cinq pourcent donnaient rarement des informations détaillées.

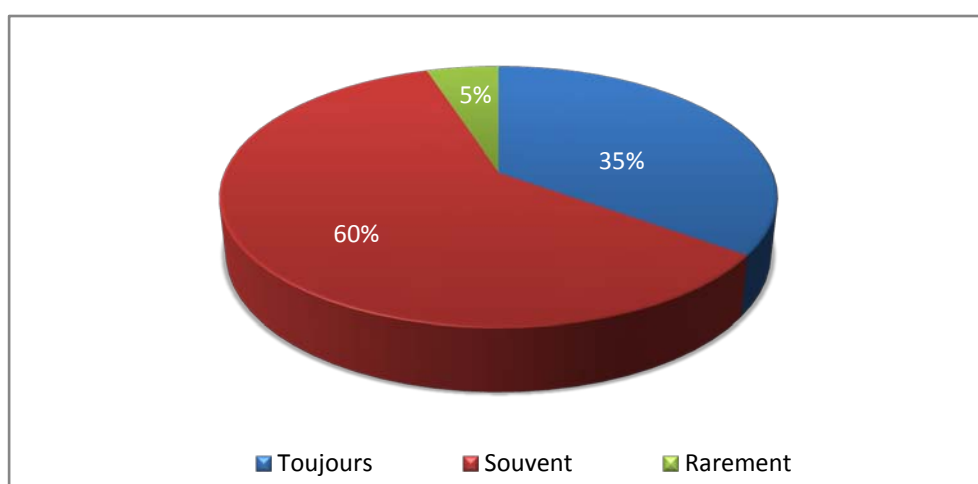


Figure 17: Répartition des sujets en fonction du degré de partage de l'information avec les patients.

3.3. Donner une information erronée au patient :

La majorité des sujets (70%) n'accepteraient pas de donner une information erronée au patient, alors que 6% étaient d'accord, et 24% préféraient agir au cas par cas (Figure 18).

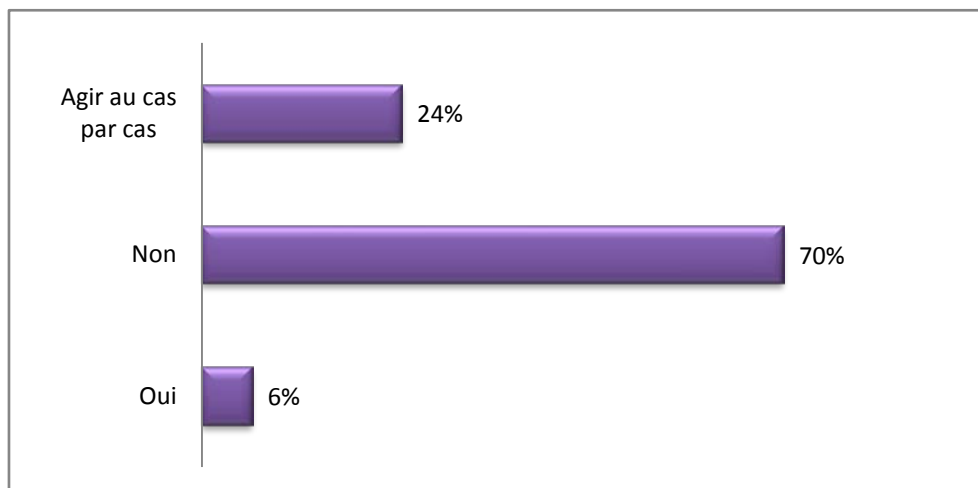


Figure 18: Répartition des médecins accepteraient ou non de donner une information erronée au patient.

3.4. Relativiser les risques pour obtenir facilement le consentement :

Dans notre étude, 21% de nos sujets estimaient qu'il faut savoir relativiser les risques associés à un traitement ou à une intervention pour obtenir l'adhésion d'un patient alors que 32% des médecins préféraient agir au cas par cas et 47% évoquaient la nécessité de rester sincères avec leurs patients (Figure 19).

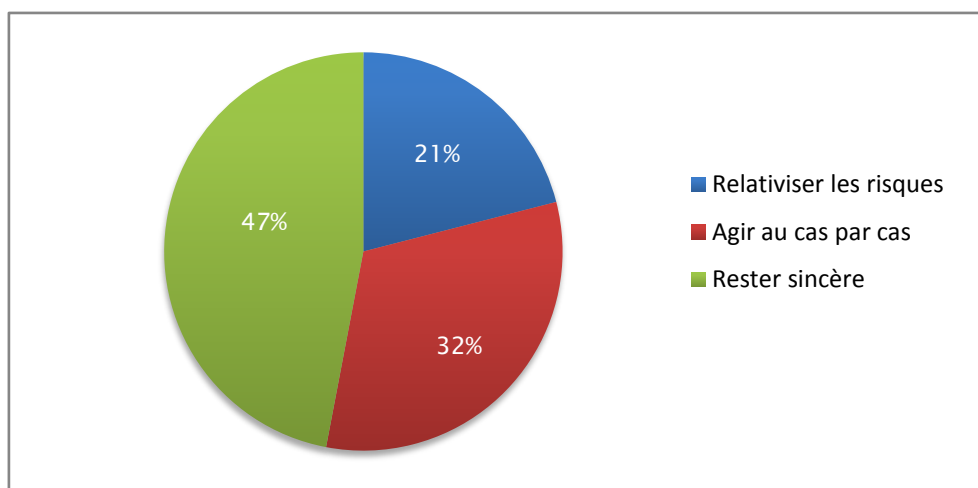


Figure 19: Répartition des médecins qui acceptaient ou non de relativiser les risques d'un traitement ou d'une intervention.

3.5. Aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement :

La majorité des médecins soit 41% n'étaient pas prêts à s'opposer à la volonté des proches, 36% étaient plus affirmatifs et se disaient prêts à s'opposer à la volonté de la famille s'il en va de l'intérêt du patient et les 23% restants considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances (Figure 20).

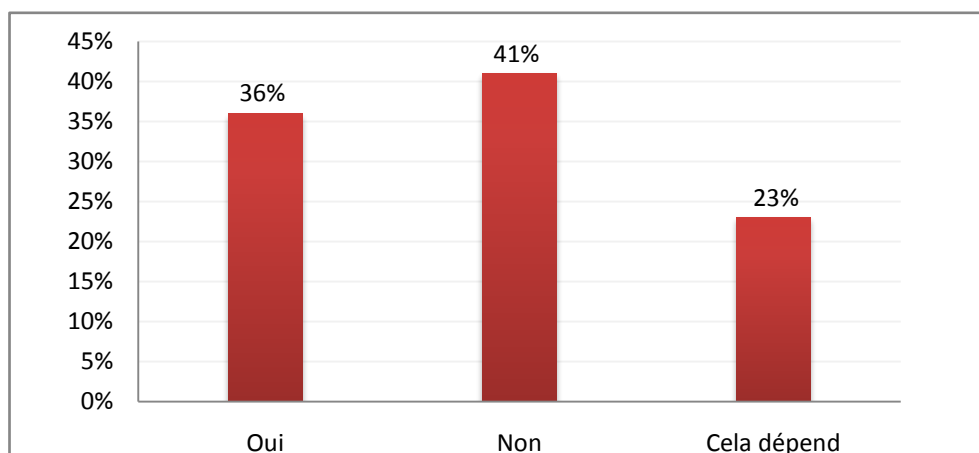


Figure 20: Répartition des médecins qui pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement.

3.6. Restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille :

Un médecin sur 5 (22%) accepterait de ne pas transmettre aux patients certaines informations à la demande de la famille, alors que 44% des médecins étaient toutefois prêts à satisfaire la famille si le contexte le justifie. Les 34% restants étaient contre (Figure 21).

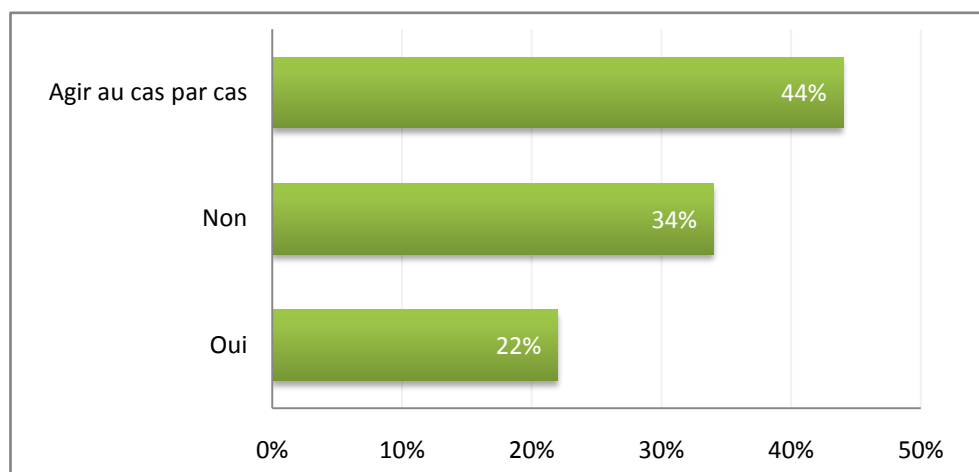


Figure 21: Répartition des médecins qui accepteraient ou non de restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille.

3.7. Révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient :

La majorité des médecins soit 41% étaient prêts à ne pas révéler une erreur médicale lorsque celle-ci ne nuit pas au patient, 35% considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances, alors que 24% n'étaient pas d'accord (Figure 22).

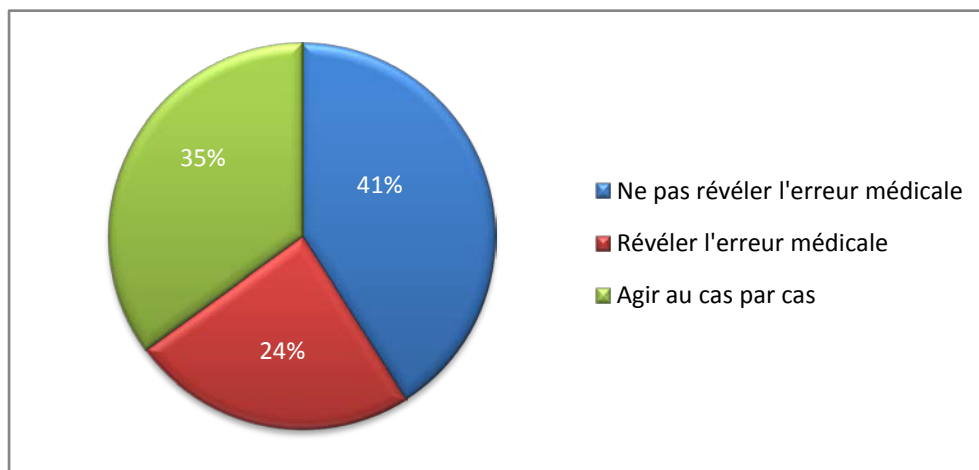


Figure 22: Répartition des médecins qui acceptaient ou non de révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient.

3.8. Révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient :

Pour la majorité des médecins interrogés (soit 67%), il est inacceptable de cacher une erreur médicale qui affectait le patient (Figure 23).

Près d'un médecin sur 5 (soit 24%) préférait agir au cas par cas, alors que seulement 9% acceptaient de ne pas révéler l'erreur médicale même si elle affecte le patient (Figure 23).

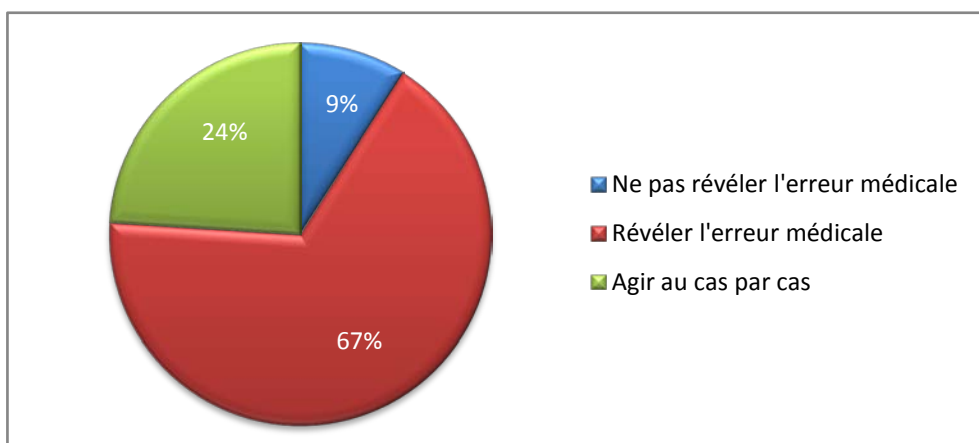


Figure 23: Répartition des médecins qui acceptaient ou non de révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient.

3.9. Prescrire un placebo à un patient qui réclame un traitement avec insistance alors qu'il n'en a pas besoin :

Dans notre série la plupart des médecins, soit 66%, prescrivait un traitement inactif à un patient exigeant alors que 16% préféraient agir au cas par cas. Alors que 18% des médecins préféraient ne pas le donner (Figure 24).

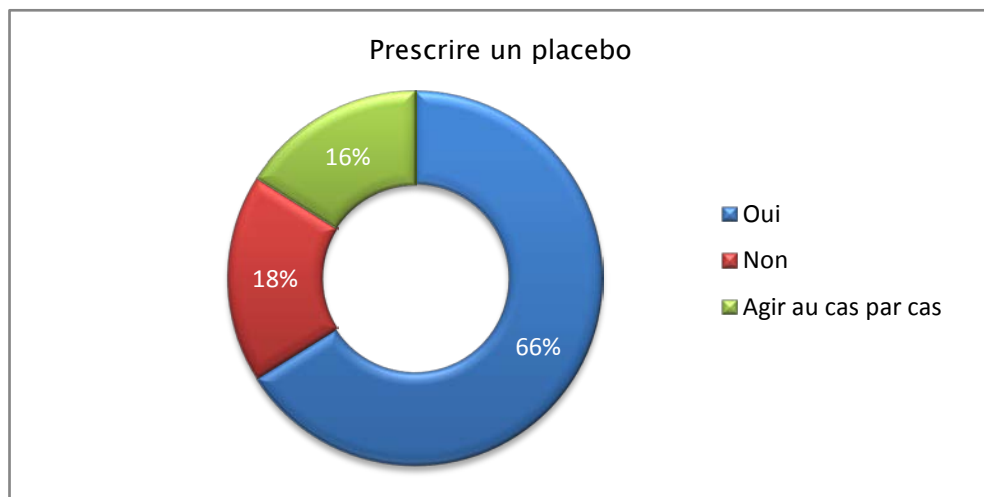


Figure 24: Répartition des médecins qui étaient prêts ou non à prescrire un placebo à un patient qui réclame un traitement dont il n'a pas besoin.

3.10. Rompres le secret médical :

Un médecin sur 3 (soit 34%) estimait que la confidentialité concernant un patient peut être rompue dans l'objectif de préserver la santé d'une tierce personne, alors que 32% des médecins préféraient agir au cas par cas. Le tiers restant était contre (Figure 25).

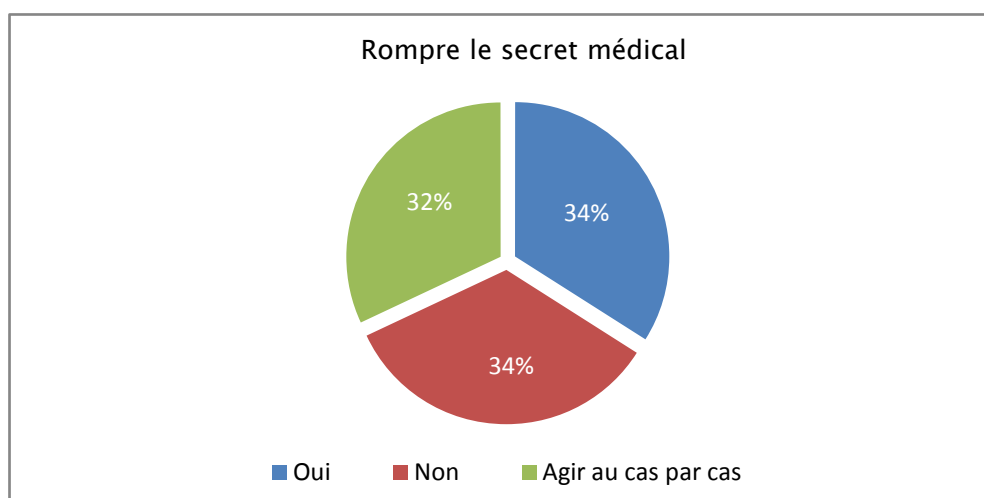


Figure 25: Répartition des médecins qui acceptaient ou non de rompre le secret médical.

3.11. Appliquer un traitement pour maintenir le patient en vie même si l'issue est fatale :

Deux médecins sur 5 (soit 41%), recommanderaient et appliqueraient un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale alors que 29% des médecins étaient contre. 30% qui restaient préféraient décider au cas par cas (Figure 26).

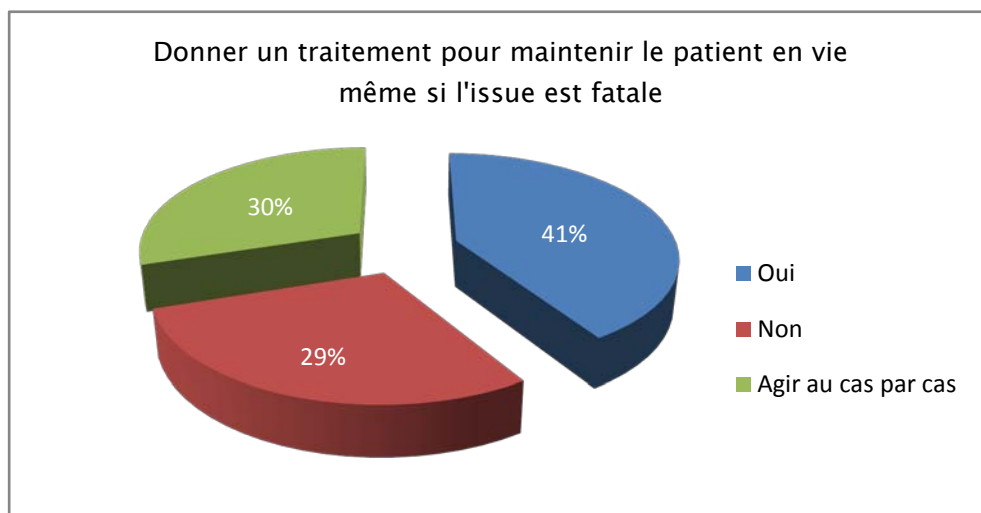


Figure 26: Répartition des médecins qui recommanderaient ou non un traitement pour maintenir le patient en vie même si l'issue est fatale.

3.12. Autoriser l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté :

La majorité des médecins (soit 74%) refusaient l'autorisation de l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté, 14% étaient d'accord et 12% préféraient décider au cas par cas (Figure 27).

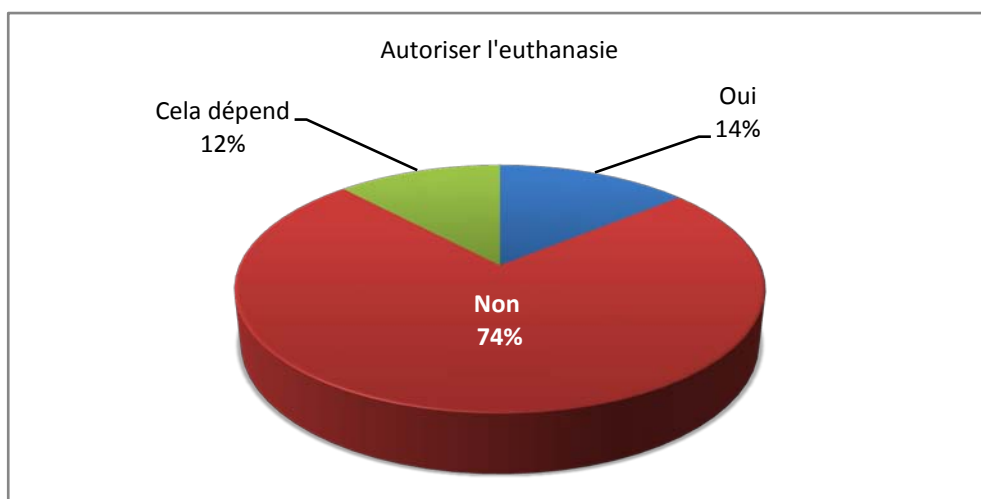


Figure 27: Répartition des médecins selon s'ils acceptaient ou non l'euthanasie.

3.13. Dissimuler les informations sur un diagnostic en phase terminale ou préterminale afin de maintenir la motivation du patient :

Dissimuler les informations sur un diagnostic grave est une attitude adoptée par 45% des médecins. 39% de la population n'était pas d'accord, alors que 26% préféraient décider au cas par cas (Figure 28).

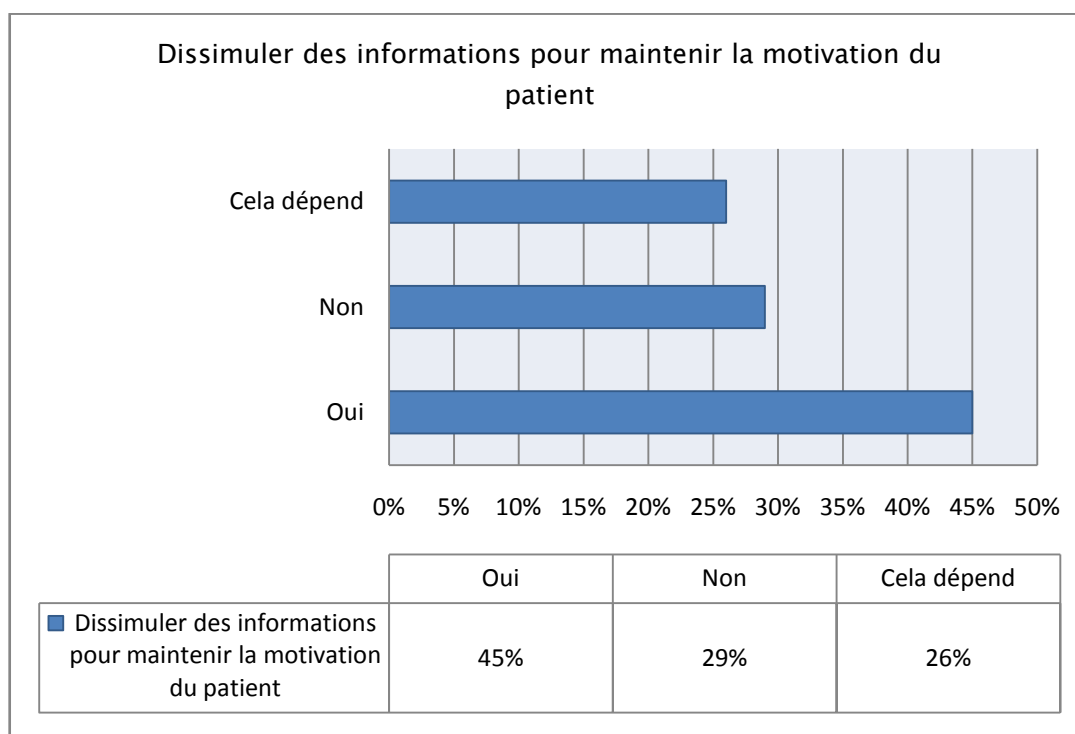


Figure 28: Répartition des avis des médecins qui acceptaient ou non de dissimuler les informations pour maintenir la motivation du patient.

3.14. Apporter des soins intensifs à un nouveau-né qui en cas de survie aura assurément une qualité de vie altérée :

Plus que la moitié (58%) des médecins étaient en faveur de la réanimation d'un nouveau-né, dont les séquelles seraient lourdes et irréversibles en cas de survie (Figure 29).

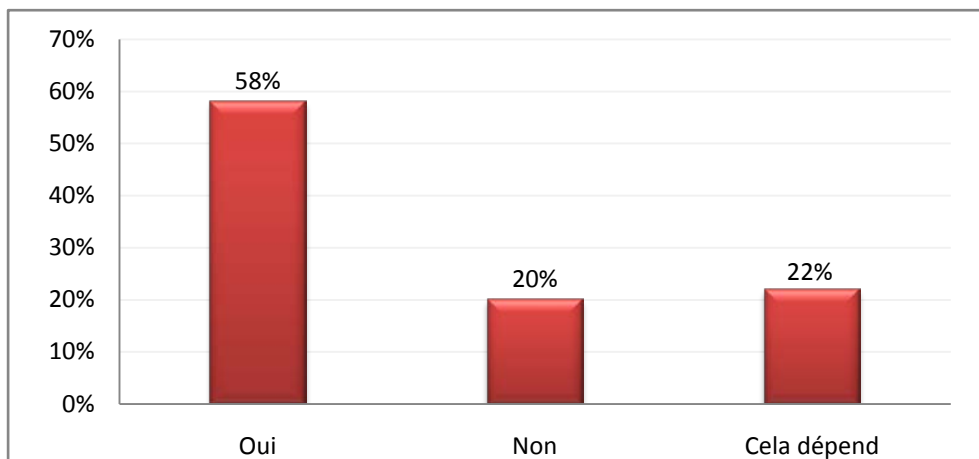


Figure 29: Répartition des sujets qui apportaient ou pas les soins intensifs à un nouveau-né qui en cas de survie aura assurément une qualité de vie altérée.

3.15. Pratiquer une IVG sans indication médicale même si cela va à l'encontre des croyances des médecins :

Dans notre étude 56% des médecins refusaient de pratiquer une IVG, alors que 26% des sujets étaient prêts à effectuer une IVG même si cette pratique était contre leurs principes. Et 18% des médecins préféraient agir au cas par cas (Figure 30).

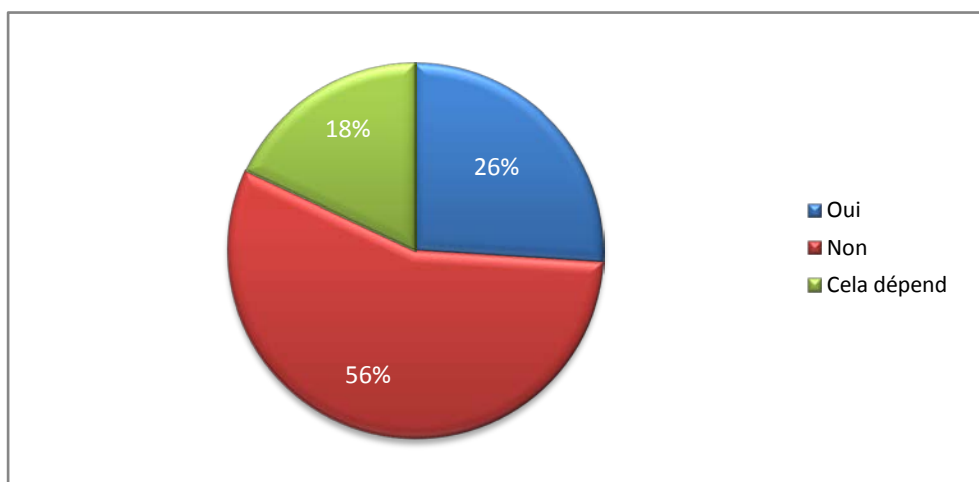


Figure 30: Répartition des médecins selon s'ils pratiqueraient ou non une IVG sans indication médicale.

3.16. Informier un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour réaliser un acte dont il a besoin :

La majorité des médecins (87%) étaient prêt à informer un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour réaliser un acte dont il a besoin, 6% le refusaient, et 7% décidaient au cas par cas (Figure 31).

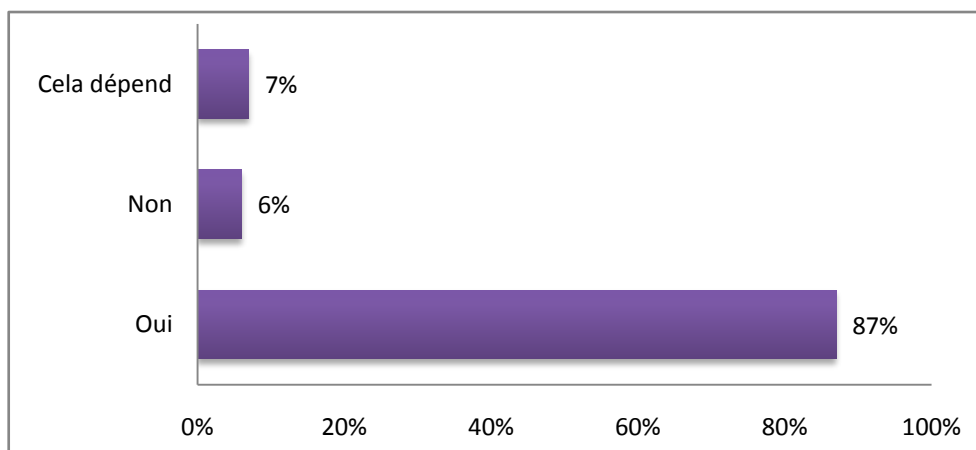


Figure 31: Répartition des médecins qui informaient ou non un patient sur l'activité d'un autre praticien.

3.17. Signaler la pratique d'un médecin collègue qui se trouve altérée par l'alcool, la drogue ou une maladie :

Presque la moitié des médecins (49%) étaient prêt à signaler la pratique d'un médecin qui se trouve altérée par l'alcool, la drogue ou une maladie. Vingt-deux pourcent des sujets n'étaient pas prêts à signaler une pratique altérée (Figure 32).

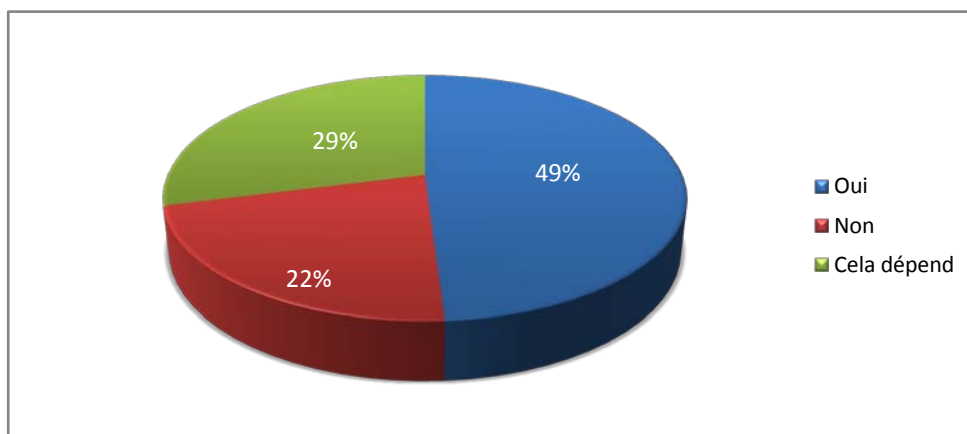


Figure 32: Répartition des médecins qui étaient prêt à signaler ou non la pratique d'un médecin collègue qui se trouve altérée.

3.18. Contrôle aléatoire des médecins :

Dans notre étude 64% des médecins étaient d'accord avec un contrôle aléatoire des médecins sur la consommation d'alcool ou de drogue alors que 21% étaient contre (Figure 33).

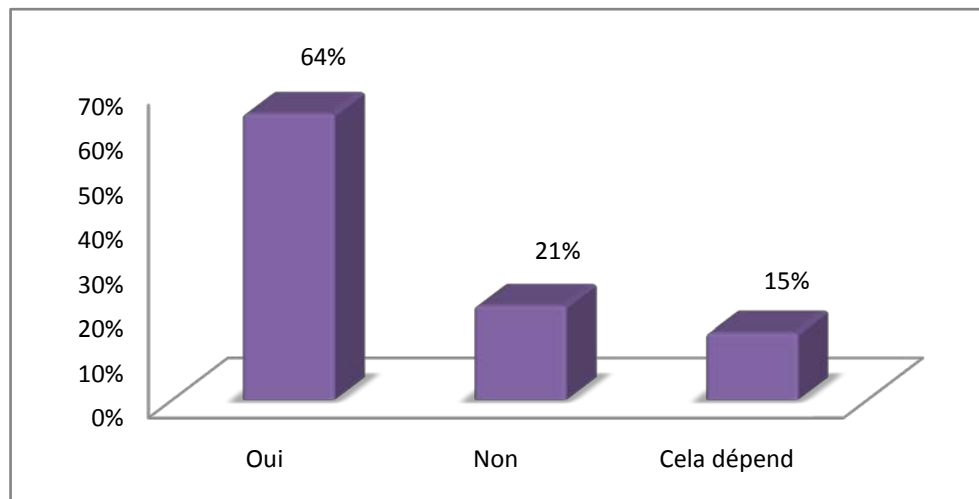


Figure 33: Répartition des sujets pour ou contre un contrôle aléatoire des médecins pour vérifier l'absence d'abus d'alcool ou de consommation de drogue.

3.19. Influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicale :

La moitié des médecins pouvaient entretenir des relations avec l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sans que leur prescription en soit modifiée. 30% des médecins considéraient au contraire que l'influence est inévitable (Figure 34).

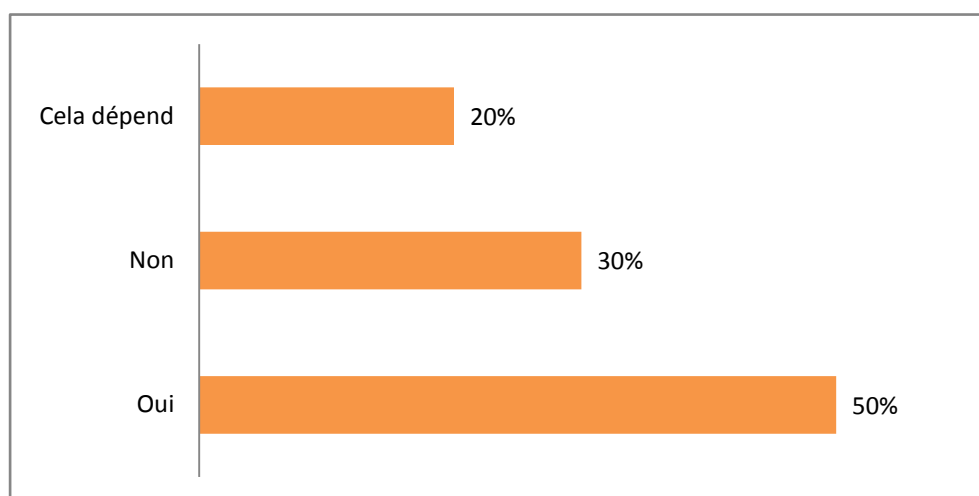


Figure 34: Répartition des médecins selon l'influence ou non par l'industrie pharmaceutique.

3.20. Signaler une violence domestique ou maltraitance :

La majorité des médecins (73%) ne signaleraient pas une violence domestique ou maltraitance (Figure 35).

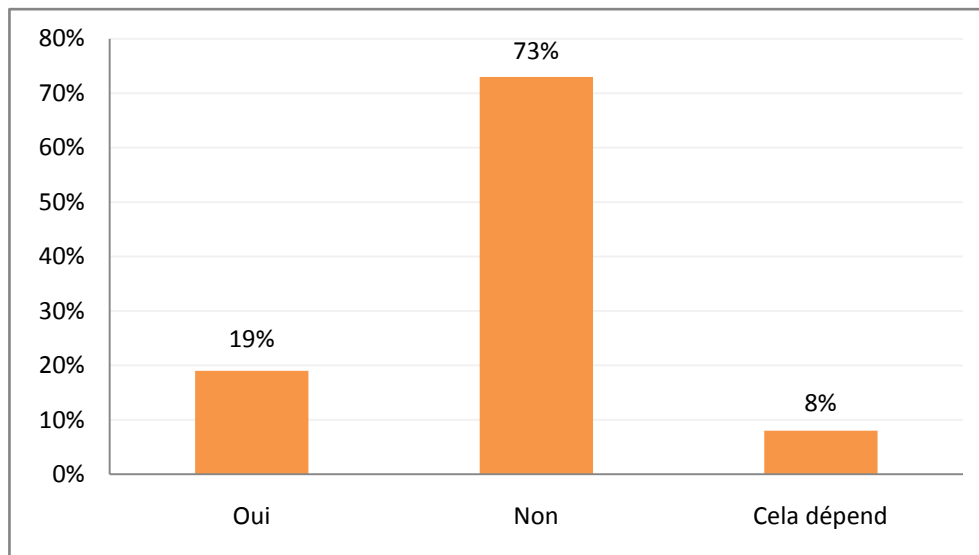


Figure 35: Répartition des médecins selon s'ils signaleraient ou pas une violence domestique ou une maltraitance.

3.21. Accepter qu'un praticien s'engage dans une relation sexuelle ou amoureuse avec un patient :

La majorité des sujets soit 79% étaient contre, 6% étaient pour (Figure 36).

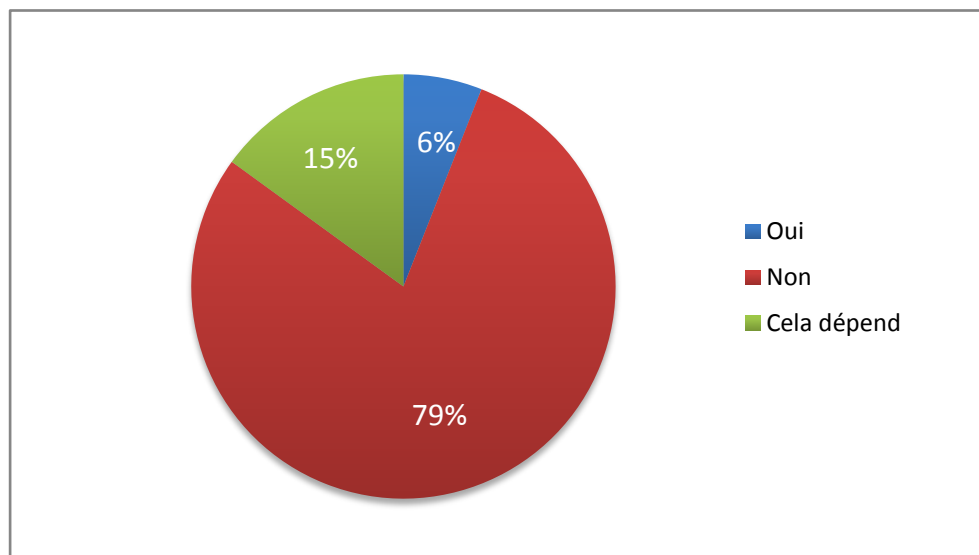


Figure 36: Répartition des médecins qui acceptaient ou non à s'engager dans une relation sexuelle ou amoureuse avec un patient.

3.22. Patient ne respectant pas les recommandations concernant le traitement devrait-il contribuer d'avantage au financement de l'assurance maladie ?

Par rapport à cette question 42% étaient contre, 35% étaient pour (Figure 37).

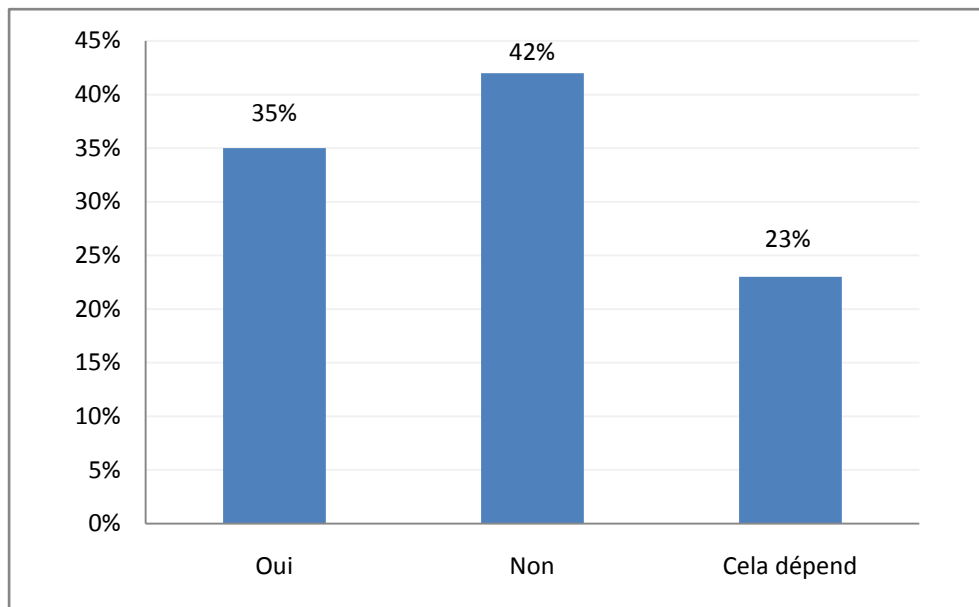


Figure 37: Répartition des avis pour ou contre le financement d'avantage de l'assurance maladie par les patients ne respectant pas les recommandations concernant leurs traitements.

II. Analyse bi variée :

Après les résultats descriptifs, nous avons réalisé une étude bi-variée afin de déterminer les facteurs influençant les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins concernant l'éthique médicale.

1. Corrélations entre les connaissances en éthique et les années de résidanat:

1.1. Répartition des médecins résidents qui avaient reçu ou non une formation en éthique médicale lors du cursus universitaire :

La majorité des médecins résidents en 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} année avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique lors de leur cursus universitaire, alors que la moitié (50%) des médecins résidents en 4^{ème} année n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors du cursus universitaire (Figure 38).

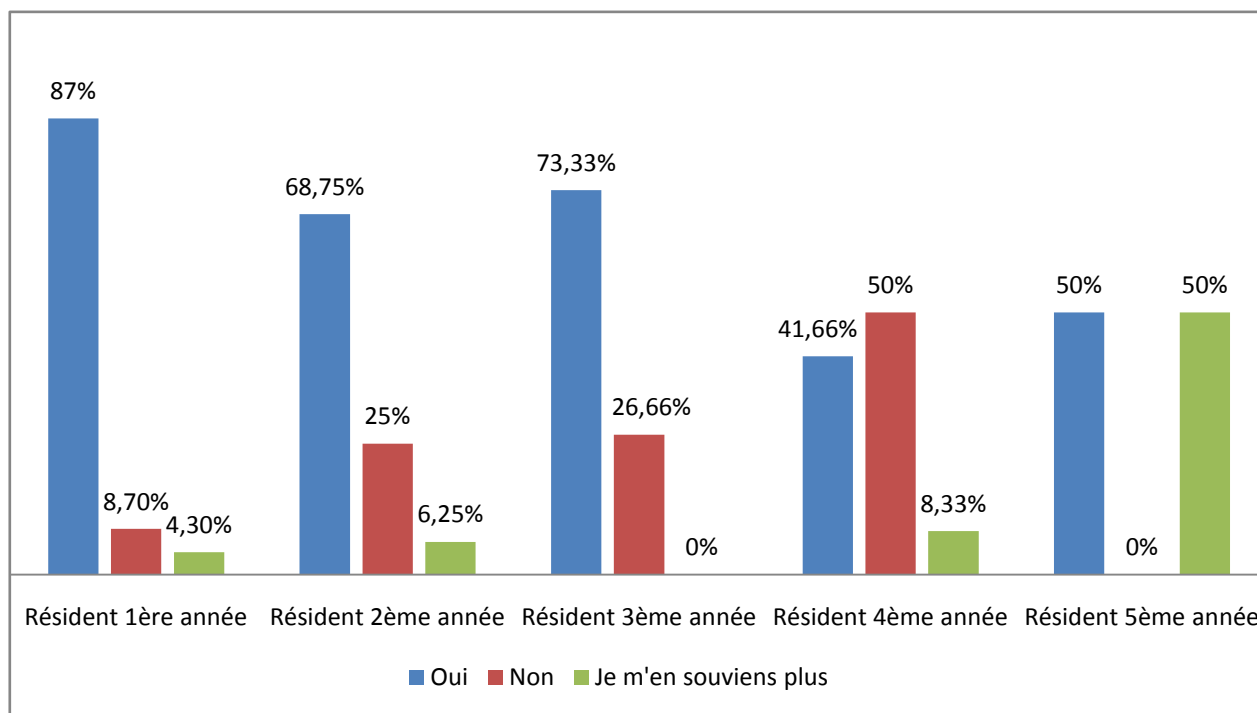


Figure 38: Pourcentage des médecins résidents qui avaient reçu ou non une formation en éthique médicale lors du cursus universitaire.

1.2. Répartition des médecins résidents qui avaient reçu ou non une formation éthique lors de l'exercice professionnel :

La majorité des médecins résidents en 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} année n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors de l'exercice professionnel, et la totalité des médecins résidents en 2^{ème} et 5^{ème} année ne l'avaient pas reçu au cours de l'exercice professionnel (Figure 39).

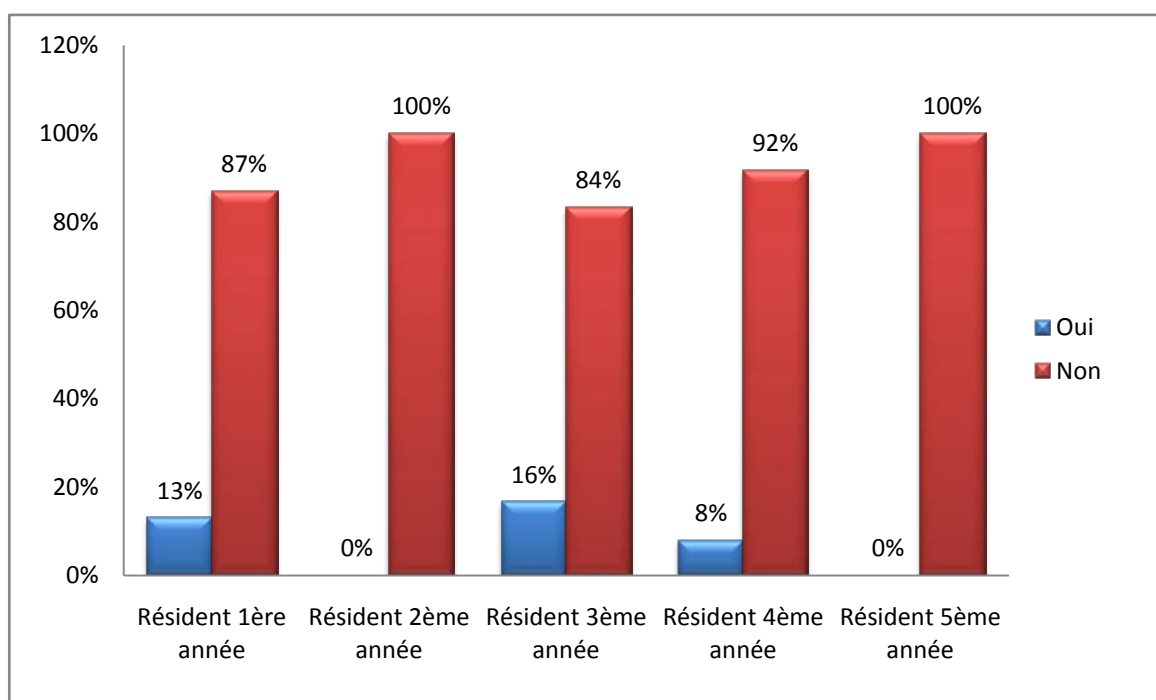


Figure 39: Pourcentage des médecins résidents qui avaient reçu ou non une formation en éthique médicale lors de l'exercice professionnel.

2. Corrélations entre les attitudes et pratiques en éthique médicale et les années de résidanat:

2.1. Les médecins résidents et l'information donnée au patient :

La majorité des médecins résidents en 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} année donnaient souvent des informations détaillées au patient et 50% des médecins résidents en 4^{ème} année donnaient toujours des informations détaillées au patient (Figure 40).

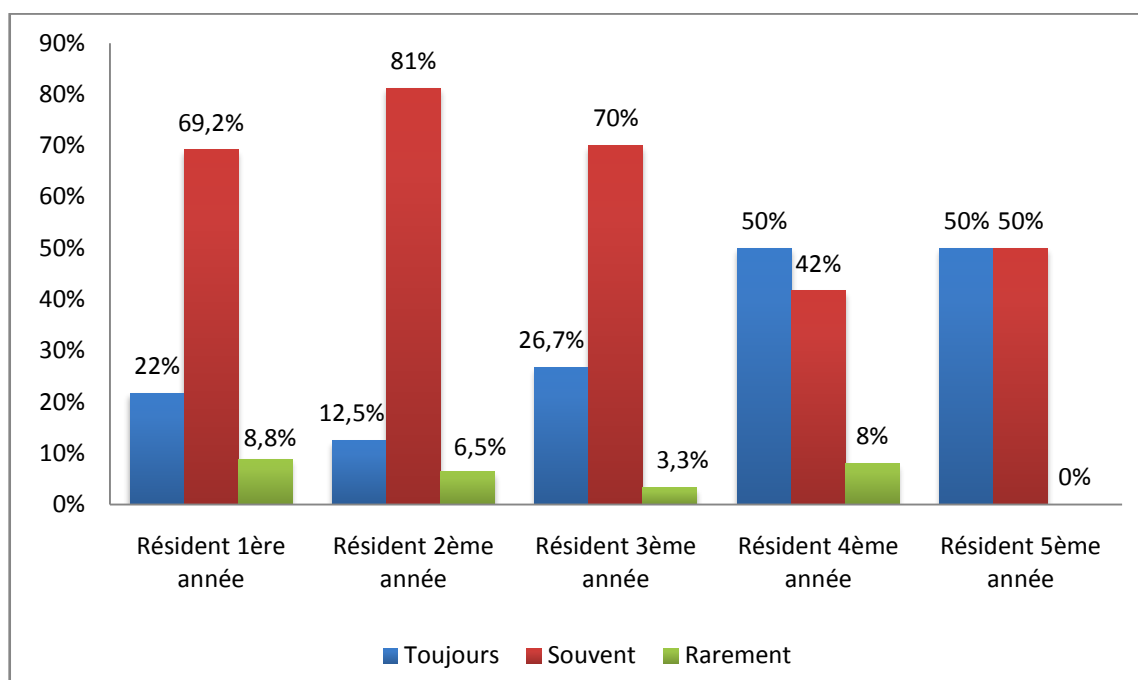


Figure 40: Pourcentage des résidents qui donnaient toujours, souvent ou rarement une information détaillée à tout patient sur sa maladie, traitements et autres.

2.2. Les médecins résidents prêts ou non à relativiser le risque d'une intervention pour obtenir facilement le consentement du patient :

Presque la majorité des médecins résidents, toutes promotions confondues refusaient de relativiser les risques d'une intervention afin d'obtenir facilement le consentement du patient (Figure 41).

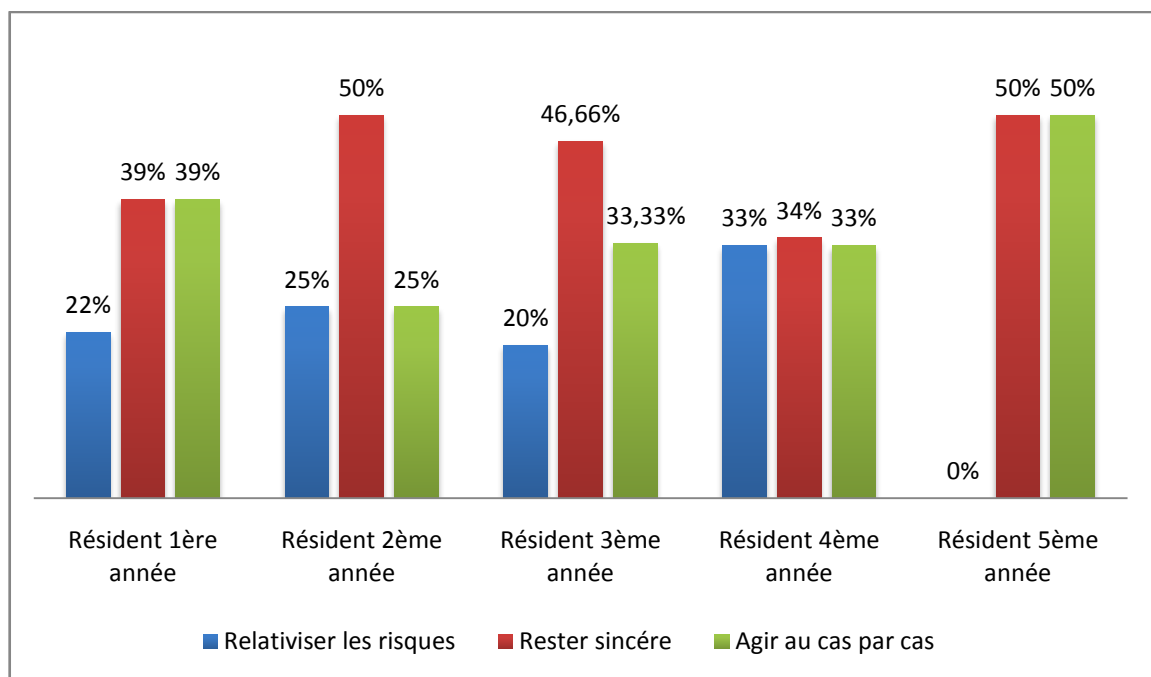


Figure 41: Pourcentage des résidents qui étaient prêts ou non à relativiser les risques d'une intervention ou d'un traitement pour obtenir plus facilement le consentement du patient.

2.3. Les médecins résidents qui pourraient aller ou non contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital :

Presque la majorité des médecins résidents en 1^{ère} , 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} année , refusaient d'aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital, alors que la moitié (50%) des médecins résidents en 4^{ème} année étaient prêts à aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement s'il en va l'intérêt du patient (Figure 42).

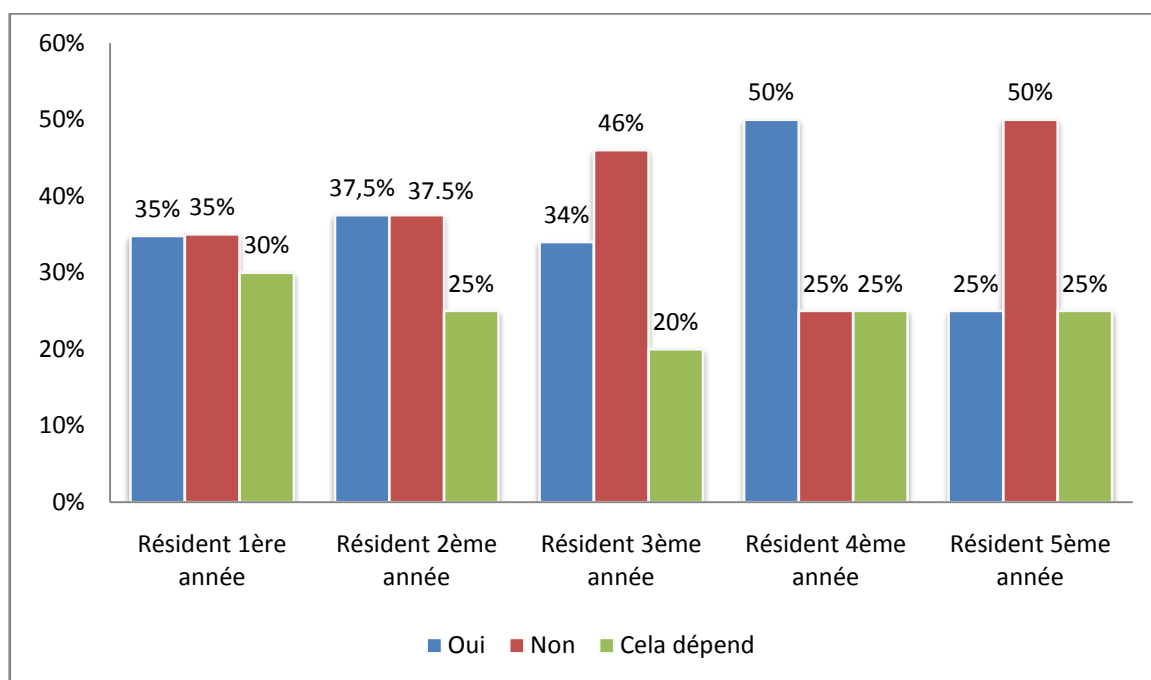


Figure 42: Pourcentage des résidents qui pourraient aller ou non contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital.

2.4. Les médecins résidents et la révélation d'une erreur médicale qui n'affecte pas le patient :

La majorité des médecins résidents en 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année, n'étaient pas prêts à révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient, alors que 47.82% des médecins résidents en 1^{ère} année préféraient agir au cas par cas (Figure 43).

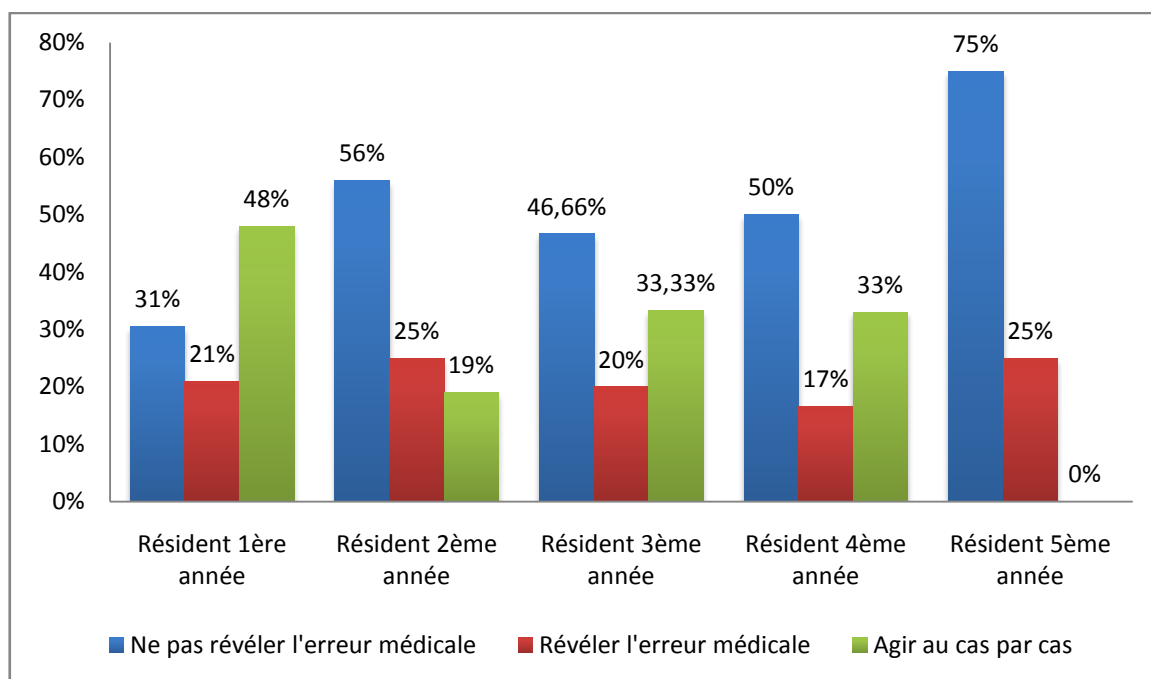


Figure 43: Pourcentage des résidents qui étaient prêts ou non à révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient.

2.5. Les médecins résidents et la révélation d'une erreur médicale qui affecte le patient :

La majorité des médecins résidents en 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année, refusaient de cacher une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient, et la moitié (50%) des médecins résidents en 5^{ème} année préféraient agir en fonction des circonstances (Figure 44).

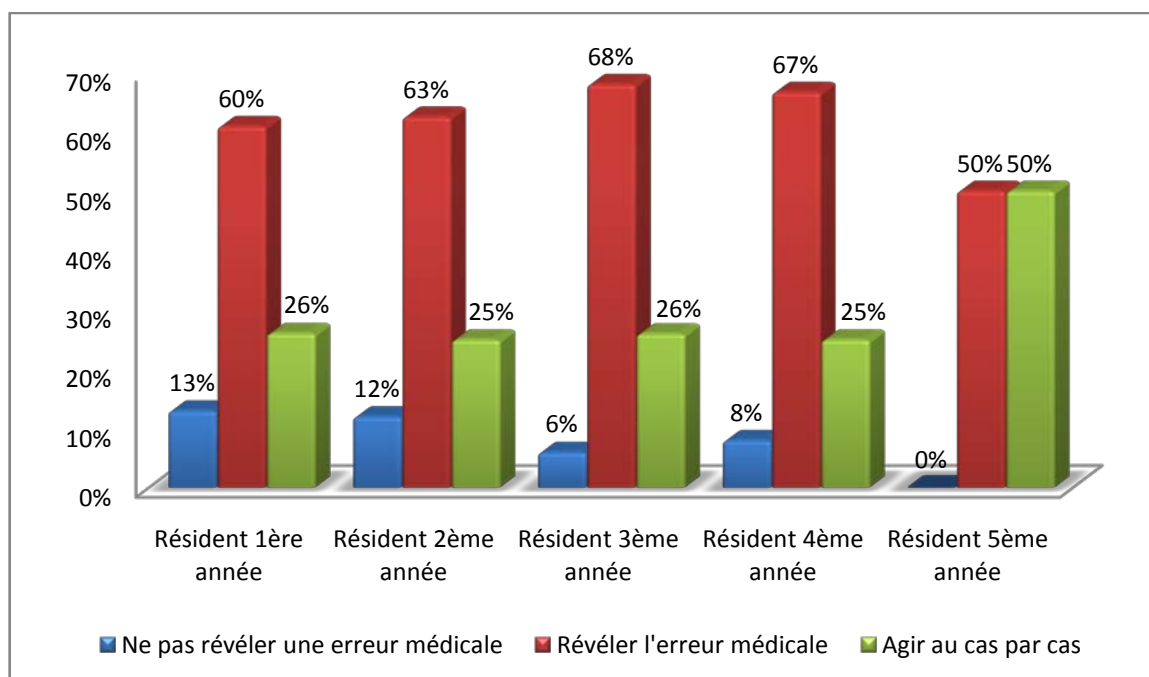


Figure 44: Pourcentage des résidents qui étaient prêts ou non à révéler une erreur médicale même si elle affecte le patient.

3. Corrélations entre les connaissances des médecins en éthique médicale et la spécialité médicale ou chirurgicale :

3.1. Répartition des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors du cursus universitaire :

La majorité de nos médecins avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique lors du cursus universitaire quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 45).

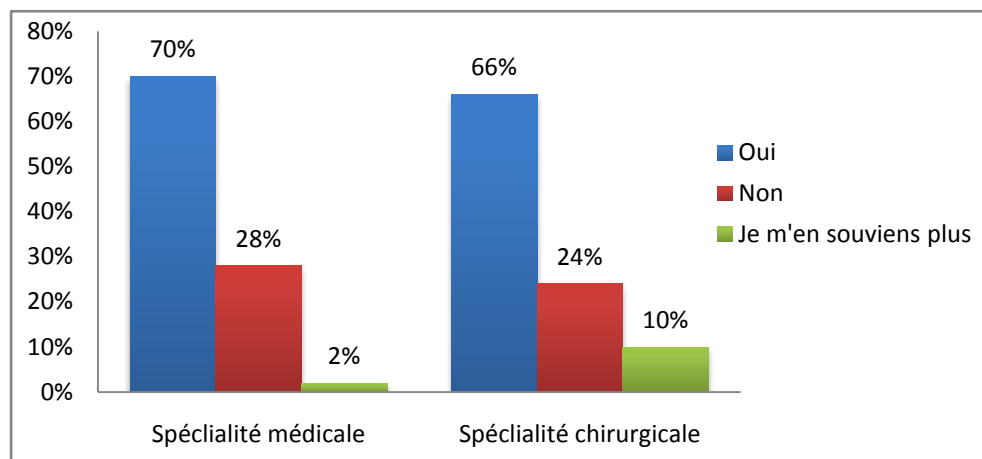


Figure 45: Pourcentage des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors du cursus universitaire.

3.2. Répartition des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors de l'exercice professionnel :

Dans notre étude la majorité des médecins n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique au cours de l'exercice professionnel quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 46).

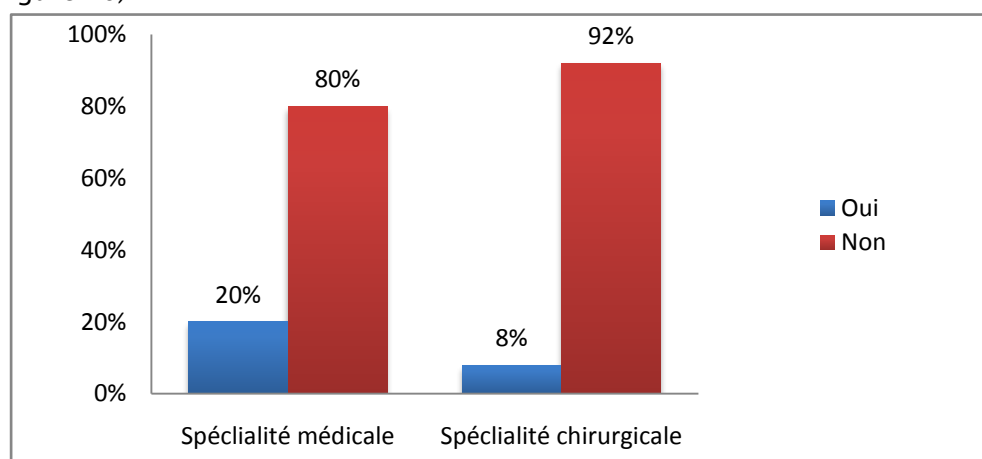


Figure 46: Pourcentage des médecins qui avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique médicale au cours de l'exercice professionnel.

4. Corrélations entre les attitudes et pratiques des médecins et la spécialité médicale ou chirurgicale:

4.1. Répartition des médecins selon l'information donnée au patient :

Nous avons trouvé que la majorité des médecins donnaient une information détaillée au patient quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 47).

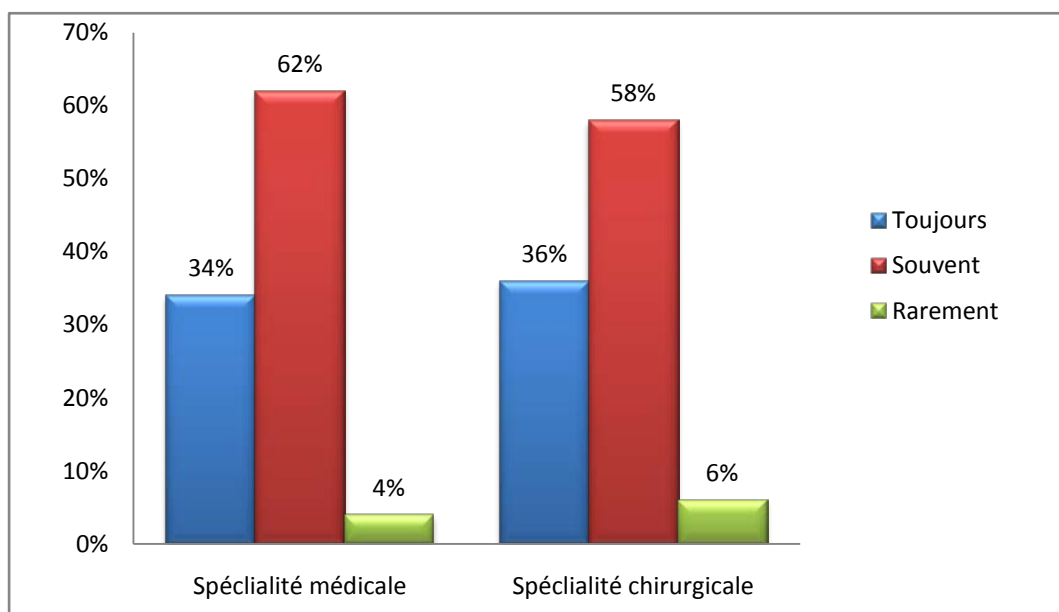


Figure 47: Pourcentage des médecins qui donnaient toujours, souvent ou rarement des informations détaillées au patient sur sa maladie et son traitement.

4.2. Répartition des médecins qui étaient prêts ou non à relativiser les risques d'une intervention :

La majorité des médecins n'étaient pas prêts à relativiser les risques d'une intervention afin d'obtenir facilement le consentement du patient quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 48).

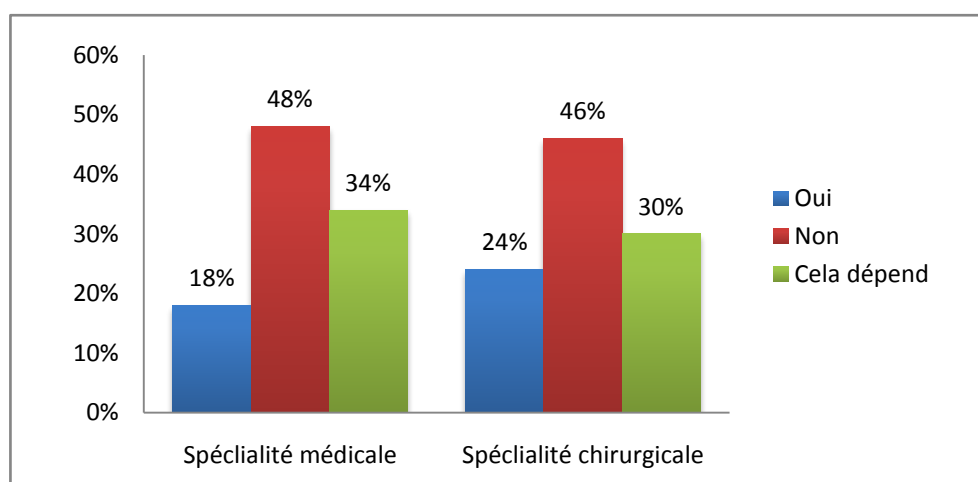


Figure 48: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à relativiser les risques d'une intervention afin d'obtenir facilement le consentement du patient.

4.3. Répartition des médecins qui pourraient aller ou non contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital au patient :

La plupart des médecins chirurgiens (46%) n'étaient pas prêts à s'opposer à la volonté de la famille (Figure 49).

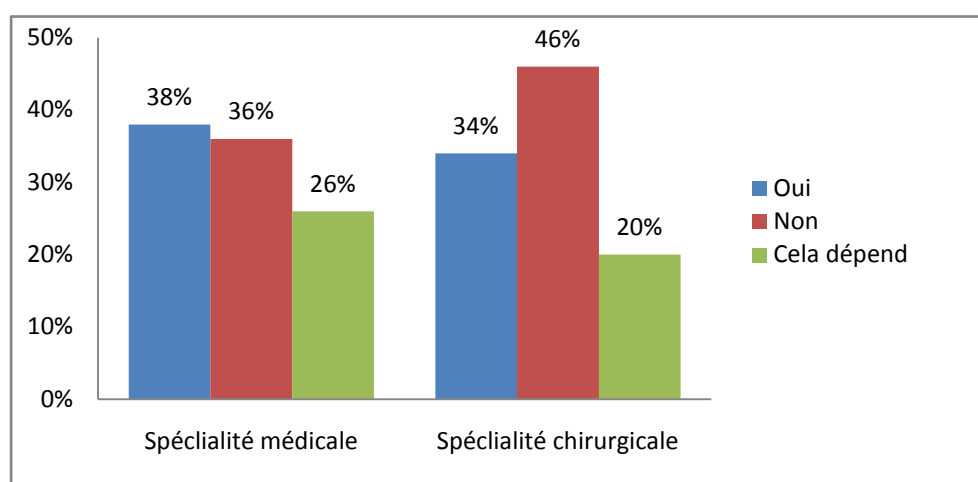


Figure 49: Pourcentage des médecins qui pourraient aller ou non contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital au patient.

4.4. Répartition des médecins qui accepteraient ou non de révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient :

Nous avons trouvé que la majorité des médecins accepteraient de ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 50).

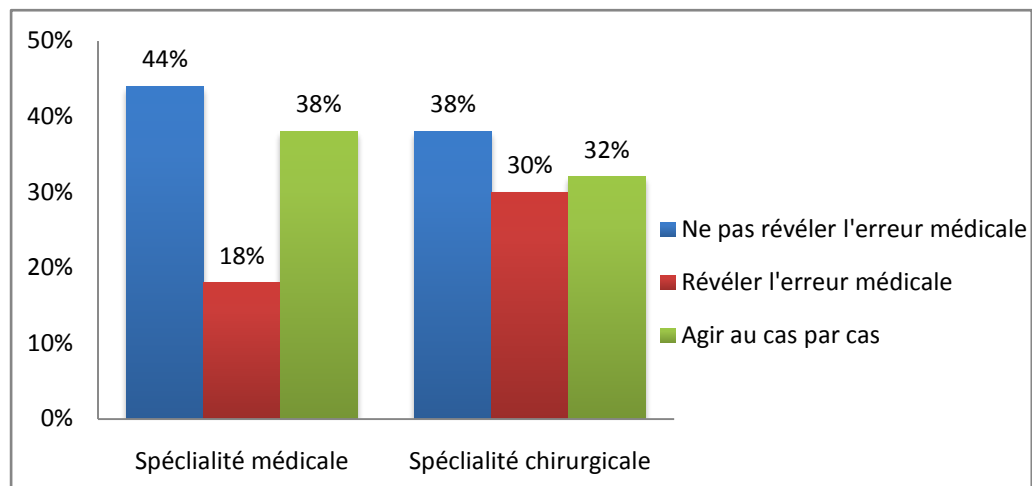


Figure 50 : Pourcentage des médecins qui accepteraient ou non de ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient.

4.5. Répartition des médecins qui accepteraient ou non de révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient :

La plupart des médecins étaient prêts à révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 51).

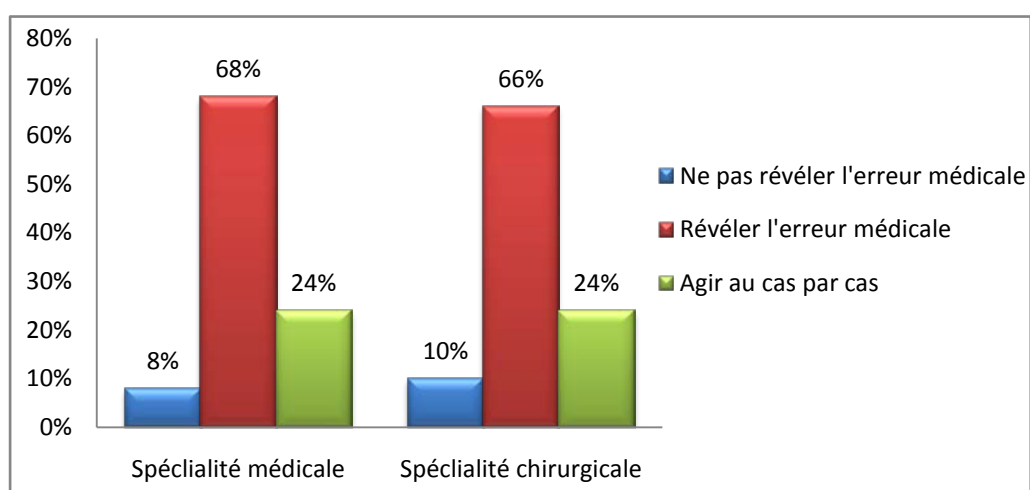


Figure 51: Pourcentage des médecins qui accepteraient de révéler ou non une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient.

4.6. Répartition des médecins qui accepteraient ou non de prescrire un placebo :

La majorité de nos médecins étaient prêts à prescrire un placebo quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,104$) (Figure 52).

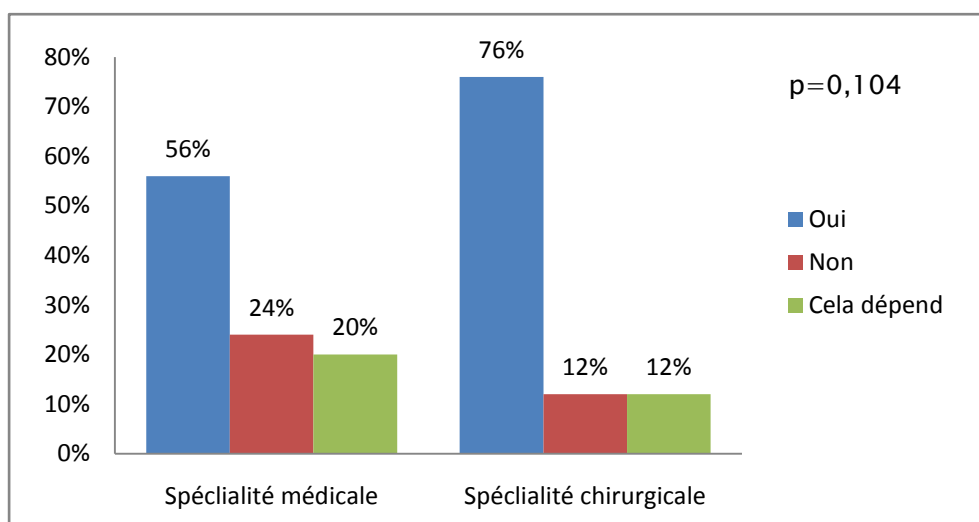


Figure 52: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à prescrire un placebo.

4.7. Répartition des médecins qui acceptaient ou non de rompre le secret médical :

Trente pourcent des médecins de spécialité médicale étaient prêts à rompre le secret médical afin de protéger autrui, contre 38% des médecins de spécialité chirurgicale (Figure 53).

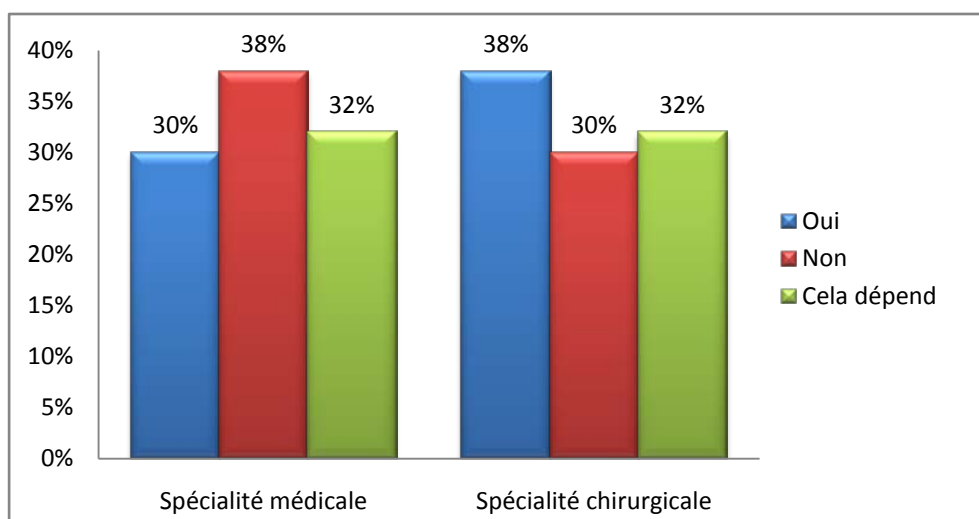


Figure 53: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à rompre le secret médical afin de protéger autrui.

4.8. Répartition des médecins qui appliqueraient ou non un traitement vital même si l'issue est fatale :

La majorité des praticiens appliqueraient un traitement vital même si l'issue est fatale quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 54).

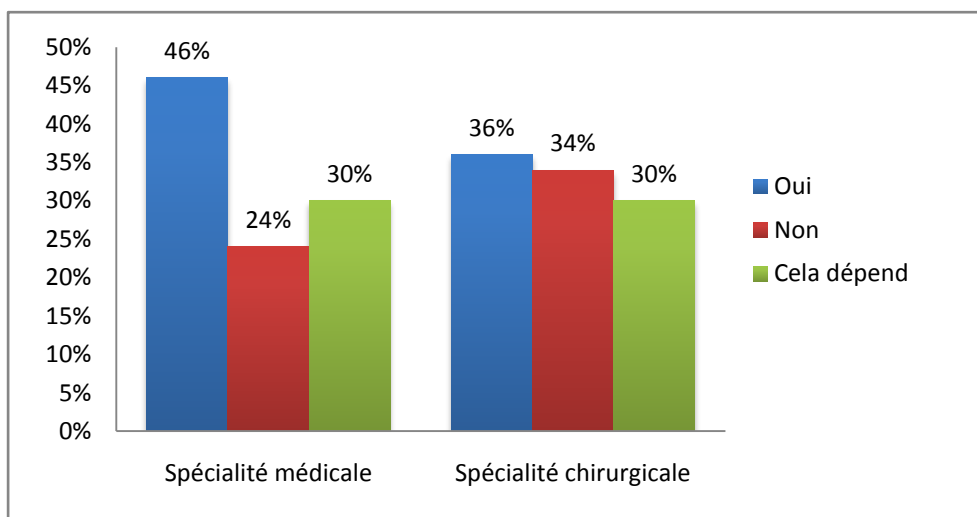


Figure 54: Pourcentage des médecins qui appliqueraient ou non un traitement vital même si l'issue est fatale.

4.9. Répartition des médecins qui accepteraient ou non l'autorisation de l'euthanasie :

La majorité des médecins refusaient l'autorisation de l'euthanasie quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,0045$) (Figure 55).

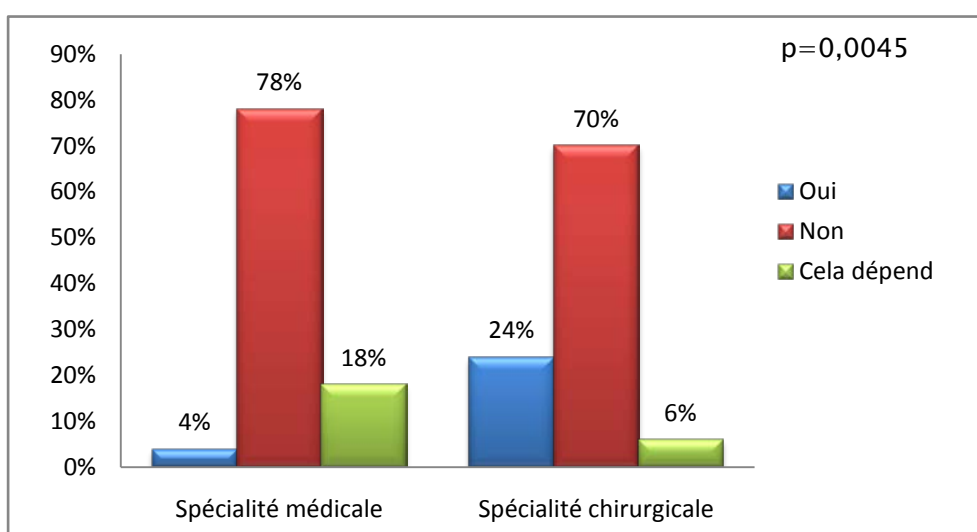


Figure 55: Pourcentage des médecins qui accepteraient l'euthanasie.

4.10. Répartition des médecins qui étaient prêts ou non à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient :

Dans notre étude 54% des chirurgiens étaient prêts à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient, contre 36% des médecins qui avaient une spécialité médicale (Figure 56).

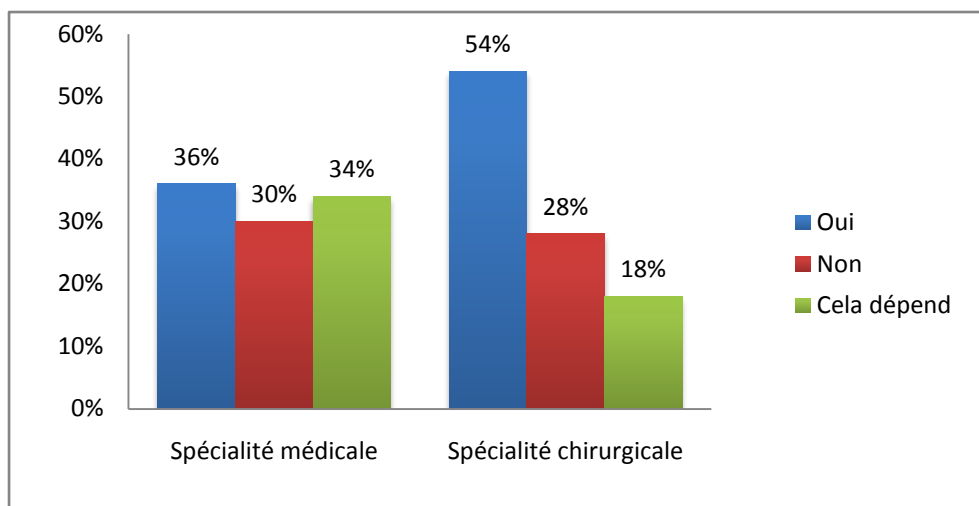


Figure 56: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient.

4.11. Répartition des médecins qui appliqueraient ou non une IVG :

La majorité des praticiens refusaient de pratiquer une IVG, quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 57).

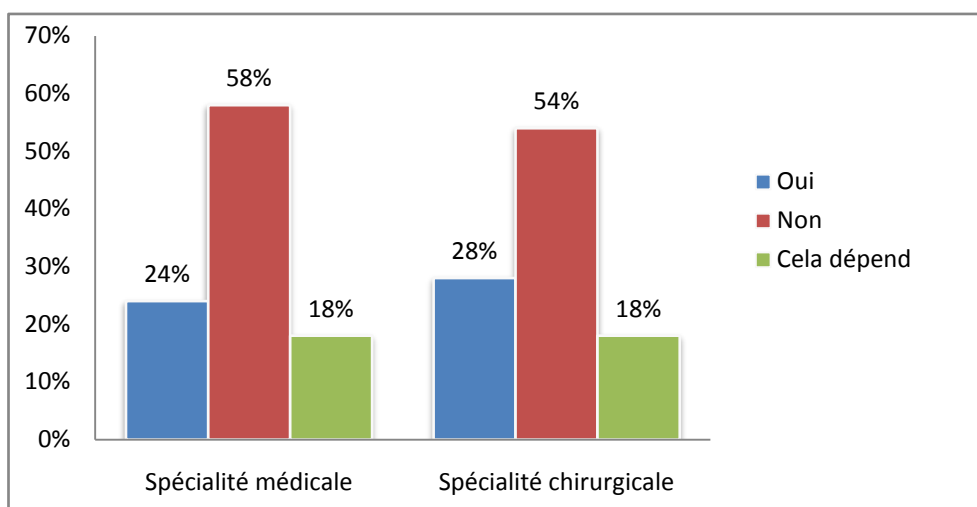


Figure 57: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à pratiquer une IVG.

4.12. Répartition des médecins qui accepteraient ou non d'informer un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin :

La majorité des praticiens accepteraient d'informer un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin, quel que soit leur spécialité médicale ou chirurgicale (Figure 58).

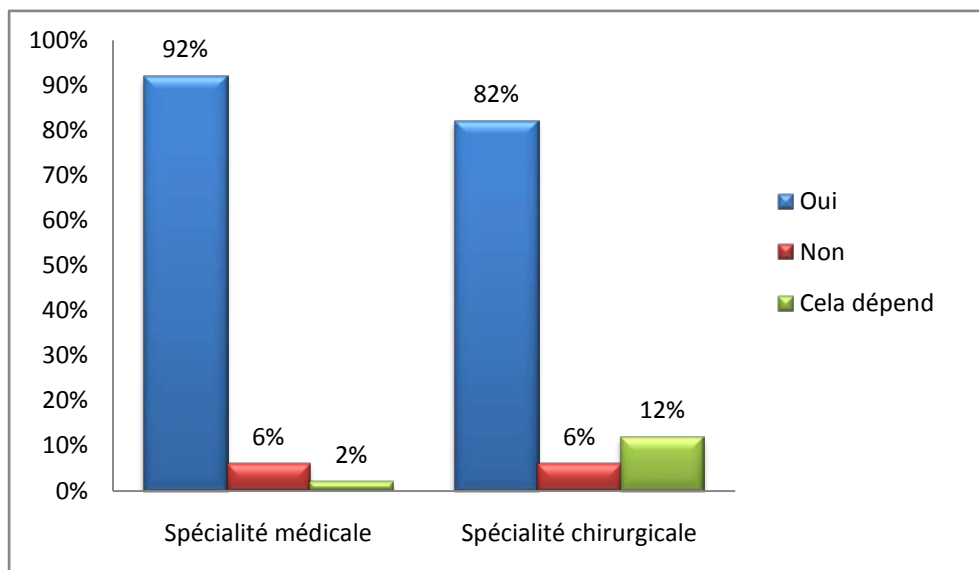


Figure 58: Pourcentage des médecins qui accepteraient d'informer ou non un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin.

5. Corrélations entre la formation en domaine d'éthique médicale et les connaissances des médecins en éthique médicale :

5.1. Connaissance de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie médicale au Maroc :

Presque la moitié des médecins (48.5%) qui avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique, connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Maroc et la majorité des médecins qui n'avaient pas reçu de formation, ignoraient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie au Maroc. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,275$) (Figure 59).

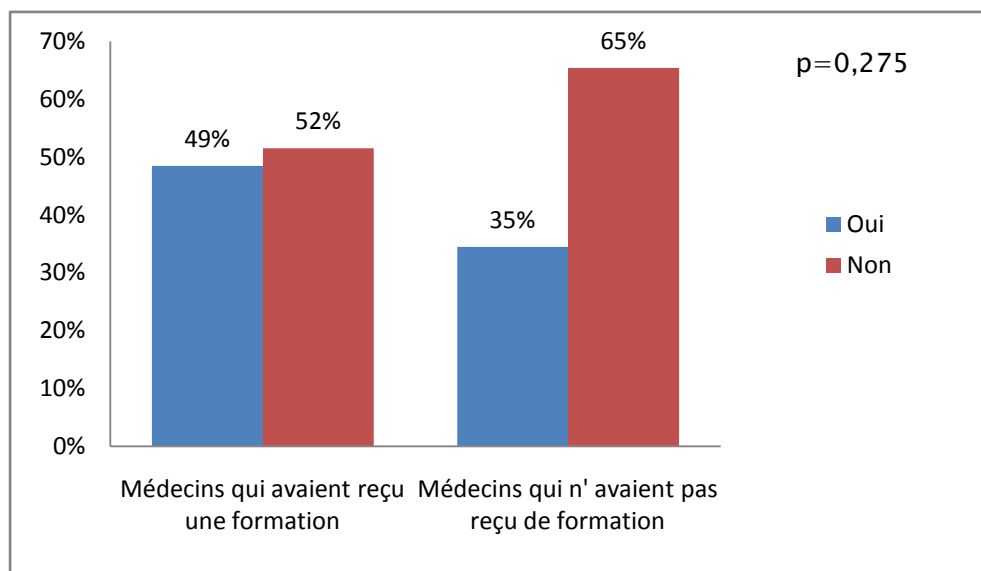


Figure 59: Existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Maroc.

5.2. Connaissance des principes d'éthique médicale :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique ignoraient les principes d'éthique médicale (Figure 60).

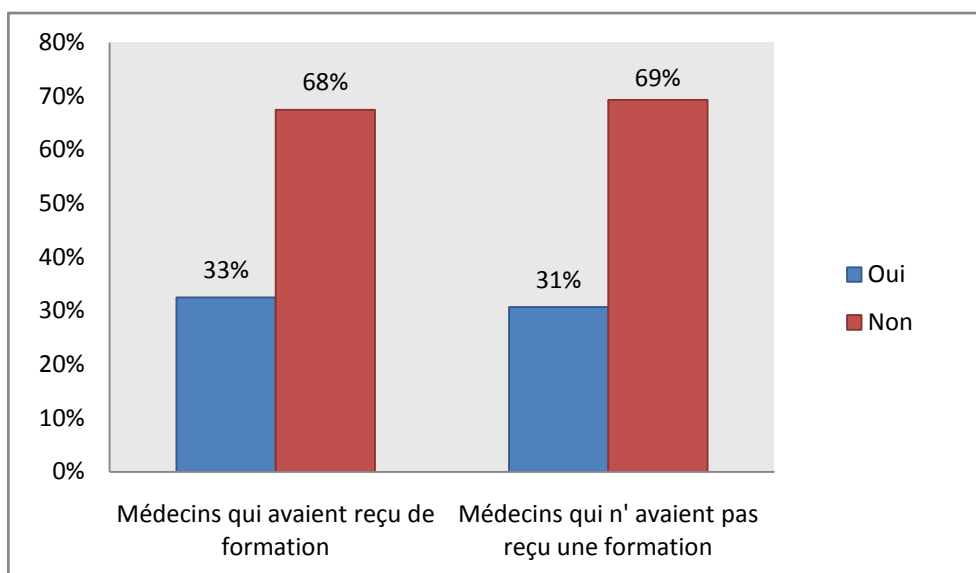


Figure 60: Connaissance des principes d'éthique médicale.

5.3. Existence d'un comité d'éthique au Maroc :

Plus des 2/3 des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale ignoraient l'existence d'un comité d'éthique au Maroc (Figure 61).

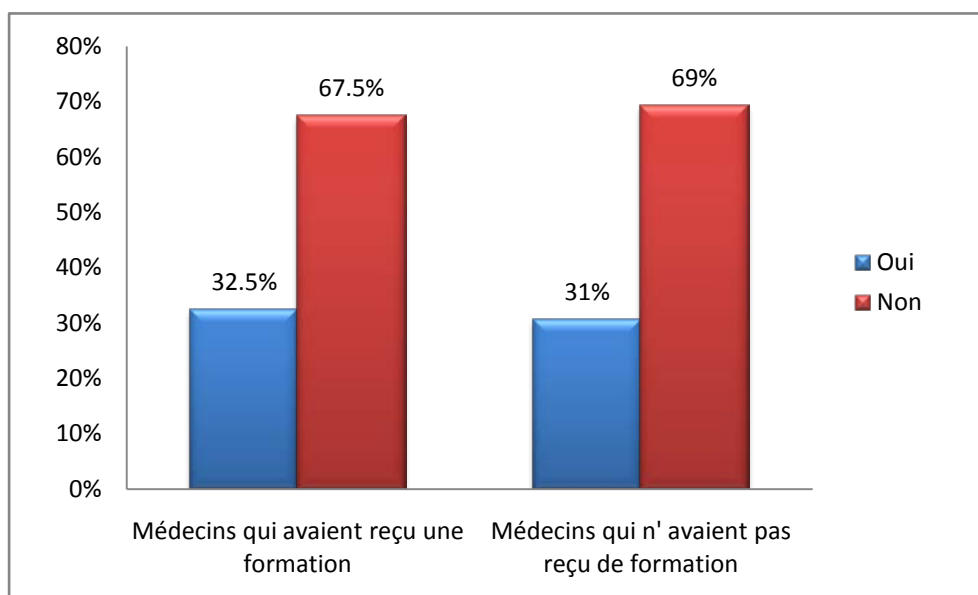


Figure 61: Existence d'un comité d'éthique au Maroc.

6. Corrélations entre la formation en domaine d'éthique médicale et les attitudes et pratiques des médecins :

6.1. Information donnée au patient :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique, donnaient souvent des informations détaillées au patient (Figure 62).

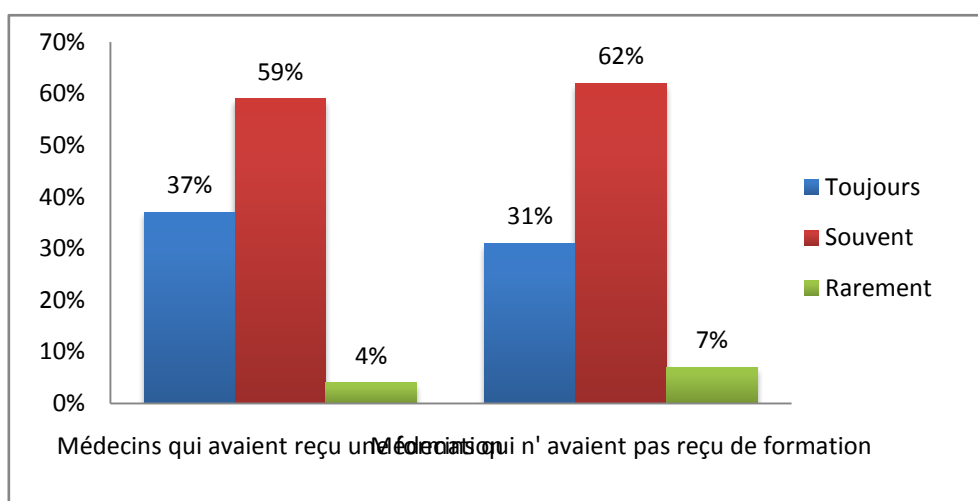


Figure 62: Information donnée au patient.

6.2. Relativiser les risques pour obtenir facilement le consentement :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale préféraient rester sincères avec leurs patients (Figure 63).

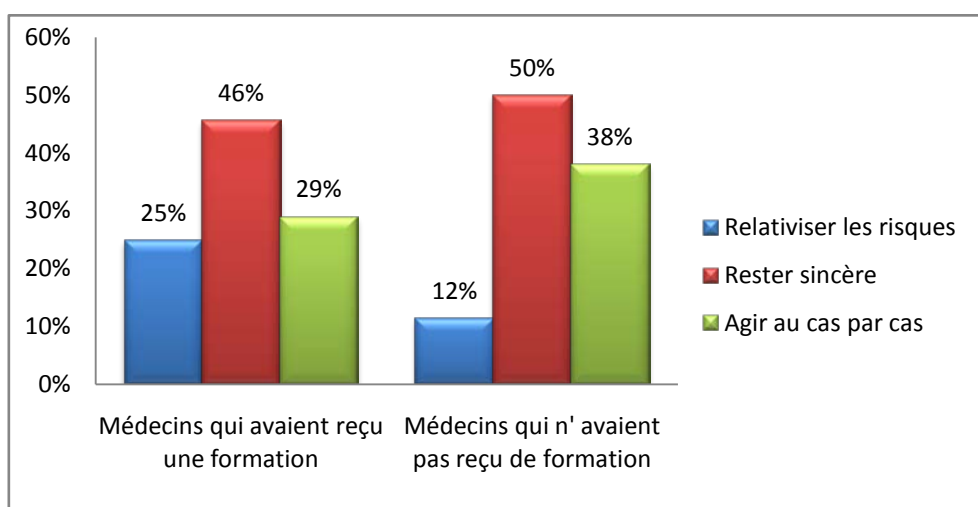


Figure 63: Relativiser les risques pour obtenir facilement le consentement.

6.3. Aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement :

La majorité des médecins qui avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à s'opposer à la volonté de la famille et maintenir un traitement, contre 30.75% des médecins qui n'avaient pas reçu de formation (Figure 64).

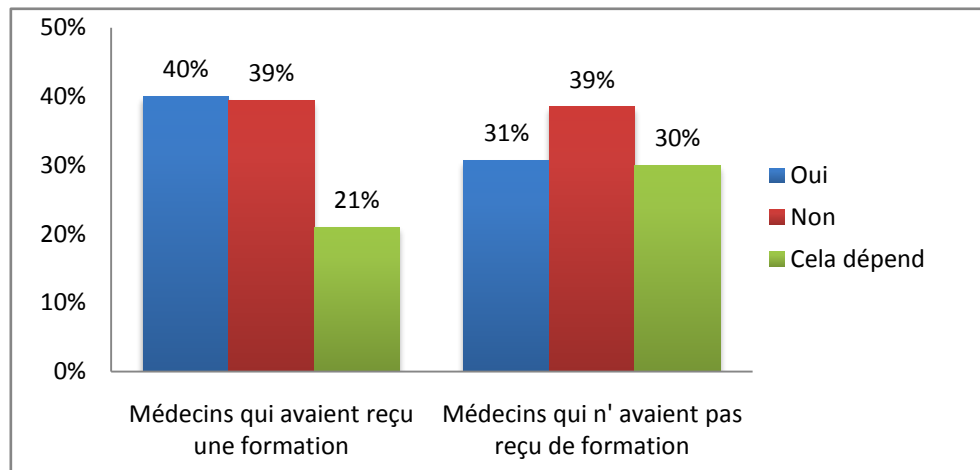


Figure 64: Aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement.

6.4. Révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient :

Quarante et un pourcent des médecins qui avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient et seulement 34.6% des médecins qui n'avaient pas reçu de formation étaient prêts à cacher l'erreur médicale. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,409$) (Figure 65).

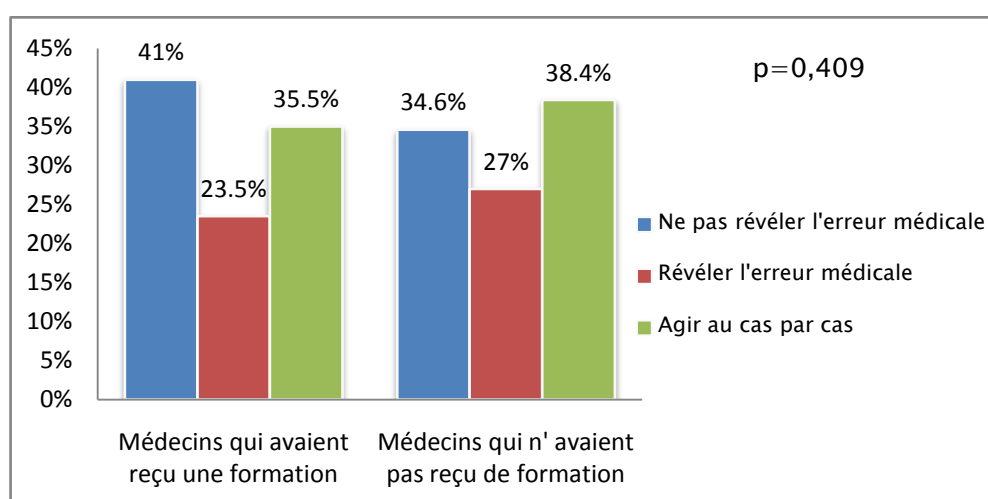


Figure 65: Révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient.

6.5. Révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,180$) (Figure 66).

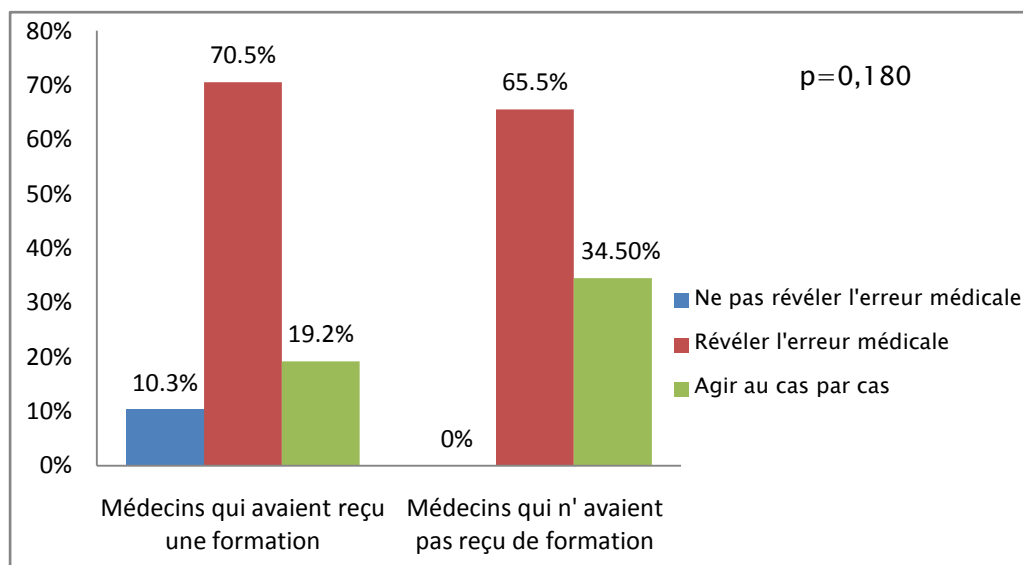


Figure 66: Révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient.

6.6. Prescrire un placebo :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à prescrire un placebo à un patient exigeant (Figure 67).

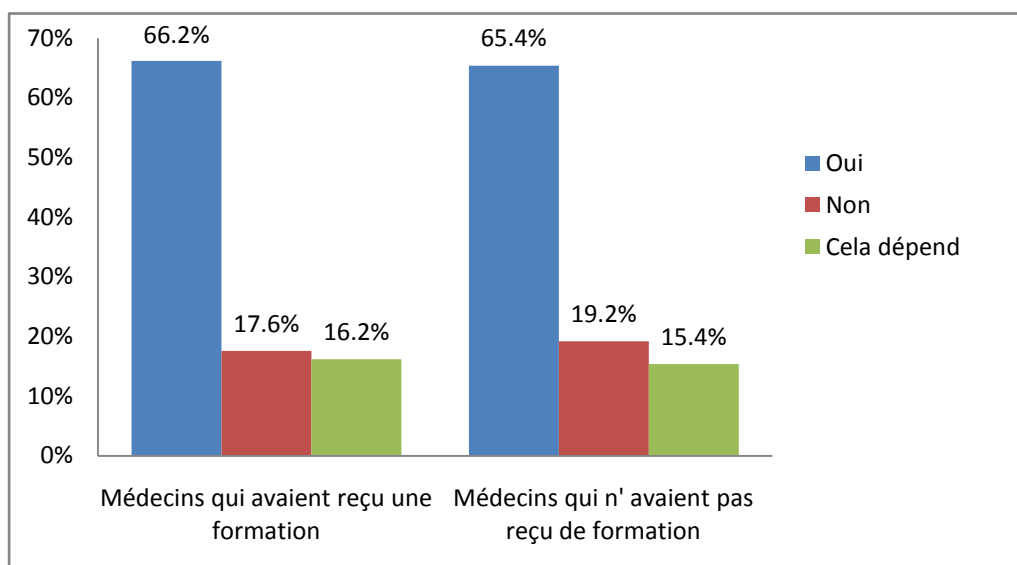


Figure 67: Prescrire un placebo.

6.7. Rompre le secret médical :

Trente-huit pourcent des médecins qui avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique médicale, étaient prêts à rompre le secret médical et seulement 23% des médecins qui n'avaient pas reçu de formation estimaient que la confidentialité concernant un patient peut être rompue dans l'objectif de préserver la santé d'une tierce personne. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,350$) (Figure 68).

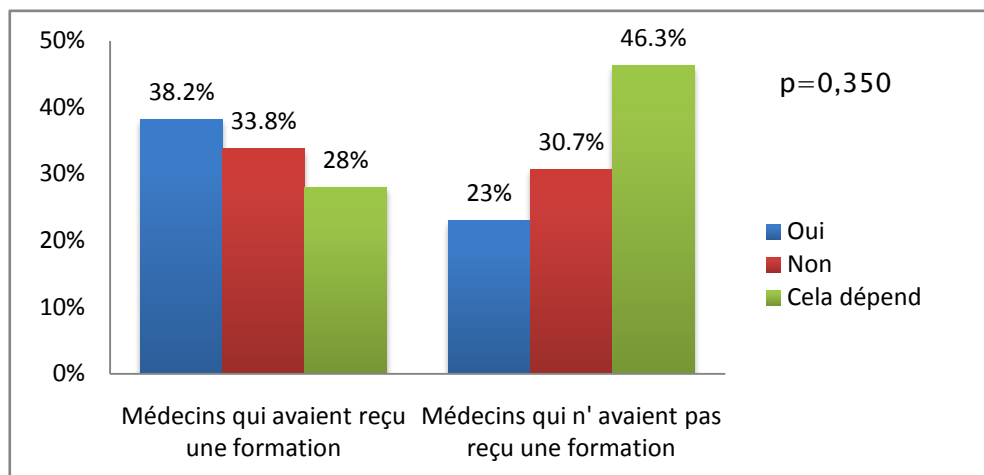


Figure 68: Rompre le secret médical.

6.8. Donner un traitement pour maintenir le patient en vie même si l'issue est fatale :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à donner un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale (Figure 69).

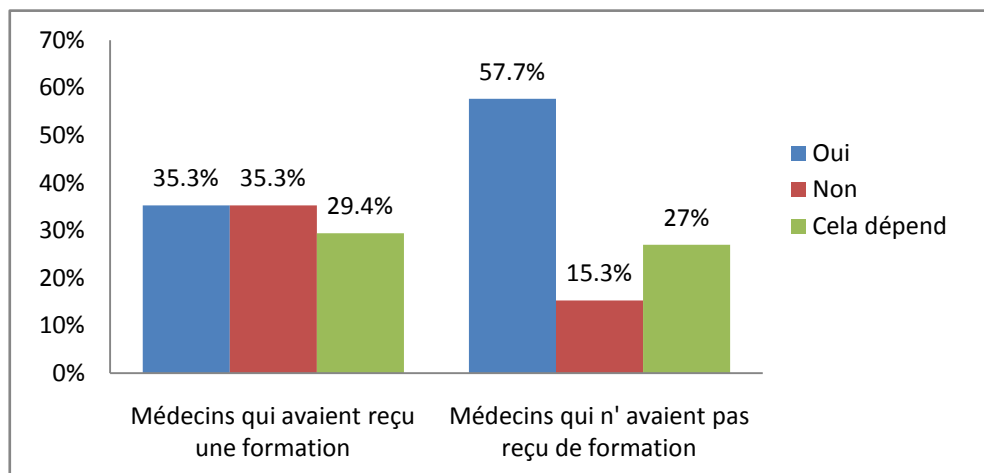


Figure 69: Donner un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale.

6.9. Autoriser l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient contre l'autorisation de l'euthanasie (Figure 70).

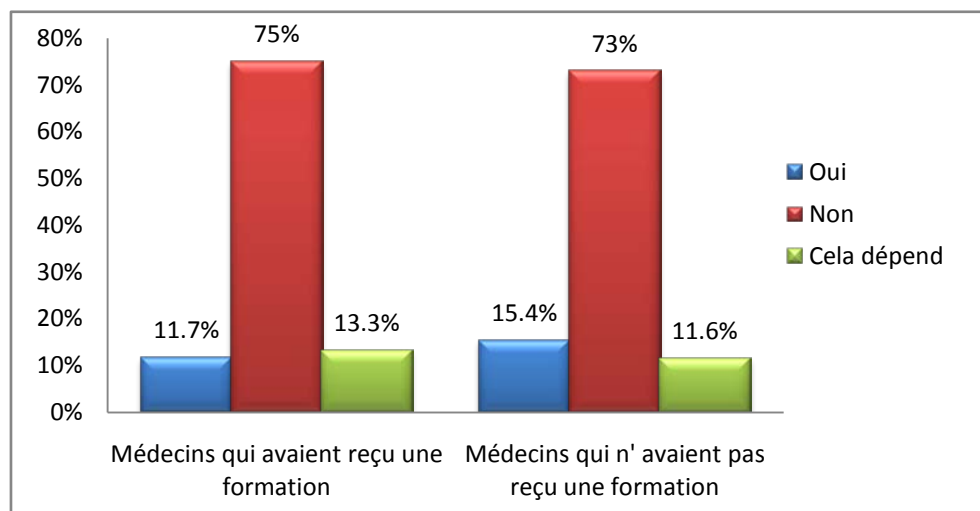


Figure 70: Autoriser l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

6.10. Dissimuler les informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale étaient prêts à dissimuler les informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient (Figure 71).

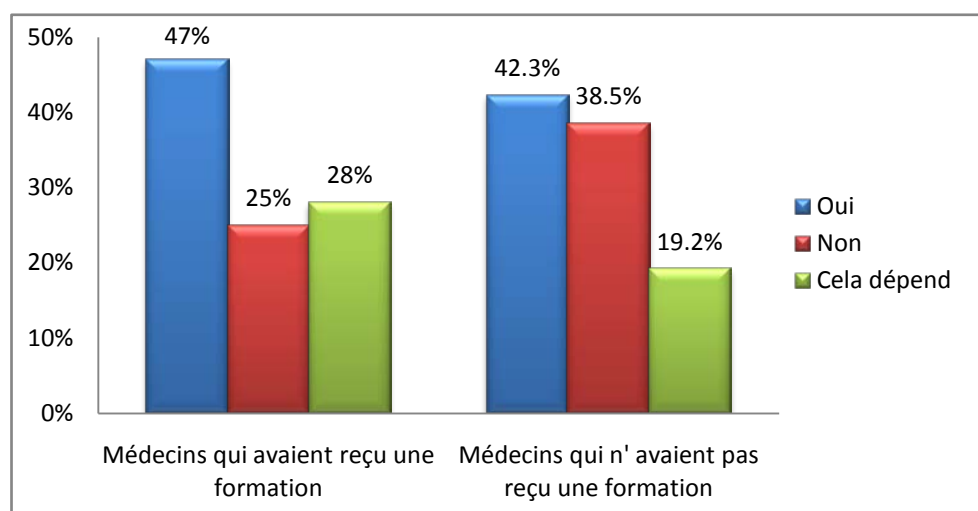


Figure 71: Dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient.

6.11. Pratiquer une IVG même cela va à l'encontre des croyances du médecin :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique refusaient de pratiquer une IVG. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,530$) (Figure 72).

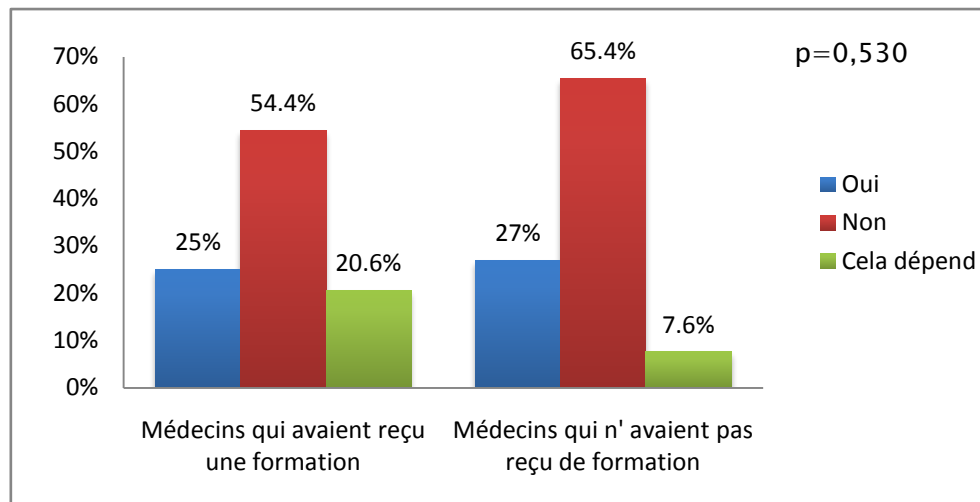


Figure 72: Pratiquer une IVG même si cela va à l'encontre des croyances des médecins.

6.12. Informé un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour réaliser un acte dont il a besoin :

La majorité des médecins qui avaient reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale, étaient prêts à informer un patient sur les activités d'un autre praticien pour un acte dont il a besoin. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,423$) (Figure 73).

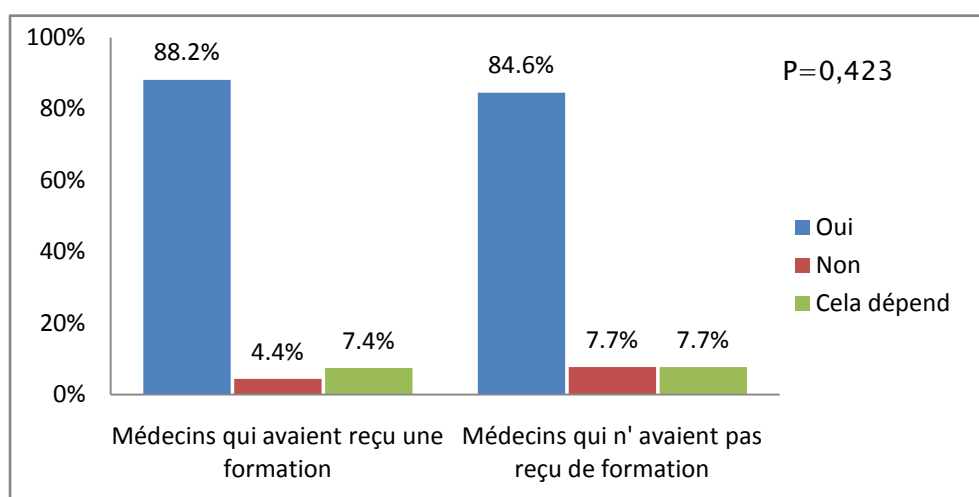


Figure 73: Informé un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour réaliser un acte dont il a besoin.



DISCUSSION



I. Cadre conceptuel et définition :

1. Ethique, morale, droit et déontologie : définition et limites :

L'éthique et la morale ont été considérées comme synonymes pendant longtemps. Ces deux mots ont la même étymologie, l'une grecque, l'autre latine. Elles font toutes les deux références aux mœurs [3].

1.1. La morale :

La morale s'exprime par un ensemble de règles et de principes de bonnes conduites imposant de faire le bien et d'éviter le mal [4, 5].

Une dimension de la vie humaine qui n'a aucun équivalent. Elle est profondément influencée par plusieurs facteurs culturels – histoire, traditions, éducation, convictions religieuses, etc [6].

1.2. L'éthique :

Selon le dictionnaire Larousse, la notion d'éthique désigne la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale et l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. Le Larousse individualise de cette notion l'éthique médicale : ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients [7].

L'éthique vient du mot grec "ethos" qui désigne les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement. Etymologiquement il désigne la même réalité que le mot moral [3, 8].

Dans sa définition la plus simple l'éthique est l'étude de la moralité – une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs [9].

L'objet de cette discipline qu'on nomme « éthique » est l'analyse intellectuelle de cette dimension de l'être humain. L'éthique ne crée ni le sens moral ni le comportement moral. Son but est beaucoup plus modeste : explorer la nature de l'expérience morale, dans son universalité et dans sa diversité. L'éthique et la moralité sont généralement considérées comme synonymes parce que les deux termes avaient à l'origine le même sens, à savoir l'étude de la disposition, du caractère ou de l'attitude d'une personne, d'un groupe ou d'une culture donnée, et des moyens de les promouvoir ou de les perfectionner [5, 6].

Selon ces définitions, l'éthique est principalement affaire de savoir, alors que la moralité concerne le faire.

Le lien étroit qui unit ces deux termes réside dans le souci de l'éthique de fournir des critères rationnels qui permettent de décider ou d'agir d'une certaine manière plutôt que d'une autre [10].

1.3. La déontologie :

La définition communément admise de la déontologie est : ensemble des règles d'exercice d'une profession déterminée destinées à en organiser la pratique selon des normes, pour le bénéfice des usagers et de la profession elle-même.

La déontologie vise à structurer la relation professionnelle de façon normative et à régler un exercice professionnel, fondamentalement unique en son principe et extrêmement divers dans ses manifestations. Des normes de responsabilité, de comportement et de relation sont arrêtées, définies comme applicables à l'ensemble des professionnels.

La déontologie se distingue partiellement de l'éthique par deux points [5, 11] :

- Ses objectifs ; en effet, pour la déontologie, les aspects liés à la protection de la profession peuvent prévaloir dans la détermination des règles.
- Sa forme ; la déontologie est essentiellement basée sur des règles et n'implique pas systématiquement un questionnement ou une réflexion comme c'est le cas pour l'éthique.

1.4. Le droit [11]:

Le droit peut être défini ainsi : ensemble des règles (législatives et réglementaires, nationales et très souvent européennes, écrites et jurisprudentielles) régissant la vie en société qui s'imposent à tous et qui définissent les droits et les responsabilités de chacun.

Cependant, il apparaît nécessaire de mener une démarche éthique dans les situations où le droit ne permet pas une prise de décision selon son seul prisme. Ainsi, dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant l'éthique dans les établissements et services médicaux et médico-sociaux, l'ANESM précise la complémentarité entre droit et éthique.

« L'éthique dépasse le droit pour en évaluer l'équité. Cela se traduit par le devoir d'obéissance, ou de résistance dans les situations dans lesquelles le droit comme justice formelle ne traduit pas le droit comme équité ou justice naturelle.

L'éthique aide à combler les vides juridiques par l'interprétation des textes (exemple : la sexualité en établissement).

L'éthique participe à l'interprétation du droit en situation (jurisprudence)

L'éthique cherche à résoudre les éventuels conflits internes du droit positif (exemple : le secret professionnel et le partage de l'information) » (ANESM, 2010c).

En conclusion :

- La réflexion éthique est une interrogation sur les actes et les abstentions.
- La morale gouverne les actes et les abstentions mais aussi les intentions.
- La déontologie guide les actes et les abstentions.
- Le droit s'intéresse aux actes.

2. Historique et fondements :

Ethique et déontologie médicale sont étroitement liées.

Historiquement l'une et l'autre sont issues des concepts d'Aristote et d'Hippocrate datait du 460 – 385 avant J.-C. Pour ce dernier le médecin s'engage envers ses maîtres et leurs enfants, et envers les malades à toujours chercher le bien [12, 13] (Figure 79) :

« Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Dans toute maison ou je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de torts ou de corruption [...]. » Ces principes de bienveillance et le primum non nocere guident encore chaque médecin dans son activité quotidienne (Figure 74).

L'évolution de l'éthique a été marquée par celle des progrès techniques de la médecine, mais également par l'histoire.

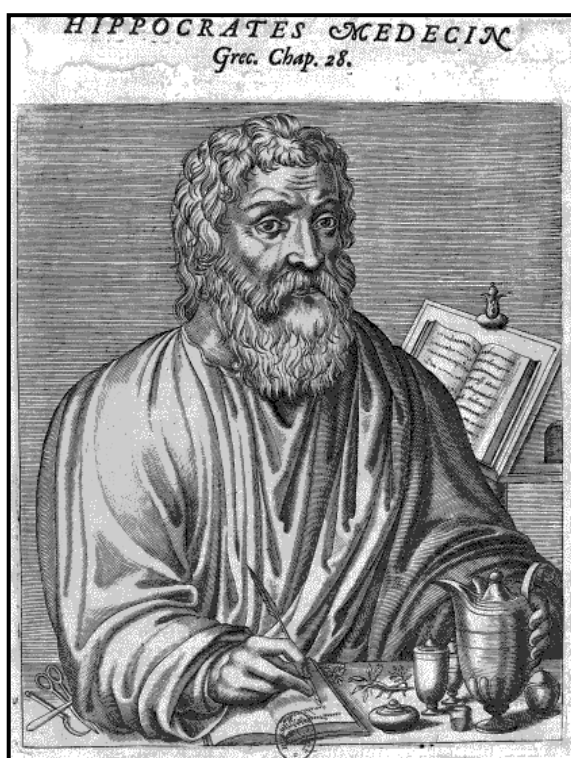


Figure 74: Hippocrate : Médecin grec [7].

Dés le 18ème siècle, KANT s'est interrogé sur les problèmes posés à son époque par la vaccination contre la variole, mise au point par JENNER. La problématique d'actualité qu'il posait déjà était la suivante : est-il raisonnable de faire confiance à la technique alors que son efficacité n'est pas démontrée ? Quelles règles doit adopter celui qui utilise la technique pour en démontrer les bénéfices attendus [13, 14] ? (Figure 75).



Figure 75: Emmanuel Kant [13].

Ainsi est né le premier code de déontologie médicale officiel par John Gregory (1725–1773) et Thomas Percival (1740 –1804): les fondements intellectuels à partir desquels ont été élaborés les codes de déontologie des associations médicales américaine et canadienne, créées respectivement en 1847 et 1867. Partant du principe que la médecine était une vocation altruiste.

Ces codes insistaient sur le concept de l'obligation fiduciaire et sur le partage des responsabilités entre les médecins, les patients et la société, et ils avaient pour but de définir les comportements des praticiens et de créer une identité collective cohésive [15].

En 1847, l'American Medical Association (AMA) a élaboré le premier code d'éthique pour la pratique de la profession médicale. Celui-ci a permis : la clarification de la formation nécessaire pour devenir médecin [16].

Ce code est changé continuellement pour être adapté aux avancées médicales [9].

En 1947 : Création de l'association médicale mondiale (AMM) qui s'emploie principalement à prévenir la résurgence de comportements contraires à l'éthique [9, 17] :

- La première tâche de l'AMM a été d'actualiser le serment d'Hippocrate avec pour résultat, la déclaration de Genève, adoptée par la deuxième assemblée de l'AMM, en 1948. Le texte a été depuis lors plusieurs fois révisé, dont dernièrement en 2006.
- Sa deuxième tâche a été d'élaborer un code international d'éthique médicale, adopté par la troisième assemblée générale en 1949 et révisé en 1968, 1983 et 2006.

A l'aube du XXème siècle, les découvertes scientifiques se sont ensuite succédées dans de nombreux domaines de la médecine. Les médecins appliquaient les préceptes de Claude BERNARD [18]:

« Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades [...] parmi les expériences qu'on peut tenter sur l'homme, celles qui ne peuvent que nuire sont défendues, celles qui sont innocentes sont permises, et celles qui peuvent faire du bien sont recommandées ».

Entre les deux guerres, les premiers courants prônant l'existence de races et une sélection par l'eugénisme firent leur apparition. Leurs théories rejetaient toute philosophie et restreignaient l'étude de l'homme à son étude scientifique. Ces théories ont constitué la base sur laquelle s'est développée l'idéologie nazie. La seconde guerre mondiale a constitué l'apogée de cette idéologie, rejetant tout principe d'humanité dans les pratiques des médecins tournés vers un seul but, la création d'une aristocratie raciale [18].

En 1947, il y a eu la découverte des expérimentations des médecins Nazis sur des prisonniers en Allemagne. Ces expérimentations réalisées au nom de la recherche médicale ont eu pour conséquences la torture et le meurtre des êtres humains qui ont subi ces expérimentations [18] (Figure 76).

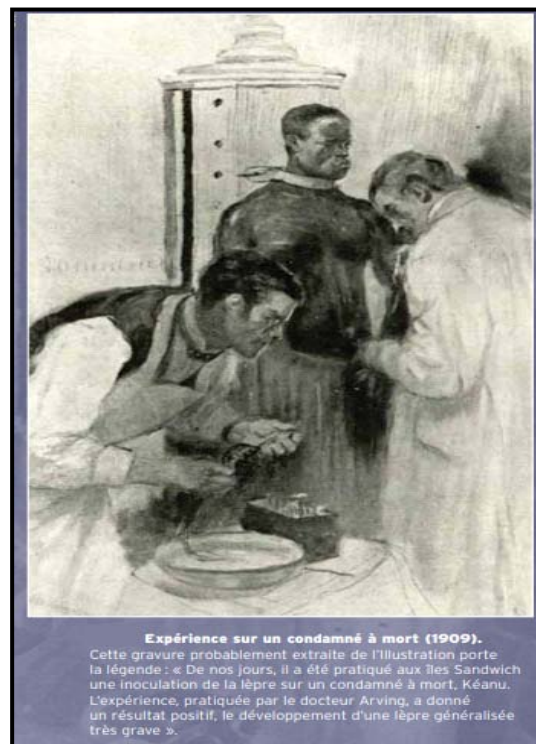


Figure 76: Expérience sur un condamné à mort (1909) [13].

Ce qui a été à l'origine d'une renaissance de l'éthique formalisée par la rédaction du code de NUREMBERG. Parmi les principes de ce texte, figuraient notamment [18] :

- Le consentement volontaire ;
- La liberté du sujet humain se prêtant à des expérimentations ;
- Le caractère scientifiquement solide des bases de l'expérimentation ;
- Le principe du rapport bénéfice/risque.

D'autres textes ont ensuite suivi le code de NUREMBERG, contribuant à son évolution et à son enrichissement :

- Le texte des Nations-Unies du 16 décembre 1966 a insisté sur la relation entre l'éthique médicale et les droits de l'homme [19]:

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou des traitements cruels inhumains ou dégradant ; en particulier il est interdit de soumettre une personne sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique ».

- La déclaration d'HELSINKI en 1964 a été secondaire au constat de manque dans le code de NUREMBERG. Elle a énoncé plusieurs principes et a été enrichie à plusieurs reprises (Tokyo en 1975, Venise en 1983, Hong-Kong en 1989, Edimbourg en 2000, Washington en 2002, Tokyo en 2004, Séoul en 2008, la dernière était lors du 64e assemblée générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, en octobre 2013) [20, 21, 22] (Figure 77).

Cette déclaration énonce, sur un certain nombre de points, certains principes [20, 21] :

- L'existence de comités d'éthique qui donnent leur approbation pour la réalisation d'études ;
- Une déclaration sur les implications éthiques de la recherche ;
- La notion d'une personne scientifiquement qualifiée comme responsable ;
- La notion du rapport contraintes/bénéfices ;
- Le respect de la vie privée du sujet de l'étude ;
- La confidentialité des données ;
- L'information appropriée ;
- Le consentement libre et éclairé de préférence écrit ;
- La notion d'un médecin tiers bien informé mais ne prenant pas part à l'étude ;
- La notion d'un représentant légal ;
- Une éthique pour les auteurs et éditeurs.

- La déclaration de MANILLE en 1981 a essentiellement individualisé certains groupes humains « vulnérables » notamment les enfants, les femmes enceintes et les mères allaitantes, les malades mentaux et les déficients mentaux, les autres groupes sociaux vulnérables, et les sujets dans les communautés en développement et ceux dans le cadre de leur participation éventuelle à des recherches médicales [23] (Figure 77).

Ces différents textes ont inspiré des textes nationaux, le premier étant constitué par la loi HURRIET-SERUSCLAT relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales. Les lois de bioéthique de juin 1991 et d'août 2004 l'ont ensuite suivi. Ces textes nationaux ont contribué à créer un passage de l'éthique au droit, et à l'intégrer dans la démarche naturelle du chercheur [19, 24].

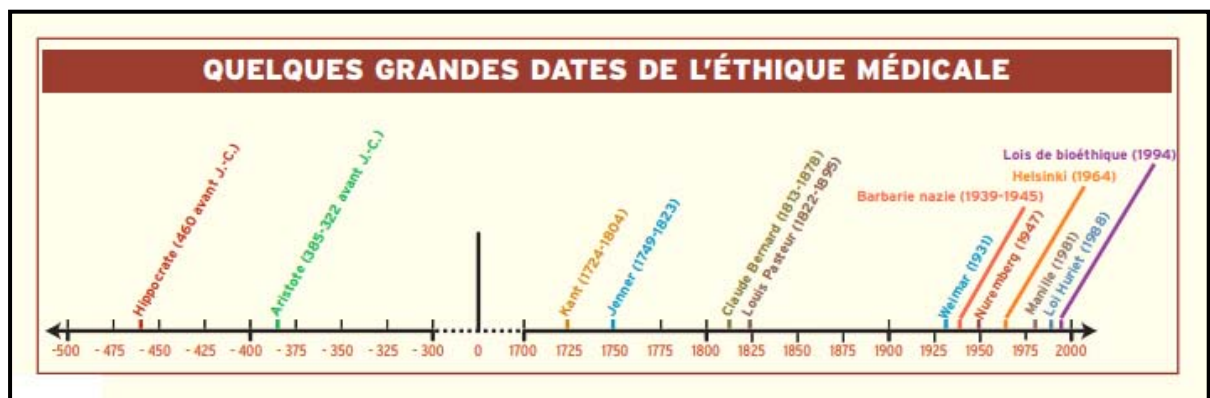


Figure 77 : Quelques grandes dates de l'éthique médicale [13].

En octobre 2005 l'UNESCO publia la déclaration universelle de la bioéthique et des droits de l'homme dont les articles 3 et 17 parlent des principes éthiques des décisions et des pratiques biomédicales [25].

La 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, et énonce les principes fondamentaux qui revêtent une importance mondiale [25].

3. Principes de l'éthique médicale [5]:

Elle s'appuie sur quatre principes éthiques, établis par Beauchamp TL et Childress JF [26, 27, 28, 29, 30] :

- Le respect de la personne [31, 32, 33, 34] ;
- Le principe de la bienfaisance [31, 32, 33, 34] ;
- Le principe de non malfaisance [31, 32, 33, 34] ;
- Le principe de justice [31, 32, 33, 34].

3.1. Le respect de la personne :

Sentiment qui porte à traiter quelqu'un avec égards. La valeur du respect occupe une place fondamentale dans les rapports humains le respect porte sur trois aspects : le respect de la dignité, le respect de l'individualité et le respect de la confidentialité [35].

« La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés » Article 3 [25].

Respect de la dignité :

Le respect de la dignité se traduit par la reconnaissance de la valeur de toute personne en tant qu'être humain. En ce sens, chacun doit s'engager à [35] :

- Se respecter soi-même ;
- Respecter les autres ;
- S'abstenir de ségrégation ou de discrimination ;
- Encourager et respecter la notion de citoyenneté et assurer une aide et un accompagnement dans l'exercice des droits et devoirs, civils et politiques, qui y sont liés.

Respect de l'individualité/respect d'autonomie [26] :

Chaque personne est libre de faire valoir ses goûts, ses préférences. Ainsi, chacun doit s'engager à reconnaître et respecter [35, 36, 37]:

- ❖ La personne dans sa globalité et dans son intégrité ;
- ❖ Les valeurs de l'autre ;
- ❖ La diversité des choix de vie de l'autre, tant au niveau de sa religion, que de sa spiritualité ; son orientation sexuelle ou son origine culturelle et ethnique ; ...

Dans la pratique médicale, le principe d'autonomie sous-tend le droit du patient à l'autodétermination. Comme tel, le principe d'autonomie a été reconnu comme s'opposant au paternalisme, lequel a été au cœur d'un type traditionnel de relation entre le prestataire de soins et son patient...la décision finale du patient, l'autonomie n'est pas seulement un droit, c'est aussi une responsabilité. Le patient est autonome pour prendre des décisions responsables [6, 38].

Dans un établissement de santé, l'autonomie se traduit principalement par le consentement éclairé : il ne faut pas traiter un patient sans son consentement éclairé ou de son substitut légal sauf dans des exceptions étroitement définies [26].

“ ... toute intervention médicale ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes ... [6]”

“ Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre 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 ” Article 6 [25].

Le consentement libre et éclairé est absolument inséparable de l'information préalable que le médecin doit donner à son patient [39]. Le consentement nécessite alors des informations suffisantes [40, 41].

Le contenu de l'information requise doit porter sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, la thérapeutique alternative, les risques et les bénéfices, et tenir compte des circonstances particulières. Le processus d'information doit préciser : par qui, quand (à l'avance), sous quelle forme (oralement, par écrit, exprès) et à qui (patients, parents, tuteurs, autres) [6].

Respect de la confidentialité :

La confidentialité est une obligation qui incombe à tous ; aux médecins, résidents, chercheurs, dentistes, gestionnaires, employés, stagiaires et bénévoles à l'hôpital et ce, tout spécialement dans un contexte de soins de santé. Ces derniers se doivent de protéger les renseignements qui leur sont confiés et ne pas les communiquer à tort ou en faire mauvais usage. Cela signifie que toute personne s'engage à garder confidentielle toute information dont la divulgation n'est pas nécessaire. Conséquemment, chacun s'engage à [35] :

- ❖ Respecter le secret professionnel;
- ❖ Faire preuve de discrétion lorsque l'on parle d'une personne;
- ❖ Ne dévoiler indûment aucune information.

“ 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 ” Article 7 [42].

3.2. Le principe de bienfaisance :

Le bien du patient a toujours été un principe essentiel guidant l'action médicale et la relation liant patient et médecin. Le principe de bienfaisance exige de considérer le bien et l'intérêt du patient avant toute autre considération.

La bienfaisance consiste à offrir les meilleurs soins et services requis pour améliorer le bien-être et la qualité de vie de toute personne [35].

C'est la promotion de ce qui est le plus avantageux pour le patient. La définition de ce qui est « le plus avantageux » peut reposer sur le jugement du professionnel de la santé ou sur ce que désire le patient, généralement, ces deux opinions concordent, mais parfois il y a divergence. La bienfaisance suppose que l'on tient compte de la douleur du patient ; de sa souffrance physique et mentale ; du risque d'incapacité et de décès ; et de la qualité de sa vie. Parfois, la bienfaisance exige que l'on n'intervienne pas, si les avantages de la thérapie seraient minimaux [43].

3.3. Le principe de non malfaisance : « primum non nocere » [44] :

La non-malfaisance, obligation du soignant de ne pas nuire à son patient, est considérée comme un principe éthique fondamental.

Ce principe est distinct de celui de bienfaisance du fait du risque de contradiction entre ces deux principes éthiques.

Tous les principes éthiques se valent et doivent être pris en compte équitablement. Cependant, un conflit entre deux principes éthiques doit amener à une réflexion épistémologique qui vise à mesurer les conséquences d'une décision sur le bien-être du patient et la manière dont cette décision s'inscrit entre le bien et le mal [45].

3.4. Le principe de justice ou d'équité :

L'équité garantit une juste répartition des ressources et de l'accessibilité aux services. Elle assure l'accès aux soins et services en fonction des besoins, des compétences et de l'individualité de chacun, dans la limite des ressources disponibles. Les droits de chacun sont respectés de façon impartiale et objective [45, 46].

4. Les comités d'éthique clinique :

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.

Ils sont des instances consultatives mises à la disposition du personnel, des gestionnaires et des administrateurs des établissements de santé et de services sociaux pour les aider à cerner les enjeux moraux qui se posent dans la pratique et à orienter en conséquence les conduites à adopter [47].

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.

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 [22].

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

Quatre fonctions lui sont attribuées, soit des fonctions d'analyse, de recommandation, d'information et de formation [9, 48, 49, 50].

✓ Objectifs généraux [9, 48, 49, 50]:

- 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 [9, 48, 49, 50]:

- Proposer des pistes de réflexion, émettre des opinions sur les orientations, les développements, les politiques et le fonctionnement des activités à caractère médical, clinique.
- 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.

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

(a) Evaluer 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) Evaluer 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 19 [25].

II. Discussion des résultats :

1. Caractéristiques socio démographiques :

1.1. L'âge :

Dans un large sondage réalisé par Medscape en 2015, auprès de 21531 médecins inscrits sur Medscape et exerçant dans 49 pays d'Europe ou aux Etats Unis portant sur l'éthique médicale, a trouvé que les médecins moins de 40 ans représentaient 24% de l'échantillon [51].

Un autre sondage réalisé par Medscape en 2017, auprès de 724 médecins exerçant en France et membres de Medscape portants sur les dilemmes éthiques des médecins français, a trouvé que 20% des médecins avaient un âge entre 35 – 39 ans [52].

La série de Heriharan et al (réalisée en 2006 auprès de 159 médecins et infirmiers, portant sur les connaissances et pratique de l'éthique et du droit de la santé chez les médecins et les infirmiers à Barbados en Inde), a révélé que 90% des médecins avaient un âge entre 20–29 ans [53].

Une étude réalisée par Yanick au Congo en 2012 portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnels soignant sur l'éthique clinique et la bioéthique, auprès de 63 agents, la tranche d'âge la plus représentée des répondeurs était entre 25–33 ans (36.66%) [54].

Dans une autre série réalisée par Pascal portant sur les connaissances, attitudes et pratiques liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants et aide soignants des CHU du Mali en 2009, auprès de 762 sujets, la tranche d'âge 25–34 ans était majoritairement représentée avec 70,6%, 11.9% avait un âge entre 35 – 44 ans, 5.1% entre 45–54 ans et seulement 1.9% avait un âge supérieure à 55 ans [55].

Dans la série de Soumah et al, réalisée au Sénégal en 2010 concernant le secret médical et VIH/sida, auprès de 120 personnes, la tranche d'âge dominante (60%) était la tranche comprise entre 20 et 29 ans [56].

L'étude de Katrin et al, réalisée en Allemagne en 2000, auprès de 236 soignants, portant sur le degré de connaissance de l'éthique professionnelle et les règles de base au sein du groupe professionnel de soignant, a trouvé que presque la moitié (47,5%) des répondeurs avait un âge entre 25 et 34 ans [57].

Dans une étude réalisée par la fédération des médecins omnipraticiens du Québec en 2009, auprès de 1086 médecins, portant sur l'euthanasie, la tranche d'âge la plus représentée était entre 46 à 55 ans (36.2%) [58].

Dans notre série la tranche d'âge la plus représentative est celle de 25 à 34 ans (80%).

Tableau V : Comparaison des tranches d'âge les plus représentatives.

Auteurs	Pays/Année	La tranche d'âge la plus représentative	Le pourcentage
Sondage Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	35–39ans	20%
Heriharan et al [53]	Inde/2006	20–29 ans	90%
Yanick [54]	Congo/2012	25–33 ans	36.66%
Pascal [55]	Mali/2009	25–34 ans	70.6%
Soumah et al [56]	Sénégal /2010	20–29 ans	60%
Katrin et al [57]	Allemagne/2000	25–34 ans	47.5%
Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec [58]	Canada/2009	46–55 ans	36.2%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	25–34 ans	80%

1.2. Le sexe :

Le même sondage cité dans le paragraphe précédent (Medscape 2015), a révélé que les trois quarts des médecins qui avaient répondu au questionnaire étaient des hommes (71%) [51].

Une étude réalisée par Lisa et al en 2009 sur 1891 praticiens aux états unis concernant la communication médecin-malade, a trouvé que 32.9% des praticiens étaient de sexe féminin et 67.2% étaient de sexe masculin [59].

La série de Heriharan et al, a trouvé que les médecins en formation avaient un sexe ratio de 1.2 avec une prédominance masculine et les médecins spécialistes avaient un sexe ration de 4.4 avec une prédominance masculine aussi [53].

L'étude de Pascal [55], le sexe masculin était le plus représenté avec 55,5%.

Par contre, dans l'étude de Yanick [54], le sexe féminin était dominant 56.66%.

Dans l'étude de Soumah et al [56], la répartition de la population étudiée selon le sexe montrait une prédominance masculine avec 67 hommes (55,8 %), avec un sex-ratio de 1,26.

Dans l'étude réalisée en France en 2015 par Anne portant sur l'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste, auprès de 139 médecins, 75% des médecins étaient des hommes [60].

Dans une étude réalisée par Jalal et al au Pakistan en 2018, portant sur la connaissance, l'attitude et pratique de l'éthique médicale en matière de soin auprès des médecins exerçant en secteur public, auprès de 70 médecins, 69.71% des répondeurs étaient des hommes, alors que 3.29% étaient des femmes [61].

L'étude de Katrin et al, a trouvé que 89% des participants étaient des femmes, et 10% étaient des hommes [57].

Dans une étude réalisée par la fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 53.4% des médecins étaient des hommes [58].

Dans notre étude, 51% des médecins étaient des femmes.

Dans la plupart des études de la littérature on note une prédominance masculine, contrairement aux résultats de notre série.

Tableau VI : Comparaison du pourcentage du sexe masculin dans les différentes séries.

Auteur	Pays/Année	Sexe masculin
Medscape [51]	Europe/2015	71%
Lisa et al [59]	Etat unis/ 2009	67.2%
Pascal [55]	Mali/2009	55.5%
Yanick [54]	Congo/2012	43.33%
Soumah et al [56]	Sénégal/2010	55.8%
Anne [60]	France/2015	75%
Jalal et al [61]	Pakistan/2018	69.71%
Katrin et al [57]	Allemagne/2000	10%
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec [58]	Canada/2009	53.4%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	49%

1.3. Le grade :

La série de Heriharan et al [53], a indiqué que 47% des réponders étaient des médecins alors que 53% étaient des infirmiers.

Dans l'étude de Yanick [54], 66.66% étaient des infirmiers alors que 16.66% étaient des médecins.

L'étude de Soumah et al [56], a montré que la majorité des réponders étaient des médecins soit 88,3 %.

Tableau VII: comparaison du pourcentage des médecins dans les différentes séries.

Auteur	Pays/Année	Pourcentage des médecins
Heriharan et al [53]	Inde/2006	47%
Yanick [54]	Congo/2012	16.66%
Soumah et al [56]	Sénégal/2010	88.3%
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	100%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	100%
Lisa et al [59]	Etats Unis/2009	100%
Anne [60]	France/2015	100%
Jalal et al [61]	Pakistan/2018	100%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	100%

1.4. Ancienneté :

Dans la série de Lisa et al [59], la majorité des praticiens (30%) avaient une expérience entre 20 et 29 ans, alors que 12% avaient une expérience inférieure à 10 ans.

Dans la série de Heriharan et al [53], 70% des professionnelles de santé avaient une expérience supérieure à 20 ans.

Par contre dans notre étude la majorité des médecins (79%) avaient une ancienneté inférieure à 5 ans.

1.5. Spécialité :

Dans le sondage Medscape (2015/2017), 21% des médecins étaient des généralistes [51,52].

Dans notre étude, 100% des médecins étaient des spécialistes.

2. Connaissances liées à l'éthique en pratique médicale :

2.1. Connaissance de l'éthique médicale :

Dans l'étude de Yanick [54], 76.66% avaient déjà entendu parler de l'éthique médicale alors que 23.33% n'ont en jamais entendu parler. La majorité des enquêtés ont acquis leurs connaissances lors des conférences et des enseignements universitaires.

Dans la série de Pascal [55], la plupart des sujets, soit 69,1% avaient entendu parler d'éthique des soins, et l'école ou la faculté était le lieu où la majorité des participants s'informait sur l'éthique des soins, soit 80,3%.

Dans l'étude de Brogen et al réalisée en 2009, auprès de 315 personnes, portant sur les connaissances et attitudes des médecins en éthique médicale en Inde, 98.7% des sujets avaient déjà entendu parler de l'éthique médicale [62].

Dans notre série 99% des médecins avaient déjà entendu parler de l'éthique.

Tableau VIII: Comparaison du pourcentage des médecins connaissaient ou non l'éthique médicale dans les différentes séries.

Auteurs	Pays/Année	Connaissance de l'éthique médicale
Yanick [54]	Congo/2012	Oui 76.66% Non 23.33%
Pascal [55]	Mali/2009	Oui 69.1%
Brogen et al [62]	Inde/2009	Oui 98.7%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	Oui 99% Non 1%

2.2. Sources des connaissances en éthique médicale :

Dans l'étude de Jalal et al [61], 64% des répondeurs avaient acquis leurs connaissances en éthique à travers des séminaires, des conférences et des revus.

Dans une étude réalisée par Walrond et al en 2006, portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine en matière d'éthique et du droit en santé en Inde, auprès de 373 étudiants , la majorité des participants (60%) ont répondu qu'ils avaient acquis leurs connaissances en éthique au cours de leur formation en médecine [63].

Par contre dans la série de Heriharan et al [53], plus de 70% des médecins et des infirmiers avaient acquis leur connaissance concernant l'éthique à l'hôpital.

Dans notre étude, parmi les personnes qui avaient entendu parler d'éthique médicale, 64,16% l'avaient entendu à la faculté. Devant ce résultat, nous pensons que les connaissances liées à l'éthique médicale et à la déontologie médicale seraient influencées par la source d'information.

2.3. Avoir reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale lors du cursus universitaire :

Dans une étude réalisée par Keeling et al en 2018, visant à connaître les besoins relatifs à l'éthique en santé publique des intervenants en santé publique au Canada, auprès de 401 personnes, 73.6% des répondeurs avaient reçu une formation dans le domaine d'éthique et la bioéthique, et 26.3% ne l'avaient pas reçu [64].

Par contre dans l'étude de Yanick [54], plus de la moitié soit 53.33% des enquêtés n'ont pas reçu une formation dans le domaine d'éthique clinique au cours de leur cursus.

Dans la série de Janakiram et al, réalisée en 2014, auprès de 209 étudiants portant sur les connaissances, attitudes et pratiques liées à l'éthique des soins de santé chez les étudiants en médecine et en médecine dentaire, 68% des sujets n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique au cours de leurs études médicales [65].

Dans notre série nous avons trouvé que 68% de nos répondeurs avait reçu une formation dans le domaine d'éthique lors de leur cursus universitaire, alors que 26% ne l'avaient jamais reçu.

Tableau IX: Comparaison du pourcentage des médecins qui n'avaient pas reçu une formation dans le domaine d'éthique lors du cursus universitaire avec les autres séries.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des sujets qui n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors du cursus universitaire
Keeling et al [64]	Canada/2018	26.3%
Yanick [54]	Congo/2012	53.33%
Janakiram et al [65]	Inde/2014	68%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	26%

2.4. Avoir reçu ou non une formation dans le domaine d'éthique médicale au cours de l'exercice professionnel :

Dans la série de Yanick [54], 73.33% des enquêtés n'avaient jamais reçu une formation ou séminaire dans le domaine d'éthique médicale au cours de l'exercice professionnel, alors que 26.66% l'avait déjà reçu.

Dans l'étude de Liang et al en chine en 2012, auprès de 1094 membres du personnel médical, portant sur l'éthique, droits des patients et attitudes du personnel dans les hôpitaux psychiatriques, 52% des praticiens n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors de l'exercice professionnel [66].

Dans notre étude, 86% n'avaient jamais reçu une formation dans le domaine d'éthique lors de l'exercice professionnel. Par conséquent il serait nécessaire de proposer des formations d'éthique médicale au profit des praticiens et futurs praticiens du secteur sanitaire afin d'améliorer leur connaissance du sujet et son application dans la relation avec les patients.

Tableau X: Comparaison du pourcentage des médecins qui n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors de l'exercice professionnel avec les autres séries.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des sujets qui n'avaient pas reçu de formation dans le domaine d'éthique lors de l'exercice professionnel
Yanick [54]	Congo/2012	73.33%
Liang et al [66]	Shanghai/Chine/2012	52%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	86%

2.5. Connaissance de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé :

Dans la série de Pascal [55], la majorité des sujets (60.6%) savait qu'un code d'éthique et de déontologie existe au Mali. Parmi ces sujets, 60% ne savaient pas où s'en procurer.

Dans notre étude, 44% des médecins savaient qu'un code d'éthique et de déontologie existe au Maroc, alors que 56% des médecins l'ignoraient. Soixante-treize pourcent ne savaient pas où s'en procurer et 27% savaient d'où le récupérer.

Tableau XI : Comparaison du pourcentage des médecins qui connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé dans leur pays avec les autres séries.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des Médecins qui connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé	Connaissance du lieu où ils pouvaient s'en procurer
Pascal [55]	Mali/2009	60.6%	Non : 60%
Notre étude	Maroc/ Marrakech 2019	44%	Oui : 27% Non : 73%

2.6. Connaissance des principes de l'éthique médicale :

Dans la série de Herihran et al [53], 11% des médecins ne connaissaient pas le contenu du serment d'Hippocrate.

Dans l'étude de Yanick [54], une partie représentative des répondeurs (76.66%) n'avaient pas de connaissance sur les principes de bioéthique et d'éthique médicale et 23.33% connaissaient ces principes.

Dans la même étude tous les médecins et 90% des infirmiers ont jugé que la connaissance de l'éthique est importante pour leur travail et avaient une opinion plus affirmée concernant les principes d'éthique telle que le respect du souhait de la personne, de sa confidentialité et du consentement.

La série de Katrin et al [57], a trouvé que 75% des sujets ne connaissaient pas les principes de l'éthique médicale, alors que 25% des réponders les connaissaient.

Dans notre étude 40% des sujets connaissaient les principes de l'éthique médicale alors que 60% des médecins ne les connaissaient pas.

2.7. Connaissance de l'existence de comité d'éthique au Maroc :

Dans la série de Pascal [55], 80,5% ignoraient l'existence des comités d'éthique au Mali.

Dans notre étude, seulement 32% des médecins connaissaient l'existence de comité d'éthique au Maroc, et 68% l'ignoraient.

2.8. Connaissance de l'existence de comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI :

L'étude de Heriharan et al [53], a montré que 29% des médecins n'étaient pas au courant de l'existence d'un comité d'éthique au sein de l'hôpital.

Dans l'étude de Yanick [54], 100% des réponders confirmaient l'absence de comité d'éthique au sein de l'hôpital.

Selon la série Salathé et al [67], étude réalisé en suisse en 2002, auprès de 393 établissements, concernant les comités d'éthique clinique en Suisse, 18% avaient déclaré disposer d'un comité d'éthique et 82% avaient déclaré ne pas en disposer. 46% des institutions disposant d'un comité éthique avaient déclaré avoir recours au comité en cas de situations délicates de point de vue éthique.

La série d'Aditi et al réalisée en 2016, auprès de 100 enseignants, portant sur le comité d'éthique institutionnel, a trouvé que 67% de la population étudiée savaient déjà qu'un comité d'éthique existe au sein de leur structure [68].

Dans l'étude de Liang et al [66], 87.8% des sujets n'avaient pas de comité éthique au sein de leurs établissements de santé.

Dans notre étude 75% savaient qu'un comité d'éthique existe au sein de l'hôpital alors que 25% l'ignoraient.

Tableau XII: Pourcentage des sujets qui connaissaient ou non l'existence d'un comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des sujets qui connaissaient ou non l'existence d'un comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI
Heriharan et al [53]	Inde/2006	29% des sujets n'étaient pas au courant de l'existence d'un comité d'éthique au sein de l'hôpital
Yanick [54]	Congo/2012	100% des répondeurs confirmaient l'absence de comité d'éthique au sein de l'hôpital
Salathé et al [67]	Suisse/2002	82% avaient déclaré de ne pas en disposer
Aditi et al [68]	Inde/2016	67% des sujets savaient qu'un comité existe au sein de leur structure
Liang et al [66]	Shanghai/Chine/2012	87.8% n'avaient pas de comité dans leurs établissements de santé
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	75% ignoraient l'existence de comité d'éthique au sein de l'hôpital.

2.9. Fonctions du comité d'éthique :

Selon les sujets de la série de Salathé et al [67], presque tous les comités d'éthique conseillaient la direction de l'établissement soit 88%, et avaient une fonction consultative dans les cas particuliers soit 84%. 30% avaient indiqué avoir aussi une compétence décisionnelle dans les cas particuliers. La plupart de ces comités étaient également responsables de l'élaboration de directives internes soit 61%.

Dans notre série, selon les médecins interrogés, les fonctions suivantes ont été attribuées au comité éthique :

- Consultation éthique : 29%
- Elaboration des lignes directrices des problèmes éthiques : 26%
- Sensibilisation à l'éthique : 36%

2.10. Souhait des médecins par rapport à l'existence de comité d'éthique au sein de l'hôpital :

Dans l'étude de Yanick [54], une part importante des répondeurs (96.66%) avait un avis favorable pour la création d'un comité d'éthique médicale au sein de l'hôpital, contre une autre minime (3.33%) qui refusaient sa création au sein de l'hôpital.

Dans la série de Pascal [55], la majorité des sujets (soit 83,9%), pensaient que leurs structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

Dans l'étude d'Anne [60], 92% des répondeurs souhaiteraient un interlocuteur éthique disponible pour répondre à leurs questions d'ordre éthique.

L'étude de Liang et al [66], a trouvé que 72.9% des médecins souhaiteraient avoir un comité d'éthique au sein de leur structure sanitaire.

Dans notre étude 92.2% des médecins souhaitaient l'existence d'un comité d'éthique au sein du CHU Mohammed VI.

Tableau XIII : Pourcentage des médecins qui souhaitent ou non avoir un comité d'éthique au sein de l'hôpital.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui souhaitent ou non avoir un comité d'éthique au sein de l'hôpital
Yanick [54]	Congo/2012	Oui : 96.66% Non : 3.33%
Pascal [55]	Mali/2009	Oui : 83.9%
Anne [60]	France/2015	Oui : 92%
Liang et al [66]	Chine/2012	Oui : 72.9%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	Oui : 92.2% Non : 7.79%

3. Attitudes et pratiques liées à l'éthique dans la pratique médicale :

3.1. Consentement :

Dans l'étude de Pascal [55], 54% des soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins. Et 92,2% expliquaient d'abord au malade l'acte qu'ils s'apprêtaient à poser et obtenaient son consentement avant de lui administrer des soins.

Dans notre étude, les médecins ont jugé le consentement nécessaire lors des traitements chirurgicaux en premier lieu, suivi des traitements médicaux et puis des examens para cliniques avec des pourcentages respectivement de 27.32%, 23.72% et de 18.91%. Et puis en dernier lieu examen clinique (18.31%) et interrogatoire (11.71%).

3.2. Information donnée au patient :

Dans l'étude de Lisa et al [59], la majorité des praticiens (88.7%) informaient leurs patients sur les bénéfices et les risques d'un traitement ou d'une intervention.

L'étude de pascal [55], a montré que 83% des participants avaient l'habitude de donner aux patients des informations sur leur maladie.

Dans notre étude 35% des médecins partageaient toujours des informations avec leurs patients, 60% le faisaient souvent et 5% rarement.

3.3. Donner une information erronée au patient :

Dans l'étude Lisa et al [59], 20% des praticiens n'étaient pas totalement d'accord avec le fait que les praticiens ne doivent jamais donner d'informations erronées au patient. 10% des praticiens avaient déjà communiqué une information erronée aux patients.

Dans notre étude 70% des sujets n'accepteraient pas de donner une information erronée au patient, 6% étaient d'accord et 24% préféraient agir au cas par cas.

3.4. Relativiser les risques d'une intervention afin d'obtenir facilement le consentement :

Dans l'étude Lisa et al [59], 44.8% des praticiens n'étaient pas prêts à relativiser les risques d'une intervention. 55.2% ont déjà relativisé les risques d'une intervention.

Dans la série Medscape (2015), 43% des médecins français étaient prêts à relativiser les risques d'une intervention ou d'un traitement pour obtenir facilement le consentement du patient, 36% étaient contre et 21% préféraient agir au cas par cas [51].

Dans la même série, 76% des médecins américains n'étaient pas prêts à le faire, 10% seulement étaient d'accord et 14% préféraient agir au cas par cas [51].

Le sondage Medscape réalisé en 2017 [52], a trouvé que la plupart des médecins, quel que soit leurs pays, ne minimiseraient pas les risques d'une procédure pour obtenir le consentement du patient.

Dans notre étude, 21% des sujets estimaient qu'il faut savoir relativiser les risques associés à un traitement ou à une intervention pour obtenir plus facilement le consentement, 32% préféraient agir au cas par cas et 47% évoquaient la nécessité de rester sincère avec le patient.

Tableau XIV: Pourcentage des sujets qui n'étaient pas prêts à relativiser les risques d'une intervention pour obtenir facilement le consentement du patient.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des sujets qui n'étaient pas prêts à relativiser les risques d'une intervention pour obtenir facilement le consentement du patient
Lisa et al [59]	Etats unis/2012	44.8%
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Médecins français 36% Médecins américains 76%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins français : 66% Médecins allemands : 57% Médecins américains : 23%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	47%

3.5. Aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement :

Dans l'étude Medscape réalisée en 2015, 47% des praticiens pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement s'il en va l'intérêt du patient. 21% n'étaient pas d'accord et 32% considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances [51].

Le sondage Medscape réalisé en 2017, a trouvé que 51% des médecins français, 17% des médecins allemands et 20% des médecins américains se disaient prêts à aller contre la volonté de la famille et poursuivre le traitement [52].

Dans notre étude, 41% des médecins n'étaient pas prêts à s'opposer à la volonté des proches, 36% étaient plus affirmatifs et se disaient prêts à s'opposer à la volonté de la famille s'il en va l'intérêt du patient et 23% considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances.

Tableau XV: Pourcentage des médecins pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement.
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne /2015	47%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins français : 51% Médecins allemands : 17% Médecins américains : 20%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	36%

3.6. Restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille :

Dans l'étude Medscape réalisée en 2015, 35% des médecins s'estimaient prêts à satisfaire les familles si le contexte le justifie, 22% acceptaient de ne pas transmettre certaines informations à la demande de la famille alors que 43% n'étaient pas d'accord [51].

Dans la série Medscape réalisée en 2017, plus de la moitié des médecins français refuseraient de céder à la pression exercée par la famille du malade et restreindre l'information communiquée au patient [52].

Dans notre série, un médecin sur 5 soit 22% acceptait de ne pas transmettre aux patients certaines informations à la demande de la famille, 44% des médecins s'estimaient prêts à satisfaire la famille si le contexte le justifie, et 34% étaient contre.

Tableau XVI : Pourcentage des médecins qui refusaient de restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui refusaient de restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	43%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins Français : 54% Médecins allemandes : 51% Médecins américains : 75%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	34%

3.7. Révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient :

L'étude Med scape (2015), a montré que la majorité des médecins français (43%) estimaient qu'il vaut mieux dissimuler une erreur si elle n'est pas préjudiciable, 25% des médecins français préféraient d'agir au cas par cas alors que 32% le refusaient [51].

Dans la même étude, 60% des médecins américains refusaient de ne pas révéler une erreur médicale même si elle ne nuit pas au patient, 19% étaient d'accord et 22% préféraient agir au cas par cas [51].

L'étude de Thomas et al, réalisée en 2006 auprès de 2637 praticiens, portant sur les attitudes et expériences des médecins américains et canadiens en matière de divulgation des erreurs aux patients, a trouvé que 22% des sujets n'étaient pas d'accord avec la révélation des erreurs minimes, alors que 78% étaient d'accord [69].

La série de Lauris et al, réalisé aux Etats Unis en 2007, auprès de 538 participants, portant sur les attitudes et pratiques des médecins concernant la divulgation des erreurs médicales aux patients, a montré que 97% des médecins étaient prêts à révéler une erreur médicale minime [70].

Dans notre étude, 41% des médecins étaient prêts à ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient, 35% des répondeurs considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances et 24% n'étaient pas d'accord.

Tableau XVII: Pourcentage des médecins qui acceptaient ou non de ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui acceptaient ou non de révéler une erreur médicale lorsqu'elle n'affecte pas le patient
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Non : Médecins français 43% Médecins américains 19%
Thomas et al [69]	Canada et Etats unis /2006	Non : 78%
Lauris et al [70]	Etats Unis/2007	Oui : 97%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	Non : 41%

3.8. Révéler une erreur médicale lorsque' elle affecte le patient :

Dans l'étude de Lisa et al, le 1/3 des praticiens étaient contre la révélation d'une erreur médicale lorsque celle-ci affecte le patient [59].

La série de Med scape (2015) a montré que, 16% des médecins français ne révélaient pas une erreur médicale lorsque celle-ci affecte le patient, 64% n'étaient pas d'accord et 20% préféraient agir au cas par cas [51].

Dans la même étude, la majorité des médecins américains, soit 91% refusaient de ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient, 3% étaient d'accord et 6% préféraient d'agir au cas par cas [51].

Concernant l'étude de Thomas et al, réalisée au Canada et aux États-Unis en 2006, 58% avaient déjà révélé une erreur médicale sérieuse [69].

Dans la série de Lauris et al, 93% des praticiens accepteraient la révélation d'une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient [70].

L'étude Medscape réalisée en 2017, a trouvé que la majorité des médecins (56%) interrogés acceptaient de révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient [52].

Dans notre étude, il est inacceptable de cacher une erreur médicale qui pourrait affecter le patient pour la majorité des médecins (soit 67%), près d'un médecin sur 5 (24%) préféraient agir au cas par cas, alors que 9% refusaient de révéler l'erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient.

Tableau XVIII: Pourcentage des médecins qui étaient prêts ou non à révéler une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui étaient prêts à révéler ou non une erreur médicale lorsqu'elle affecte le patient
Lisa et al [59]	Etats Unis/2009	Oui : 65.9% Non : 34.1%
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Oui : 64% Non : 16%
Thomas et al [69]	Canada et Etats Unis/2006	Oui : 58%
Lauris et al [70]	Etats Unis/2007	Oui : 93%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/ 2017	Oui : 56% Non : 21%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	Oui : 67% Non : 9%

3.9. Prescrire un placebo :

Le sondage Medscape (2015), a montré que la majorité soit 46% des médecins n'étaient pas d'accord avec la prescription d'un placebo, 30% avaient un avis favorable et 24% préféraient agir au cas par cas [51].

Dans l'étude Pauline réalisée en France en 2011, portant sur l'usage de placebo en médecine générale, auprès de 1012 médecins généralistes français, 54% des médecins répondants déclarent réaliser des prescriptions « pour obtenir un effet placebo » [71].

Dans une étude réalisée par Hrobjartsson et al, au Danemark en 2003, auprès de 672 participants, portant sur l'utilisation du placebo dans la pratique médicale, 86% des réponders ont déclaré avoir prescrit un placebo au moins une fois dans leur pratique [72].

Dans la série de Nitzan et al, réalisée en 2004 en Israël, auprès de 89 participants portant sur l'utilisation du placebo, 60% des praticiens avaient déjà prescrit un placebo [73].

Dans l'étude de Medscape réalisée en 2017, 65% des médecins français étaient prêts à prescrire un placebo [59].

Notre étude vient rejoindre les données de la littérature avec un pourcentage de 66% des médecins qui étaient prêts à prescrire un placebo.

Tableau XIX : Pourcentage des médecins qui étaient prêts à prescrire un placebo.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui étaient prêts à prescrire un placebo
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne /2015	Médecins français : 30%
Medscape [59]	France, Etats Unis et Allemagne /2017	Médecins français : 65% Médecins allemands : 49% Médecins américains : 45%
Pauline [71]	France/2011	54%
Hrobjartsson et al [72]	Danois/Danemark/2003	86%
Nitzan et al [73]	Jérusalem/Israël/2004	60%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	66%

3.10. Rompre le secret médical :

L'étude de Lisa et al, a objectivé que 91.4% des praticiens n'ont jamais rompu le secret médical, alors que 8.6% l'ont rompu [59].

Dans la série de Pascal, la majorité des sujets, soit 93,7% avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades [55].

Le sondage de Medscape, a trouvé qu'en France deux médecins sur cinq (40%) estimaient que la confidentialité concernant un patient peut être rompue dans l'objectif de préserver la santé d'une tierce personne, 33% des médecins n'étaient pas d'accord et 27% préféreraient agir au cas par cas [51].

Dans la même étude [51] :

- La majorité soit 53% des médecins allemands étaient d'accord, 16% n'accepteraient pas de rompre le secret médical et 31% préféraient agir en fonction de la situation.
- La plupart des médecins américains soit 66% étaient d'accord, 12% étaient contre et 22% préféraient agir en fonction de la situation.

Dans la série de Soumah et al [56], 51,7 % des acteurs de la santé étaient en faveur d'une levée du secret médical contre 48,3 % qui étaient contre la levée du secret médical.

Dans l'étude de Fabienne réalisée en France en 2004, portant sur le secret médical auprès de 58 praticiens, 59% des médecins n'avaient jamais rompu le secret médical au cours de leur exercice professionnel, alors que 41% l'ont déjà rompu au cours de leur exercice professionnel [74].

Dans la série Medscape réalisée en 2017, la majorité des médecins étaient prêts à rompre le secret médical pour protéger des victimes potentielles, en particulier dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire [52].

Dans notre étude, un médecin sur 3 soit 34% estimait que la confidentialité concernant un patient peut être rompue dans l'objectif de préserver la santé d'une tierce personne, 32% des médecins préféraient agir au cas par cas et le tiers restant le refusaient.

Tableau XX : Pourcentage des médecins qui n'étaient pas prêts à rompre le secret médical.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui n'étaient pas prêts à rompre le secret médical
Lisa et al [59]	Etats Unis/2012	91,4%
Pascal [55]	Mali/2009	93,7%
Medscape [51]	Europe, Etats Unis et Allemagne /2015	Médecins Français 33% Médecins allemands 16% Médecins américains 12%
Soumah et al [56]	Sénégal/2010	48%
Fabienne [74]	France/2004	59%
Medscape [52]	Europe, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins français: 22% Médecins allemands : 19% Médecins américains : 17%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	34%

3.11. Appliquer un traitement pour maintenir le patient en vie même si l'issue est fatale :

Le sondage Medscape (2015) a montré qu'en France, pour beaucoup de praticiens (42%), le comportement à adopter peut varier selon les circonstances. « Tout dépend de l'état d'esprit du patient », « de son souhait ». Alors que 21% appliqueraient un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale et 37% des médecins ne le recommanderaient pas [51].

La série d'Asch et al, a rapporté que 82% des praticiens retiraient les traitements de maintien de vie qu'ils jugeaient futiles [75].

L'étude de Katja et al, réalisée en 2014, portant sur les attitudes des médecins à l'égard des problèmes médicaux et éthiques, auprès de 3073 médecins canadiens et allemands, a montré que 94% des médecins avaient déjà envisagé la limitation du traitement de maintien de la vie dans certaines circonstances [76].

Dans l'étude de Forde et al, 76% ont déclaré avoir déjà traité des patients au moins une fois, même si l'issue était fatale [77].

Dans notre étude, 41% des médecins recommanderaient et appliqueraient un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale alors que 29% des médecins étaient contre et 30% préféraient agir au cas par cas.

3.12. Autorisation de l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté :

Sondage Medscape, a trouvé que 40% des répondeurs avaient un avis favorable concernant l'autorisation de l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté, 38% n'étaient pas d'accord et 21% préféraient agir en fonction de la situation [51].

Une enquête réalisée sur la fin de vie, auprès des médecins français sur la « fin de vie » pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, a trouvé que 39% des médecins s'opposaient à l'euthanasie, 60% étaient d'accord. Pour le suicide médicalement assisté 58% s'opposaient et 39% avaient un avis favorable [78].

Dans la série de James, réalisée en Australie en 2017, auprès de 500 professionnelles de santé, portant sur l'euthanasie, 30% des médecins refusaient l'autorisation de l'euthanasie [79].

La série de la fédération des médecins omnipraticiens du Québec, a trouvé que 15.3% des praticiens refusaient la pratique de l'euthanasie [58].

Dans la série réalisée en argentine par Falcon et al, portant sur les décisions médicales en matière de fin de vie auprès de 172 médecins, 65% des médecins avaient déjà pratiqué l'euthanasie [80].

Le sondage Medscape réalisé en 2017, a montré que 41% des médecins français, 44% des médecins allemands et 29% des médecins américains refusaient l'autorisation de l'euthanasie [52].

Dans notre étude, la majorité des répondeurs (soit 74%) refusaient l'autorisation de l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

Tableau XXI : Pourcentage des sujets qui refusaient l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des sujets qui refusaient l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	38%
Enquête de l'ordre nationale des médecins français [78]	France/2013	39%
James [79]	2017	30%
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec [58]	Canada/2009	15.3%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins Français : 41% Médecins allemands : 44% Médecins américains : 29%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	74%

3.13. Dissimuler les informations sur un diagnostic en phase terminale ou préterminale afin de maintenir la motivation du patient :

Dans le sondage Medscape réalisé en 2017, 52% des médecins français, 13% des médecins allemands et 7% des médecins américains se disaient prêts à ne pas partager des informations sur un diagnostic en situation de fin de vie pour préserver la motivation du patient [52].

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la série de Medscape réalisée en 2015. Chez nous, 45% des médecins étaient prêts à dissimuler les informations sur un diagnostic grave pour maintenir la motivation du patient, dans l'étude de Medscape un pourcentage près du notre a été trouvé (44%) des médecins adopteraient cette attitude afin de conserver la motivation du patient [51].

Tableau XXII : Pourcentage des médecins qui étaient prêts à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale ou préterminale afin de maintenir la motivation du patient.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui étaient prêts à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale ou préterminale afin de maintenir la motivation du patient
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins Français : 52% Médecins Allemands : 13% Médecins Américains : 7%
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	44%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	45%

3.14. Apporter des soins intensifs à un nouveau-né qui en cas de survie aura assurément une qualité de vie altérée :

Dans le sondage Medscape réalisé en 2015 [51]:

- La moitié des médecins français (53%) se disaient défavorables à la réanimation d'un nouveau-né, dont les séquelles seraient lourdes et irréversibles en cas de survie. Aux Etats-Unis, près d'un médecin sur quatre partageait cette opinion (soit 26%).
- Quatorze pourcent des médecins français avaient un avis favorable et 33% considéraient que le comportement à adopter dépend des circonstances. 31% des médecins américains étaient d'accord et la majorité soit 43% préféraient agir au cas par cas.

Dans notre étude 58% des médecins étaient en faveur de la réanimation d'un nouveau-né, dont les séquelles seraient lourdes et irréversibles en cas de survie, 20% le refusaient et 22% préféreraient agir en fonction de la situation.

Tableau XXIII : Pourcentage des médecins qui étaient prêts à apporter des soins intensifs à un nouveau qui en cas de survie aura assurément une qualité de vie altérée.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui étaient prêts à apporter des soins intensifs à un nouveau né qui en cas de survie aura assurément une qualité de vie altérée
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Médecins français 14% Médecins américains 31%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	58%

3.15. Pratiquer une IVG même si cela va à l'encontre des croyances des médecins :

La série Medscape, a trouvé que 52% des médecins étaient prêts à pratiquer une IVG même si cela va à l'encontre de leurs croyances, 32% s'opposaient catégoriquement et 16% préféraient agir au cas par cas [51].

Les pourcentages dans notre étude sont encore plus élevés par rapport à l'étude précédente : 56% des médecins refusaient de pratiquer une IVG, 26% étaient prêts à le pratiquer, et 18% préféraient agir au cas par cas.

Tableau XXIV : Pourcentage des médecins qui pourraient pratiquer une IVG même si cela va à l'encontre de leurs croyances.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui pourraient pratiquer une IVG même si cela va à l'encontre de leurs croyances
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	52%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	26%

3.16. Informé un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin :

Dans l'étude Medscape, un médecin sur deux (51%) était prêt à orienter un patient vers un autre médecin plus compétent pour un soin, 17% n'étaient pas prêts à le faire et 32% préféraient agir en fonction de la situation.

Nous avons trouvé que 87% des médecins seraient prêts à informer un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour réaliser un acte dont il a besoin, 6% le refusaient et 7% décidaient au cas par cas.

Tableau XXV : Pourcentage des médecins qui informaient un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui informaient un patient sur les activités d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne//2015	51%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	87%

3.17. Signaler la pratique d'un médecin collègue qui se trouve altérée par l'alcool, la drogue ou une maladie :

Dans le sondage Medscape (2015), 28% des médecins français étaient prêts à le signaler, 35% refusaient, alors que 37% préféraient agir en fonction de la situation [51].

Dans la même étude la majorité des médecins américains soit 77% étaient prêts à le signaler, 4% refusaient et 19% préféraient agir en fonction de la situation [51].

La série Medscape réalisée en 2017, a montré que 62% des médecins français, 22% des médecins allemands et 78% des médecins américains donneraient l'alerte si un confrère n'était plus en état d'exercer [52].

Dans notre étude la majorité des sujets soit 49% signaleraient une pratique altérée, et 29% préféraient agir en fonction de chaque situation.

Tableau XXVI : Pourcentage des médecins qui signaleraient une pratique d'un médecin collègue altérée par l'alcool, la drogue ou une maladie.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui signaleraient une pratique d'un médecin collègue altérée par l'alcool, la drogue ou une maladie
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne /2015	Médecins français : 28% Médecin américains : 77%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins français : 62%, Médecins allemands : 22% Médecins américains : 78%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	49%

3.18. Contrôle aléatoire des médecins sur la consommation d'alcool ou de drogue :

Dans l'étude Medscape (2015), la majorité des médecins français (52%) estimaient qu'ils devraient faire l'objet de contrôle aléatoire sur leur consommation d'alcool ou de drogue. 35% n'étaient pas d'accord [51].

Dans la même étude 35% des médecins allemands étaient en faveur, 53% le refusaient. 29% des médecins américains étaient en faveur et 43% le refusaient.

La série Medscape réalisée en 2017, a montré qu'une proportion importante de médecins français (46%) estimaient qu'ils devraient faire l'objet de contrôles aléatoires sur leur consommation d'alcool ou de drogue [52].

Dans notre étude 64% des médecins étaient d'accord avec un contrôle aléatoire des médecins, 21% étaient contre ce contrôle.

Tableau XXVII : Pourcentage des médecins qui accepteraient le contrôle aléatoire des médecins sur la consommation d'alcool ou de drogue.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui accepteraient le control aléatoire des médecins sur la consommation d'alcool ou de drogue
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Médecins français : 52% Médecins allemands : 35%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	Médecins français : 46% Médecins Allemands : 23% Médecins Américains : 41%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	64%

3.19. Influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicale :

Dans la série Medscape (2015), un médecin sur trois (34%) considérait que l'influence est inévitable, alors que 47% des praticiens croyaient qu'ils peuvent entretenir des relations avec l'industrie pharmaceutique et leurs représentants sans que leur prescription en soit modifiée et 19% préféraient décider en fonction de la situation [51].

Dans le sondage Medscape réalisé en 2017, plus de 60% des médecins français estimaient qu'accepter des invitations ou être rémunéré comme orateur par l'industrie n'a pas d'impact sur leur prescription [52].

Notre étude, a trouvé que 50% des médecins pouvaient entretenir des relations avec l'industrie pharmaceutique sans que leur prescription en soit influencée.

Tableau XXVIII : Pourcentage des médecins qui pouvaient entretenir des relations avec l'industrie pharmaceutique sans que leur prescription soit influencée.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui pouvaient entretenir des relations avec l'industrie pharmaceutique sans que leur prescription soit influencée
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne /2015	50%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	61%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	47%

3.20. Signaler une violence domestique ou maltraitance suspectée :

Notre étude était comparable avec la série du Medscape. Nous avons trouvé que 73% des médecins n'étaient pas prêts à signaler une violence domestique ou maltraitance suspectée. Dans l'étude Medscape réalisée en 2015, 76% des médecins n'étaient pas prêts à le signaler, et près d'un médecin français sur quatre (24%) avait déjà eu des soupçons de maltraitance, sans pour autant alerter, ni chercher à enquêter [51].

Tableau XXIX : Pourcentage des médecins qui n'étaient pas prêts à signaler une violence domestiques ou maltraitance suspectée.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui n'étaient pas prêts à signaler une violence domestiques ou maltraitance suspectée
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne /2015	76%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	80%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	73%

3.21. Accepter qu'un médecin s'engage dans une relation autre que professionnel avec un patient :

Dans l'étude Medscape, 14% des médecins français étaient prêts à s'engager dans une relation autre que professionnelle avec un patient, 71% le refusaient et 15% préféraient agir en fonction de la situation [51].

Dans la même étude 32% des médecins allemands étaient prêts à s'engager dans une relation autre que professionnelle avec un patient, 46% le refusaient et 22% préféraient agir en fonction de la situation. 23% des médecins américains étaient prêts à s'engager dans une relation autre que professionnelle avec un patient, 67% le refusaient et 10% préféraient agir en fonction de la situation [51].

La série de Sheldon et al, réalisée auprès de 460 praticiens, concernant les contacts érotiques et non érotiques avec des patients, publiée en Avril 2006, a montré que 7.2% des sujets s'engageaient déjà dans une relation autre que professionnelle avec un patient [81].

L'étude Medscape réalisée en 2017 a trouvé que la majorité des médecins français (67%) ne s'engagerait pas dans une relation amoureuse ou sexuelle avec un patient [52].

Nous avons trouvé dans notre série que 79% des praticiens refusaient que le médecin s'engage dans une relation autre que professionnelle avec ses patients.

Tableau XXX : Pourcentage des médecins qui refusaient de s'engager dans une relation autre que professionnelle avec un patient.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui refusaient de s'engager dans une relation autre que professionnelle avec un patient.
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	Médecins français: 71% Médecins allemands : 46% Médecins américains : 67%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	65%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	79%

3.22. Patient ne respectant pas les recommandations concernant le traitement devrait-il contribuer d'avantage au financement de l'assurance maladie ?

Par rapport à cette question, notre étude a montré que 42% des praticiens était contre, 35% étaient pour et 23% préféraient agir au cas par cas.

Alors que dans la série Medscape (2015), près d'un médecin français sur deux (46%) estime que les patients n'adoptant pas une vie saine devraient être pénalisés en finançant davantage l'assurance maladie, 34% n'étaient pas d'accord et 20% préféraient agir au cas par cas [51].

Le sondage Medscape réalisé en 2017, a montré que près d'un médecin français sur deux estimait que sanctionner financièrement les patients qui n'adoptent pas de saines habitudes de vie n'est pas une bonne solution, 30% se disaient en faveur d'une pénalité et 23% des sujets préféraient agir au cas par cas [52].

Tableau XXXI : Pourcentage des avis des médecins qui étaient contre le financement d'avantage de l'assurance maladie par les patients ne respectant pas les recommandations concernant leurs traitements.

Auteurs	Pays/Année	Pourcentage des avis des médecins qui étaient contre le financement d'avantage de l'assurance maladie par les patients ne respectant pas les recommandations concernant leurs traitements
Medscape [51]	France, Etats Unis et Allemagne/2015	34%
Medscape [52]	France, Etats Unis et Allemagne/2017	France : 48% Etats Unis : 23%
Notre étude	Maroc/Marrakech 2019	42%

III. Discussion des corrélations :

Les facteurs qui pouvaient influencer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech :

- Année de résidanat,
- Spécialité médicale ou chirurgicale,
- Avoir reçu une formation dans le domaine d'éthique à la faculté.

1. Corrélation entre les années de résidanat et les attitudes et pratiques des médecins résidents au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech :

Ce tableau nous résume l'ensemble des résultats trouvés lors de la corrélation entre les années de résidanat et les attitudes et pratiques des médecins résidents au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Tableau XXXII: Corrélation entre les années de résidanat et les attitudes et pratiques de médecins résidents au CHU Mohammed VI.

Année de résidanat	Médecins qui donnaient toujours une information détaillée au patient	Médecins qui refusaient de relativiser les risques d'une intervention	Médecins qui pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui n'affecte pas le patient	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui affecte le patient
1^{ère} année	22%	39%	35%	21%	60%
2^{ème} année	12.5%	50%	37.5%	25%	63%
3^{ème} année	26.7%	46.66%	34%	20%	68%
4^{ème} année	50%	34%	50%	17%	67%
5^{ème} année	50%	50%	25%	25%	50%

D'après nos résultats, les années de résidanat n'ont aucune influence sur les attitudes et les pratiques des médecins résidents en matière d'éthique médicale.

Les attitudes et les pratiques ont été jugée insuffisantes quel que soit l'année de résidanat.

2. Corrélation entre la spécialité et les attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech :

Ces tableaux nous résument l'ensemble des résultats trouvés lors de la corrélation entre la spécialité médicale et chirurgicale et les attitudes et pratiques des médecins résidents au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Tableau XXXIII: Corrélation entre la spécialité et les attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Spécialité	Médecins qui donnaient toujours une information détaillée au patient	Médecins qui refusaient de relativiser les risques d'une intervention	Médecins qui pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui n'affecte pas le patient
Spécialité médicale	34%	48%	38%	18%
Spécialité chirurgicale	36%	46%	34%	30%
Spécialité	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui affecte le patient	Médecins qui refusaient de prescrire un placebo	Médecins qui refusaient de rompre le secret médical	Médecins qui pourraient appliquer un traitement vital même si l'issue est fatale
Spécialité médicale	68%	24%	38%	46%
Spécialité chirurgicale	66%	12%	30%	36%
Spécialité	Médecins qui refusaient l'euthanasie	Médecins qui refusaient de dissimuler des informations sur un diagnostic pour maintenir la motivation du patient	Médecins qui refusaient la pratique d'une IVG	Médecins qui acceptaient d'informer un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin
Spécialité médicale	78%	30%	58%	92%
Spécialité chirurgicale	70%	28%	54%	82%

D'après l'analyse de ces résultats, l'attitude des médecins en matière d'éthique clinique ne dépend pas de leur spécialité.

Les attitudes et pratiques ont été jugées insuffisantes quel que soit la spécialité médicale ou chirurgicale.

3. Corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances, attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech :

3.1. Corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech

Ce tableau nous résume l'ensemble des résultats trouvés lors de la corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Tableau XXXIV: Corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

	Connaissance de l'existence d'un code d'éthique au Maroc	Connaissance des principes d'éthique médicale	Connaissance de l'existence d'un comité d'éthique au Maroc
Médecins qui avaient reçu une formation	Oui : 48,5%	Oui : 44,2%	Oui : 32,5%
Médecins qui n'avaient pas reçu de formation	Oui : 34,6%	Oui : 34,6%	Oui : 30,7%

D'après l'analyse de ces résultats, les connaissances des médecins en matière d'éthique clinique ne dépendent pas de leur formation ou non dans le domaine d'éthique médical.

Les connaissances ont été jugées insuffisantes pour les 2 catégories.

3.2. **Corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances, attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech :**

Ces tableaux nous résument l'ensemble des résultats trouvés lors de la corrélation entre la formation en éthique médicale et les attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Tableau XXXV : Corrélation entre la formation en éthique médicale et les connaissances, attitudes et pratiques des médecins au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Spécialité	Médecins qui donnaient toujours une information détaillée au patient	Médecins qui refusaient de relativiser les risques d'une intervention	Médecins qui pourraient aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement vital	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui n'affecte pas le patient
Médecins qui avaient reçu une formation	36,7%	45,6%	40%	23,5%
Médecins qui n'avaient pas reçu de formation	30,7%	50%	30,75%	27%
Spécialité	Médecins qui pourraient révéler une erreur médicale qui affecte le patient	Médecins qui refusaient de prescrire un placebo	Médecins qui refusaient de rompre le secret médical	Médecins qui pourraient appliquer un traitement vital même si l'issue est fatale
Médecins qui avaient reçu une formation	70,5%	17,6%	33,8%	35,3%
Médecins qui n'avaient pas reçu de formation	65,5%	19,2%	30,7%	57,7%
Spécialité	Médecins qui refusaient l'euthanasie	Médecins qui refusaient de dissimuler des informations sur un diagnostic pour maintenir la motivation du patient	Médecins qui refusaient la pratique d'une IVG	Médecins qui acceptaient d'informer un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin
Médecins qui avaient reçu une formation	75%	25%	54,4%	88,2%
Médecins qui n'avaient pas reçu de formation	73%	38,5%	65,4%	84,6%

D'après l'analyse de ces résultats, les attitudes et les pratiques des médecins en matière d'éthique clinique ne dépendent pas de leur formation ou non dans le domaine d'éthique médical.

Les attitudes et les pratiques ont été jugées insuffisantes pour les 2 catégories.

IV. Les limites de l'étude :

Nous avons mené une étude qui a pour but d'étudier les perceptions de la notion d'éthique hospitalière par les médecins au sein du CHU Mohammed VI, d'apprécier leurs niveau de formation et des connaissances en matière d'éthique pratique, d'évaluer leurs attitudes et leurs pratiques dans l'exercice professionnel et d'identifier les facteurs influençant la connaissance, l'attitude et la pratique en matière d'éthique en pratique clinique.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail :

- Notre étude est transversale portant sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet. Nombreuses difficultés étaient rencontrées à cause de l'indisponibilité de la part d'un certain nombre de médecins due aux occupations.
- Le manque de statistiques dans notre pays sur ce sujet, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.

*RECOMMANDATIONS
ET SUGGESTIONS*

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

Au ministère de l'enseignement supérieur et universitaire :

– Introduire dans les programmes des facultés de médecine des cours d'éthique clinique et de bioéthique dans chaque promotion, 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. Le contenu de ce cours abordera essentiellement les points suivants :

- ✓ Appliquer l'éthique dans le contexte de la clinique,
- ✓ Le rapport entre le jugement clinique et le jugement éthique,
- ✓ La relation médecin-malade à l'intérieur de l'acte de soins,
- ✓ Les dimensions symboliques et culturelles de la décision et l'influence du contexte organisationnel,
- ✓ La délibération et le dialogue comme compétences éthiques,
- ✓ L'approche réflexive comme mode d'apprentissage dans l'accompagnement des étudiants.

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

Au ministère de la santé publique :

- Organiser une formation des professionnels en matière d'éthique clinique, qui vise à leur offrir un bagage leur permettant de soumettre à la pensée critique les questions éthiques.
- Créer au sein de différentes structures sanitaires du pays, des comités d'éthique clinique. Ces comités rempliront communément trois fonctions :
 - Analyse des cas proposés par un médecin, une infirmière, un patient...,
 - Elaboration des directives concernant certains aspects des soins ou de l'attitude face aux malades,
 - Sensibilisation et éducation du milieu à l'éthique.

- Créer dans chaque structure sanitaire, une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.
- Procéder à une formation des médecins en matière d'éthique des soins et de déontologie médicale.

Aux agents de la santé publique

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, intensifier l'information et l'éducation des populations afin que les malades aient une meilleure connaissance de leurs droits (mais aussi de leurs devoirs) en ce qui concerne l'administration des soins.

Aux professionnels de la santé

Améliorer la relation médecin-malade par :

- L'obtention du consentement libre et éclairé des malades avant chaque acte de soin.
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité des informations personnelles concernant les malades.
- L'information continue du malade à propos de sa maladie et de son évolution.



CONCLUSION



Pendant longtemps, on a considéré que lorsqu'un médecin s'occupe d'un patient, il lui accorde une faveur. L'éthique, elle, dit qu'il n'en est rien, et que c'est exactement l'inverse : lorsqu'un patient s'adresse à un soignant pour lui confier sa santé ou sa vie, c'est le soignant qui devient l'obligé du patient. Il n'est pas seulement investi d'une confiance et de pouvoirs, mais aussi, simultanément, d'obligations très strictes.

La définition de l'éthique médicale n'est pas univoque, elle n'est pas définitive, elle évolue sans cesse, avec les techniques médicales, les connaissances, et les situations.

Le respect de l'éthique médicale constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade ; il témoigne de la recherche d'une certaine forme de sagesse, de « science avec conscience », dans l'exercice de la médecine contemporaine.

L'éthique médicale repose sur un ensemble de valeurs auxquelles les professionnels de santé peuvent faire référence en cas de conflit ou de problèmes éthiques. Ces valeurs incluent le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. De tels principes peuvent permettre aux professionnels de santé et aux familles de créer un plan de traitement et d'atteindre le même objectif commun.

Alors que ce domaine continue de se développer et de changer au cours de l'histoire, l'accent est mis sur une pensée juste, équilibrée et morale. L'éthique médicale englobe une application pratique en milieu clinique ainsi que des travaux scientifiques sur son histoire, sa philosophie et sa sociologie.



RÉSUMÉS



Résumé

L'éthique fait partie intégrante de la pratique médicale. C'est un ensemble de principes moraux qui applique des valeurs à la pratique de la médecine clinique et à la recherche scientifique.

La présente étude, a été réalisée auprès de 100 médecins œuvrant au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de 6 mois ; avec l'objectif d'étudier leur perception de la notion d'éthique médicale, d'apprécier leur niveau de formation et de connaissance, d'évaluer leurs attitudes et leurs pratiques dans l'exercice de leur métier.

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : la tranche d'âge la plus représentée était entre 25 – 34 ans, avec une légère prédominance féminine de 51%, la majorité de nos médecins étaient des résidents, 79% des médecins avaient une ancienneté inférieure à 5 ans.

La majorité des médecins connaissaient l'éthique médicale et la grande partie avait acquis des connaissances dans ce domaine au niveau de la faculté. 68% avaient reçu une formation en éthique médicale lors du cursus universitaire. 56% des médecins ignoraient l'existence d'un code d'éthique au Maroc et 60% ignoraient les principes d'éthique médicale. Seulement 32% des praticiens étaient au courant de l'existence de comité d'éthique au Maroc et 75% ignoraient l'existence d'un comité au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech. 96% des avis étaient favorables à la mise en place d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique de soins et de déontologie médicale.

Concernant les attitudes et les pratiques des médecins ; nos médecins ont jugé que le consentement des patients est nécessaire lors des traitements chirurgicaux en premier lieu, suivi des traitements médicaux et puis les examens para-cliniques et en dernier lieu l'examen clinique et l'interrogatoire. 60% des médecins donnaient souvent des informations détaillées aux patients. 21% des sujets étaient prêts à relativiser les risques d'une intervention pour obtenir facilement le consentement de leur patient. 36% des médecins étaient prêts à s'opposer à la volonté de la famille et maintenir un traitement s'il en va l'intérêt du patient. Deux médecins sur cinq étaient prêts à ne pas révéler une erreur médicale lorsqu'elle ne nuit pas au patient et 67% refusaient de cacher une

erreur médicale lorsqu'elle l'affecte. Un médecin sur 3 estimait que la confidentialité concernant un patient peut être rompue afin de préserver la santé d'une tierce personne. 41% des médecins étaient prêts à appliquer un traitement pour maintenir un patient en vie même si l'issue est fatale. La majorité des sujets refusaient l'autorisation de l'euthanasie. 45% des médecins étaient prêts à dissimuler des informations sur un diagnostic en phase terminale pour maintenir la motivation du patient. Plus que la moitié des médecins étaient en faveur de la réanimation d'un nouveau-né, dont les séquelles seraient lourdes en cas de survie. 56% des médecins refusaient de pratiquer une IVG. 87% des médecins étaient prêts à informer un patient sur l'activité d'un autre praticien plus compétent pour un acte dont il a besoin.

Ces attitudes et pratiques sont statiquement indépendantes de la spécialité médicale ou chirurgicale du médecin. Elles sont plutôt liées à l'instruction des médecins en matière d'éthique clinique.

Abstract

The ethics is an integral part of the medical practice. It is a set of moral principles which applies values to the practice of the clinical medicine and to the scientific research.

The present study was realized with 100 doctors working within the university hospital center Mohammed VI of Marrakesh for a period of 6 months; with the objective to study their perception of the notion of medical ethics, to appreciate their level of training and knowledge, to estimate their attitudes and their practices in the medical exercise.

The analysis of the results allowed to make the following profits: the most represented age group was between 25 – 34 years, with a light feminine ascendancy of 51 %, the majority of our doctors were residents, and 79 % of doctors had less than 5 years' seniority of the professional exercise.

The majority of physicians were knowledgeable about medical ethics and most had acquired knowledge at the faculty. 68% had received training in medical ethics during the university course. 56% of doctors were unaware of the existence of a code of ethics in Morocco and 60% were unaware of the principles of medical ethics. Only 32% of physicians were aware of the existence of ethics committees in Morocco and 75% were unaware of the existence of a committee within the Mohammed VI university hospital centre in Marrakech. 96% of the opinions were in favour of the establishment of an information, education and communication unit in ethics of care and medical ethics.

Regarding the attitudes and practices of physicians; physicians have deemed that patient consent is necessary during surgical treatments in the first place, followed by medical treatments and then para-clinical examinations, clinical examination and interrogation. 60% of physicians often gave detailed information to patients. 21% of physicians were willing to relativize the risks of an intervention to easily obtain the patient's consent. 36% of physicians were willing to oppose the family's will and maintain treatment for the patient. Two out of five doctors were willing to hide a medical error when it did not harm the patient and 67% refused to hide a medical error when it affected the patient. One in three physicians felt that the confidentiality of one patient could be

disclosed to protect the health of another. 41% were willing to apply treatment to keep a patient alive even if the outcome was fatal. The majority of subjects refused to allow euthanasia. 45% of physicians were willing to hide information about a terminal diagnosis to maintain the patient's motivation. More than half of doctors were in favour of resuscitating a newborn baby, whose after-effects would be severe in case of survival. 56% of doctors refused to practice abortion. 87% of physicians were willing to inform a patient about the activity of another physician more competent for an act they need.

These attitudes and practices are statistically independent of the physician's medical or surgical specialty. Rather, they are related to physician instruction in clinical ethics.

ملخص

الأخلاقيات جزء لا يتجزأ من الممارسة الطبية. إنها مجموعة من المبادئ و القيم الأخلاقية التي تطبق أثناء الممارسة الطبية وأثناء البحث العلمي.

قمنا بدراسة شملت 100 طبيب داخل المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش على مدى 6 أشهر بهدف دراسة تصورهم لمفهوم أخلاقيات الممارسة الطبية و تقدير مستوى معرفتهم ,مواقفهم و ممارستهم في مزاولة مهنتهم و تحديد العوامل المؤثرة على الممارسة الطبية.

النتائج المحصل عليها تتلخص فيما يلي :

- الفئة العمرية الأكثر شيوعا هي ما بين 25 و 34 سنة, غلبة طفيفة للإناث بنسبة 51%, غالبية الأطباء مقيمين, و 79 % من الأطباء لديهم اقل من 5 سنوات من الأقدمية.

- غالبية الأطباء يعرفون أخلاقيات الممارسة الطبية و معظمهم اكتسب المعرفة في هذا المجال على مستوى الكلية. 68 % تلقوا تدريبات في مجال الأخلاقيات الطبية على مستوى الجامعة. 56 % من الأطباء لم يكونوا على دراية بوجود مدونة الأخلاق الطبية في المغرب و 60 % كانوا غير مدركين لمبادئ الأخلاقيات الطبية. 32 % فقط من الأطباء على دراية بوجود لجنة للأخلاقيات الطبية في المغرب و 75 % لم يكونوا على علم بوجود لجنة داخل المستشفى الجامعي محمد السادس في مراكش. أيد 96 % من الأطباء فكرة إنشاء وحدة معلومات وتواصل بشأن الأخلاقيات الطبية.

- بخصوص مواقف وممارسات الأطباء؛ اعتبر الأطباء أن موافقة المريض ضرورية أولا أثناء العلاج الجراحي ، تليها العلاجات الطبية ثم الفحوصات شبه السريرية وفي النهاية الفحص السريري والاستجواب. 60 % من الأطباء في كثير من الأحيان قدموا معلومات مفصلة للمرضى حول المرض و علاجه. 21 % من الأطباء كانوا على استعداد للتناقص من مخاطر التدخل الطبي للحصول بسهولة على موافقة المريض. 36 % من الأطباء على استعداد لمعارضة رغبات الأسرة والحفاظ على العلاج إذا كان ذلك في مصلحة المريض. طبيبين من بين كل خمسة أطباء كانوا على استعداد لعدم الكشف عن الخطأ الطبي عندما لم يؤدي المريض ورفض 67 % إخفاء الخطأ الطبي عندما يؤدي المريض. طبيب واحد من كل ثلاثة أطباء اعتبروا أن يمكن كشف السر الطبي من أجل الحفاظ على صحة شخص آخر. كان 41 % على استعداد لتطبيق العلاج للحفاظ على المريض على قيد الحياة حتى لو كانت حالة المريض سيئة. غالبية الأطباء رفضوا ترخيص القتل الرحيم. كان 45 % من الأطباء على استعداد لإخفاء معلومات حول التشخيص النهائي للحفاظ على تحفيز المريض. كان أكثر من نصف الأطباء يؤيدون إنعاش المولود الجديد ، حتى و إن كانت عواقبه وخيمة في حالة البقاء على قيد الحياة. 56 % من الأطباء رفضوا ممارسة الإجهاض. كان 87 % من الأطباء على استعداد لإبلاغ المريض عن نشاط طبيب آخر أكثر كفاءة لفحوصات يحتاجها .

هذه المواقف والممارسات إحصائياً ليس لها أي علاقة بالتخصص الطبي أو الجراحي للطبيب. ترتبط بالأحرى بتعليم الأطباء في الأخلاقيات السريرية.



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Questionnaire destiné aux médecins de CHU Mohammed VI : L'ETHIQUE EN PRATIQUE MEDICALE « connaissances, attitudes et pratiques »

- Ce questionnaire anonyme a été élaboré pour étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins en matière d'éthique en pratique médicale au CHU Mohammed VI Marrakech et ce dans le cadre d'une thèse en médecine.
- Il concerne les professeurs, les médecins attachés ainsi que les résidents.
- Merci de prendre de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

I. Première partie : Données sociodémographiques des médecins

1. Age :

0 < 25 ans 1 25–34 ans 2 35–44 ans 3 45–55 ans 4 > 55 ans

2. Sexe :

0 Féminin

1 Masculin

3. Grade :

0 Professeur :

1 Médecin attaché

Résident : 2 1^{er} année 3 2^{ème} année 4 3^{ème} année 5 4^{ème} année 6 5^{ème} année

4. Ancienneté :

0 < 5 ans

1 5–10 ans

2 > 10 ans

5. Spécialité :

0 Médicale :

1 Chirurgicale :

II. Deuxième partie : Connaissances liées à l'éthique en pratique médicale :

6. Avez-vous entendu parler de l'éthique médicale ?

0 Oui

1 Non

7. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?

0 Médias

1 Faculté (université)

2 Hôpital

3 Autre (à préciser)

19. Pensez-vous que votre structure sanitaire et en général les CHU, aient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale ?

0 Oui

1 Non

III. Troisième partie : Attitudes et pratiques liées à l'éthique dans la pratique médicale :

20. Selon vous, dans quel type de soin le consentement est nécessaire :

0 Interrogatoire

1 Examen clinique

2 Examen para clinique

3 Traitement médicale

4 Traitement chirurgicale

21. Donnez-vous des informations détaillées à tout patient sur sa maladie ainsi que les bénéfices et les risques du traitement ?

0 Toujours

1 Souvent

2 Rarement

22. Est-ce que vous pouvez donner une information erronée au patient afin qu'il adhère au traitement ?

0 Oui

1 Non

2 Cela dépend

23. Seriez-vous prêt à relativiser les risques d'une intervention ou d'un traitement que vous croyez bénéfique pour votre patient afin d'obtenir plus facilement son consentement ?

0 Oui

1 Non

2 Cela dépend

24. Pourriez-vous aller contre la volonté de la famille et maintenir un traitement si vous estimez qu'il y a encore une chance de survie pour le patient ?

0 Oui

1 Non

2 Cela dépend

25. Seriez-vous prêt à restreindre l'information communiquée au patient à la demande de la famille ?

0 Oui

1 Non

2 Cela dépend

26. Est-il selon vous acceptable de ne pas révéler une erreur médicale lorsque celle-ci ne nuit pas au patient ?

0 Oui

1 Non

2 Cela dépend



BIBLIOGRAPHIE



1. Rameix S.

Fondements philosophiques de l'éthique médicale.

Ellipses. 1996.

2. Paycheng O, Serman S.

A la rencontre de l'éthique.

Heures de France, 2ème Edition, 2006.

3. Guy Durand.

La bioéthique : nature, principes, enjeux.

Les Editions Fides. 1997. Page 16.

4. Gueibe R.

Le droit, la déontologie, la morale et l'éthique.

La lettre du Groupe Francophone d'Etude et de Formations en Ethique de la Relation de Service et de Soin, 2009.

5. Ali Benmakhlouf et al.

Éthique et soins.

Actualité et dossier en santé publique n° 77. Décembre 2011.

6. UNESCO.

Cours de base de bioéthique.

Programme d'éducation en éthique. Secteur des sciences sociales et humaines. 2008.

7. LAROUSSE médicale en ligne.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/éthique/31389/locution>

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hippocrate/123966>

8. Ricoeur, Paul.

Éthique et morale.

Revista portuguesa de filosofia, 1990, p. 5–17.

9. Association médicale mondiale.

Manuel d'éthique médical. 3ème Edition.

10. Association médicale mondiale.

Manuel d'éthique médical. 2ème Edition.

11. ANESM.

La définition et le champ de l'éthique dans le secteur social et médico-social, in analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf

12. Delassus, Eric.

Actualité du serment d'Hippocrate. 2009.

13. JL. Payen.

Les grands principes éthiques au XXème siècle (I) : La lente naissance d'une éthique confidentielle.

La revue du praticien, 2003 ; vol. 53 : p. 1849–1853.

14. Canguilhem, Georges.

Médecine-Thérapeutique, expérimentation, responsabilité.

Médecine sciences, 2003 ; vol. 19, no 3, p. 371–373.

15. Heather MacDougall, PhD, and G. Ross Langley, MD.

Medical ethics summary : L'éthique médicale d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

16. Durand G.

Histoire de l'éthique médicale et infirmière.

INF. Montréal. 2000.

17. Association médicale mondiale.

Déclaration de Genève.

<https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/ethique/declaration-de-geneve/>

18. Ambroselli C.

L'éthique médicale.

PUF. Paris. 1988.

19. JL. Payen.

Les grands principes éthiques au XXème siècle (II). De la circulaire de Weimar à la loi HURIET.

Revue du praticien, 2003 ; vol. 53 : p. 1965-9.

20. Demarez, J. P.

La déclaration d'Helsinki: origine, contenu et perspectives.

La Lettre du Pharmacologue, 2000. Vol. 14, no 8.

21. Association médicale mondiale.

Déclaration d'Helsinki : Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains.

<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

22. Goussard, Christophe.

Éthique dans les essais cliniques-Principes fondateurs, lignes directrices internationales, rôles et responsabilités des comités d'éthique.

Médecine sciences, 2007, vol. 23, no 8-9, p. 777-781.

23. Fagot–Largeault, Anne.

La déclaration d'Helsinki révisée. Droit à la connaissance, respect des personnes et recherche clinique.

Médecine Sciences, Paris. 2001, p. 15–22.

24. Jaillon, Patrice et Demarz, Jean–Paul.

L'histoire de la genèse de la loi Huriot-Sérusclat de décembre 1988–Loi sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

Médecine sciences, 2008, vol. 24, no 3, p. 323–327.

25. Henk A. M. J. ten Have et Michèle S. Jean.

La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme Histoire, principes et application.

UNESCO. 2009.

26. Beauchamp, T. L.; Childress, J. F.

Principles of biomedical ethics. 5ème édition.

Oxford University Press. New York. 2001.

27. Holm, Soren.

Not just autonomy: the principles of American biomedical ethics.

Journal of medical ethics, 1995, vol. 21, no 6, p. 332–338.

28. Joly, C. et Joly, L.–M.

Éthique et déontologie médicale: droits des malades, problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort. In : Réanimation et urgences.

Springer, Paris, 2010. p. 475–481.

29. Rauprich, Oliver et Vollmann, Jochen.

30 Years Principles of biomedical ethics: introduction to a symposium on the 6th edition of Tom L Beauchamp and James F Childress' seminal work. 2011.

30. Wolf, M.

Consentement, éthique et dogmes.

Ethics, Medicine and Public Health, 2015, vol. 1, no 1, p. 120–124.

31. Caillol, Michel, Le coz, Pierre, Aubry, Régis, et al.

Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques.

Santé publique, 2010, vol. 22, no 6, p. 625–636.

32. Corinne Perdrix, Xavier Gocko, Catherine Plotton.

La relation médecin-patient.

Collège National des Généralistes Enseignants. Exercer. 2017.

33. Gillon, Raanan.

Medical ethics: Four principles plus attention to scope.

Bmj, 1994, vol. 309, no 6948, p. 184.

34. Tsai, D. F.

Ancient Chinese medical ethics and the four principles of biomedical ethics.

Journal of medical ethics, 1999, vol. 25, no 4, p. 315–321.

35. IUSMM

Énoncé de valeurs éthiques.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. Mars 2006.

http://www.iusmm.ca/documents/pdf/hopital/publications/enonce_ethique.pdf

36. Quinche, F.

Respect du droit et de l'autonomie ou bienfaisance ?

Ethique & Santé, 2005, vol. 2, no 1, p. 41–45.

37. Reich, M.

L'information diagnostique et pronostique à l'épreuve des avancées thérapeutiques en cancérologie: réflexions éthiques.

Revue francophone de psycho-oncologie, 2004, vol. 3, no 4, p. 188–196.

38. Jaunait, Alexandre.

Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient.

Raisons politiques, 2003, no 3, p. 59–79.

39. Debarre J-M.

Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux.

Médecine droit. Paris. 2017.

40. Baudouin, Jean-Louis et Parizeau, Marie-Hélène.

Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. 1987.

41. Laude, Anne.

Le droit à l'information du malade.

Les tribunes de la santé, 2005, no 4, p. 43–51.

42. Bundesarztekammer, chambre médicale autrichienne, conseil nationale de l'ordre des médecins en France, association médicale Hallénique., et al.

Principes d'éthique médicale européenne, consulté le 01/04/2012.

43. Université d'Ottawa.

Cours sur l'éthique médicale.

https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Serv_Ethique_f.htm

44. Alex Mauron.henk.

Bienfaisance et non-maléficiencia (principes de).1996, 2004.

45. Beauchamp TL, Childress JF.

Principles of Biomedical Ethics.

Oxford University Press. New York. 4e édition. 1994, 546 p.

46. VANDENBROUCKE, Frank.

Équité en soins de santé.

Reflets et perspectives de la vie économique, 2003, vol. 42, no 1, p. 31–37.

47. Michèle Clément, Ph.D. et Éric Gagnon, Ph.D.

Le comité d'éthique, la vie privée et l'intimité.

Interpréter les droits des usagers. Volume 8, numéro 1, 2013.

48. Parizeau, Marie-Hélène.

Hôpital & éthique: rôles et défis des comités d'éthique clinique.

Presses Université Laval. 1995.

49. Moutel, G.

La recherche biomédicale et la protection des personnes en France: état des lieux sur les principes éthiques, éléments du débat et règles pratiques pour les promoteurs et investigateurs d'un projet de recherche clinique.

Université Paris. 2006. vol. 5.

50. Callies, Ingrid, De Montgolfier, Sandrine, Moutel, Grégoire, et al.

Enjeux éthiques des collections d'échantillons humains dans le cadre de la recherche: Le point sur les avancées et les incohérences du projet de loi relatif à la bioéthique.

Droit, Déontologie & Soins, 2004, vol. 4, no 2, p. 148–164.

51. Medscape.

Les médecins français et l'éthique médicale. 2015.

52. Medscape.

Les dilemmes éthiques des médecins français. 2017.

53. Heriharan et al.

Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados.

BMC Medical ethics, 2006, vol. 7, no 1, p. 7.

54. Nguekeu Nguekeu Steve Yanick.

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

Thèse médecine. Congo. 2012.

55. Moute Pascal Blaise.

Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants et aidants soignants des CHU du Mali.

Thèse médecine. Mali. 2009.

56. Soumah, M. M., Oédraogo, M. Y. M. J., Dia, S. A., et al.

Secret médical et VIH/sida au Sénégal: connaissances, pratiques, aspects éthiques et perspectives.

La Revue de Médecine Légale, 2010, vol. 1, no 3-4, p. 100-108.

57. Eilts-Kochling, Katrin, Heinze, Cornelia, Schattner, Petra, et al.

Knowledge of professional codes of ethics among nursing professionals.

Pflege, 2000, vol. 13, no 1, p. 42-46.

58. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Sondage sur la perception qu'ont les médecins omnipraticiens de l'euthanasie.

Homme, 2009, vol. 53, no 4, p. 580.

59. Lisa I. Iezzoni, Sowmya R. Rao, Catherine M. DesRoches, Christine Vogeli and Eric G. Campbell.

Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients.

Health Affairs, 31, no.2 (2012):383–391.

60. Cella Anne.

L'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification des conflits éthiques et de l'utilité d'un aide.

Thèse médecine. France. 2015.

61. Jalal, S., Imran, M., Mashood, A., et al.

Awareness about Knowledge, Attitude and Practice of Medical Ethics pertaining to Patient Care, among Male and Female Physicians Working in a Public Sector Hospital of Karachi, Pakistan–A Cross–Sectional Survey.

European Journal of Environment and Public Health, 2018, vol. 2, no 1, p. 04.

62. Akoijam Brogen, S., Rajkumari, Bishwalata, Laishram, Jalina, et al.

Knowledge and attitudes of doctors on medical ethics in a teaching hospital, Manipur.

Indian journal of medical ethics, 2009, vol. 35, p. 35.

63. Walrond, E. R., Jonnalagadda, R., Hariharan, S., et al.

Knowledge, attitudes and practice of medical students at the Cave Hill Campus in relation to ethics and law in healthcare.

West Indian medical journal, 2006, vol. 55, no 1, p. 42–47.

- 64. Keeling, M., Ringuette, L., Bellefleur, O., Bélisle-Pipon, J.-C., Williams-Jones, B., Ravitsky, V., Doudenkova, V., Maguire, M. et Roy, M.-C.**

Sondage visant à connaître les besoins relatifs à l'éthique en santé publique des intervenants en santé publique au Canada: résultats préliminaires.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Montréal, Québec 2018.

- 65. Janakiram, Chandrashekar et Gardens, Seby J.**

Knowledge, attitudes and practices related to healthcare ethics among medical and dental postgraduate students in south India.

Indian J Med Ethics, 2014, vol. 11, no 2, p. 99–104.

- 66. SU, Liang, Huang, Jingjing, Yang, Weimin, et al.**

Ethics, patient rights and staff attitudes in Shanghai's psychiatric hospitals.

BMC medical ethics, 2012, vol. 13, no 1, p. 8.

- 67. Salathé, M., Leuthold, M., Amstad, H., et al.**

Les comités d'éthique clinique en Suisse–un état des lieux.

Correspondance, 2002, vol. 14, p. 295–7.

- 68. Chaudhuri, Aditi, Ray, Krishnangshu, et Biswas, Akhil Bandhu.**

Institutional ethics committee: a perspective of medical teachers of west Bengal.

World journal of pharmaceutical and medical research. 2016.

- 69. Gallagher, Thomas H., Waterman, Amy D., Garbutt, Jane M., et al.**

US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients.

Archives of Internal Medicine, 2006, vol. 166, no 15, p. 1605–1611.

70. Kaldjian, Lauris C., Jones, Elizabeth W., WU, Barry J., et al.

Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees.

Journal of general internal medicine, 2007, vol. 22, no 7, p. 988–996.

71. Pauline Guimet.

L'usage de placebos en médecine générale. Enquête auprès de médecins généralistes français.

Thèse médecine. France. 2011.

72. Hrobjartsson, Asbjörn et Norup, Michael.

The use of placebo interventions in medical practice, a national questionnaire survey of Danish clinicians.

Evaluation & the health professions, 2003, vol. 26, no 2, p. 153–165.

73. Nitzan, Uriel et Lichtenberg, Pesach.

Survey on use of placebo.

Bmj, 2004, vol. 329, no 7472, p. 944–946.

74. Fabienne Kusz.

Secret professionnel du médecin généraliste et maltraitance à enfants, résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes de MEURTH ET MOSELLE.

Thèse médecine. France 2004.

75. Asch, David A., Hansen–Flaschen, John, et Lanken, Paul N.

Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes.

American journal of respiratory and critical care medicine, 1995, vol. 151, no 2, p. 288–292.

76. Kuehlmeier, Katja, Palmour, Nicole, Riopelle, Richard J., et al.

Physicians' attitudes toward medical and ethical challenges for patients in the vegetative state: comparing Canadian and German perspectives in a vignette survey.

BMC neurology, 2014, vol. 14, no 1, p. 119.

77. Førde, Reidun, Aasland, Olaf Gjerløy, et Falkum, Erik.

The ethics of euthanasia—attitudes and practice among Norwegian physicians.

Social science & medicine, 1997, vol. 45, no 6, p. 887–892.

78. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

Enquête sur la fin de vie pour le comité d'éthique, enquête auprès des médecins sur la « fin de vie ». France. 2013.

79. Robertson, James.

Euthanasia survey hints at support from doctors, nurses and division. 2017.

80. Falcon, J. L. et Graciela, M. Alvarez.

Survey among Argentine physicians on medical decisions concerning the end of life in patients: active and passive euthanasia, and relief of symptoms.

Medicina, 1996, vol. 56, no 4, p. 369–377.

81. Kardener, Sheldon H., Fuller, Marielle, et Mensh, Ivan N.

A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. American Journal of Psychiatry.

American Journal of Psychiatry .Publié en ligne en 2006, vol. 130, no 10, p. 1077–1081.

قسم الطبيب

أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا

فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ وَسْعِي فِي إِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلَقِ

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتَرْعَوْزَتَهُمْ، وَأَكْتَمَ سِرَّهُمْ

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيعَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ ... لَا لِأَذَاهِ

وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرْنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيعِيَّةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى
الْبِرِّ وَالتَّقْوَى

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ
وَالْمُؤْمِنِينَ

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

**أخلاقيات الممارسة الطبية : استفتاء شمل الأطباء غير
النفسيين بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش
- بخصوص 100 طبيب -**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/04/30

من طرف

الآنسة **فاطمة الزهراء الشقوري**

المزداة في 29 ماي 1993 بآسفي

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية :

الأخلاق - القانون - علم الأخلاق - المعرفة الأخلاقية - الموقف الأخلاقي - الممارسة الأخلاقية -
الإكراهات - القرار الطبي

اللجنة

الرئيس

المشرفة

الحكام

السيد س. أيت بنعلي

أستاذ في جراحة الأعصاب و الدماغ

السيدة ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

السيدة ح. الهوري

أستاذة في جراحة و العظام المفاصل

السيد ي. عيساوي

أستاذ مبرز في طب التخدير و الإنعاش

السيدة س. أيت بطهار

أستاذة مبرزة في طب الأمراض الرئوية و داء السل

