

L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension

Vivienne Nathanson

Vivienne Nathanson a obtenu son diplôme de médecine à l'université de Londres en 1978. Elle est directrice des Activités Professionnelles au sein de la *British Medical Association* et responsable de la santé publique, des droits de l'homme, de l'éthique médicale, des affaires internationales, de la formation médicale et de nombreux autres domaines. Écrivain prolifique, auteur de chapitres d'ouvrages et de ressources de formation en ligne sur l'éthique, les droits de l'homme et la santé publique, elle donne également de nombreuses conférences dans les mêmes domaines. Elle est actuellement professeur honoraire à la *School for Health* de l'université de Durham. Elle a été récemment appelée à témoigner en tant qu'expert dans le cadre de l'enquête publique sur le décès de Baha Mousa, survenu durant sa détention par l'armée britannique, et de l'enquête publique sur l'utilisation de produits à base de sang contaminé en Écosse (Enquête Penrose).

Résumé

À chaque intervention clinique qu'ils effectuent, les professionnels de santé doivent prendre des décisions et se trouvent confrontés à des dilemmes éthiques. En situation de conflit armé, les décisions peuvent être différentes et les circonstances peuvent générer des tensions éthiques. Cet article examine les tensions en temps de paix et en temps de conflit armé et les situations que rencontrent les médecins et les autres professionnels de santé. Il analyse également le cadre de décision éthique et le rôle de la communication, tant dans les soins cliniques que dans l'analyse éthique.

Mots clés : dilemme éthique, analyse éthique, prise de décision, consentement, confidentialité, communication, confiance



Partout au monde, les professionnels de santé suivent les mêmes codes et principes éthiques, conçus pour protéger les patients des abus et encadrer les décisions que ces professionnels sont amenés à prendre. Une bonne compréhension générale de la nature de ces règles et de leur universalité par la communauté tout entière, notam-

ment par ceux qui exercent des fonctions de pouvoir et d'autorité, est essentielle pour en garantir le respect, même dans les situations les plus difficiles.

Quelles que soient les circonstances, la pratique clinique pose des dilemmes éthiques aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de santé qui s'occupent des patients et à ceux qui organisent la fourniture des soins. De nombreux textes ont été consacrés à l'éthique médicale au fil des siècles ; la dernière moitié du XX^e siècle et le début du XXI^e ont produit une collection particulièrement riche de nouveaux documents sur le sujet¹. Ces textes sont d'autant plus intéressants pour le travail quotidien des cliniciens qu'ils rattachent les conseils qu'ils prodiguent et même l'explication des principes éthiques à des cas réels aussi bien que théoriques. Le clinicien peut ainsi considérer les principes, le contexte et le cas dans un cadre clinique, ce qui facilite la traduction et l'adaptation des concepts à la situation clinique dans laquelle il se trouve.

Cependant, ces textes s'appuient sur les soins cliniques dispensés dans des circonstances normales ou lorsque la fourniture des soins n'est pas menacée ni compromise par un conflit armé ou toute autre situation de violence. Dans la pratique « normale », les cliniciens ont souvent le temps de réfléchir aux décisions inhérentes à l'offre de soins et même de prendre conseil, alors que ces possibilités de réflexion sont presque toujours moindres en situation de conflit. Le fait-même que la situation soit instable, voire menaçante, et toujours différente de la pratique courante complique la réflexion et les défis rencontrés sont déformés, de façon subtile ou au contraire substantielle, par le conflit ou les troubles. Dans ces circonstances, les médecins ont rarement la possibilité d'évoquer sur le moment leurs préoccupations avec d'autres ou de consulter quelqu'un sur l'approche requise. Il est donc d'autant plus important qu'ils connaissent les principes éthiques et se sentent capables de reconnaître et d'analyser les défis éthiques qu'ils rencontrent.

Beaucoup peuvent se trouver dans cette situation pour la première fois et se demander si les règles éthiques « normales » s'appliquent. Ils peuvent être confrontés à des personnes extérieures au cadre clinique qui exigent des actes particuliers et n'être pas certains que ces actes sont éthiquement acceptables dans ces circonstances. Ils peuvent aussi craindre pour leur propre sécurité et celle des autres – les patients, mais aussi leur famille et les autres professionnels de santé.

Ainsi, le professionnel dont on exige qu'il communique des informations détaillées sur un patient dispose généralement, en temps de paix, d'un délai pour déterminer si la demande est conforme aux exigences légales ou même aux dérogations prévues par la loi concernant le droit à la confidentialité. En temps de conflit armé et de troubles graves, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte ; ceux qui exigent les informations peuvent affirmer qu'elles leur sont indispensables pour garantir la sécurité des professionnels de santé, de l'établissement et de leur environnement. Dans cette situation, où se placent les droits des patients et le devoir

1 British Medical Association (BMA), *Medical Ethics Today: the BMA's Handbook of Ethics and Law*, 3^e édition, BMJ Books, Londres, février 2012 ; J. R. Williams, Association médicale mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, 2^e édition, AMM, Ferney-Voltaire, 2009 ; Comité international de la Croix-Rouge (CICR), *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, 2012.

de défendre ces droits qui incombe au médecin ? Comment le professionnel de santé fait-il face émotionnellement lorsqu'on lui dit qu'il risque de compromettre la sécurité des autres ?

De même, bien que les professionnels de santé recourent au triage, surtout lors de grandes épidémies ou d'événements causant de nombreuses victimes comme des accidents de la route impliquant plusieurs véhicules, ils peuvent le plus souvent, par une utilisation rigoureuse des ressources, organiser la prise en charge de toutes les victimes. Dans les situations de conflit en revanche, les ressources risquent davantage de s'épuiser, il peut être difficile de les reconstituer et la probabilité est plus grande que les décisions de triage soient des décisions de vie ou de mort. De plus, des pressions risquent davantage d'être exercées sur les professionnels de santé pour qu'ils donnent la priorité à un groupe par rapport à un autre et ces pressions peuvent s'accompagner de menaces à l'encontre des professionnels eux-mêmes, mais aussi de l'établissement et des autres patients. Jusqu'où les professionnels de santé doivent-ils aller pour protéger la confidentialité lorsque celle-ci pourrait faire courir de graves risques physiques aux autres et à eux-mêmes ?

En situation de conflit, le flux ininterrompu des patients peut épuiser les professionnels. Si l'épuisement est possible dans d'autres urgences, rares sont celles qui sont aussi longues ou soutenues, et les possibilités de se reposer et de récupérer peuvent être bien moindres. Que doivent faire les médecins et les autres professionnels lorsqu'ils sont fatigués ? Ou lorsque leur matériel ou les médicaments s'épuisent ? Ou lorsqu'ils sont confrontés à des cas qui dépassent leurs compétences cliniques ?

Ces mêmes difficultés peuvent se poser dans d'autres circonstances. Dans certains pays, les attaques contre les établissements de soins, leur personnel et leurs patients sont tragiquement fréquentes. Des échanges avec des médecins du monde entier montrent clairement que des gangs criminels organisés et des parents mécontents peuvent s'attaquer aux professionnels de santé et demander réparation pour des blessures causées à leurs amis, à leurs parents ou à d'autres ou simplement pour extorquer de l'argent. Ces actes criminels sont commis en l'absence de tout conflit ou de troubles généralisés dans des sociétés traversées par la violence. Une bonne compréhension des fondements éthiques et un soutien éthique au dialogue local avec les leaders sociaux sont aussi nécessaires ici qu'en situation de conflit.

Dans toutes ces situations, l'aide et le soutien des autres peuvent être présents, comme ils le seraient en temps normal, mais ils peuvent aussi faire défaut. Les professionnels de santé peuvent être ou se sentir très isolés dans leurs décisions. Un cadre éthique solide entourant les décisions à prendre peut les aider à se sentir soutenus et à savoir que leur décision recueillerait le soutien de leurs collègues tout autour du monde.

Comprendre et savoir adapter les principes éthiques est une aide précieuse aux professionnels de santé. Cette compétence garantit le bon respect des normes éthiques et protège ainsi les patients d'une exploitation involontaire ou irréfléchie. Elle renforce le professionnalisme des personnels de santé et la confiance qui doit exister entre le médecin et le patient. Elle est utile aussi lorsqu'il faut prendre des décisions contraires aux principes éthiques généraux afin de protéger d'autres vies, mais surtout, elle sert de base aux discussions et aux négociations avec d'autres

interlocuteurs sur la façon dont l'établissement de santé et son personnel et ses patients doivent être traités.

L'idée selon laquelle l'éthique est un luxe inutile en situation d'urgence doit être remise en cause ; l'éthique est le concept central qui garantit que la médecine demeure une force du bien, conçue et dispensée dans un cadre humanitaire pour protéger les intérêts des personnes vulnérables, des malades et des blessés.

À chaque fois que des soins de santé sont dispensés et partout où ils le sont, un cadre éthique doit délimiter les principes destinés à encadrer la fourniture des soins. Les soins de santé sont dispensés à des personnes dans le besoin, qui peuvent avoir peur, dont la vie peut être en danger et qui sont presque toujours plus vulnérables que les soignants. Ces derniers ont des pouvoirs différents de ceux auxquels ils proposent des soins. La fourniture des soins est délimitée par des principes éthiques qui restreignent les libertés des soignants et offrent aux patients un cadre dans lequel ils peuvent s'attendre à recevoir des soins. Les principes éthiques visent à garantir qu'on n'abuse pas de ce différentiel de pouvoirs et que les deux parties à la relation thérapeutique comprennent la base sur laquelle les décisions sont prises.

L'éthique médicale en temps de paix et en temps de guerre

Définition générale : qu'est-ce que l'éthique médicale ?

De nombreuses définitions expliquent ce qu'on entend généralement par la notion d'éthique médicale. Au plus simple, on peut l'appréhender comme un ensemble de principes qui s'appliquent au travail des professionnels de santé et posent des limites à leur liberté de décision. On l'envisage aussi de plus en plus comme un contrat entre ces professionnels de santé et les sociétés qu'ils servent. Ces limites ne sont pas fixées par les seules professions concernées mais elles sont négociées avec la société en tenant compte des mœurs et des valeurs sociales, de la loi, des systèmes de croyances, mais aussi des craintes, des espoirs et des attentes exprimés par la société. Toutes ces variables reposent sur un ensemble de principes fondé sur des valeurs, remarquablement cohérent. Étant donné que la loi change et évolue régulièrement et qu'elle a une incidence sur les règles d'éthique, un ajustement constant de certaines limites éthiques est à l'œuvre ; de manière générale, ces changements sont mineurs. Dans les pays où la loi, à travers l'activité parlementaire, connaît des évolutions substantielles, un dialogue animé et multipartite s'instaure sur la façon dont un projet de loi s'insère dans les limites communément admises aux pratiques en matière de soins de santé. Les gouvernements qui souhaitent, par exemple, légiférer sur la gestion et la confidentialité des informations devront s'assurer, à la demande des professionnels de santé, que la nouvelle loi n'aille pas à l'encontre des normes acceptées, notamment des protections de la confidentialité médicale prévues par la loi.

Indéniablement, la philosophie a exercé une influence majeure et les analyses structurées qu'elle a pu produire tiennent une place croissante dans le discours éthique moderne. Historiquement, l'élaboration des règles éthiques a été progressive. Les premières règles établies dans le domaine des soins de santé, comme le serment

d'Hippocrate ou la prière de Maïmonide, dressent une liste des actes acceptables ou inacceptables de la part d'un médecin. Elles sont restées constantes si l'on excepte les variantes introduites par les traductions successives au cours des siècles. Le lien avec la philosophie générale est masqué dans ces textes, et une grande partie de la littérature du début du XX^e siècle consacrée à l'éthique adopte la même position ; elle établit des listes et des règles de comportement sans évoquer les raisons de ces limites ni le débat à l'origine de leur émergence. Nombre de ces textes mentionnent explicitement que les médecins sauraient automatiquement ce qui est conforme à l'éthique. Dans la pratique, rares étaient les médecins capables d'analyser suffisamment les situations médicales pour dégager les défis éthiques en jeu, mais ils apprenaient souvent où étaient les limites dans des disciplines médicales relativement étroites.

Le pouvoir de ces codes antiques est pourtant considérable et le serment d'Hippocrate, en particulier, demeure un descripteur des principes éthiques obligatoires qui entourent la pratique médicale moderne. Dans de nombreuses écoles de médecine, prêter serment fait partie du processus qui consiste à devenir médecin. Bien qu'un nombre non négligeable de médecins ne prêtent pas officiellement serment, celui-ci ou un serment similaire, le public pense que tous sont liés par un serment. Les codes plus modernes sont en grande partie dérivés de ces codes et d'autres codes anciens. La Déclaration de Genève² de l'Association médicale mondiale (AMM) et le Code d'éthique médicale³ qui lui est associé sont des codes généraux couvrant le travail des professionnels de santé dans toutes les circonstances. Aucun de ces textes ne différencie les temps de guerre ou le travail dans un conflit armé ni n'implique que les principes et les règles éthiques changent en fonction des circonstances.

Dans une grande partie du monde, l'adage « *Primum non nocere* », « D'abord, ne pas nuire », est le principal descripteur des principes éthiques. Diverses expressions sont employées pour décrire d'autres facteurs, comme une médecine « centrée sur le patient » ou « centrée sur la personne ». En même temps, le droit régissant la pratique médicale est, aussi, largement fondé sur le soutien aux droits des patients.

L'analyse éthique requiert souvent d'évaluer l'intérêt supérieur du patient, une opération qui est aussi culturellement sensible. La société occidentale tend à employer des concepts très orientés vers les droits des individus et l'autodétermination. La notion d'équilibre entre dans l'équation car les droits de l'individu ne sont pas les seuls qui doivent être évalués. En effet, la société (et donc les autres individus) a aussi des droits, qui peuvent être en conflit avec ceux de l'individu. Dans la tradition occidentale, l'intérêt supérieur de l'individu est une mesure holistique, qui envisage la personne dans sa famille, sur son lieu de travail et dans son environnement social et culturel. Mais la nature réelle de l'intérêt supérieur ou du bénéfice doit aussi dépendre des vues et des croyances de l'individu, qui sont elles-mêmes culturellement fondées. De nombreux travaux modernes soulignent qu'il est important que l'évaluation de l'intérêt supérieur repose, non pas sur le jugement d'un autre, mais sur ce que le patient pense être le mieux pour lui, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer si une vie gravement contrainte par la maladie ou une blessure « vaut la peine d'être vécue ».

2 Déclaration de Genève de l'AMM, adoptée en septembre 1948, révisée en mai 2006.

3 Code international d'éthique médicale de l'AMM, adopté en octobre 1949, révisé en octobre 2006.

Les médecins prennent soin des patients dans toutes les situations possibles, dans tous les pays du monde. Les circonstances sont extrêmement diverses, mais on affirme couramment que les règles ou obligations éthiques sont identiques et l'AMM déclare d'ailleurs que l'éthique médicale est la même en temps de paix et en temps de guerre⁴. L'équilibre entre la loi et l'éthique suscite aussi des questions fréquentes. Là encore, l'AMM adopte une approche apparemment simple, donnant la priorité à l'éthique sur le droit, ce qui signifie que lorsque la loi et l'éthique s'opposent, les médecins doivent obéir aux préceptes éthiques.

La réalité est loin d'être simple. Si les principes éthiques peuvent rester constants et le demeurent effectivement, ils ne forment intrinsèquement qu'un simple cadre entourant les décisions à prendre dans la pratique clinique. Ces décisions elles-mêmes sont liées aux circonstances dans lesquelles s'inscrit la pratique clinique et sont sensiblement affectées par celles-ci. Cela apparaît particulièrement lorsqu'on entreprend l'analyse des circonstances cliniques dans lesquelles le médecin prend des décisions. Dans chaque situation, les médecins et les autres intervenants chargés d'examiner les questions éthiques recourent à l'analyse pour examiner les éléments en jeu. Très souvent, des devoirs, des valeurs ou des principes différents seront en conflit. On ne trouvera la meilleure réponse qu'en examinant la situation dans sa globalité, y compris les circonstances particulières du cas et de la situation de conflit.

En temps de guerre, les décisions que le médecin est amené à prendre sont différentes, parfois même radicalement, de celles qu'il pourrait prendre en temps de paix du fait des menaces et des circonstances particulières du conflit auxquelles il est exposé. En d'autres occasions, les décisions seront identiques et les circonstances du conflit n'auront aucune incidence. Les médecins doivent décider quel patient traiter en premier dans toutes les circonstances mais plus particulièrement lorsque le nombre de patients dépasse le nombre de professionnels de santé formés ou lorsque les ressources manquent. Ce dilemme peut affecter un médecin urgentiste confronté aux victimes multiples d'un accident de la route de la même façon qu'il peut se poser face aux victimes d'un dispositif explosif placé au bord de la route dans un conflit armé. Les circonstances sont remarquablement similaires, quoique plus courantes en situation de conflit.

L'analyse historique de l'éthique dans le secteur de la santé a été en grande partie écrite sous l'intitulé de « l'éthique médicale », l'implication étant qu'elle concerne les médecins, ce qui pourrait signifier, pour certains, que des règles différentes peuvent s'appliquer aux autres professionnels de santé. Le discours moderne tend à employer l'expression « éthique des soins de santé », qui implique nécessairement qu'elle s'applique aux professionnels de santé. En fait, ces deux intitulés couvrent tous les professionnels de santé. Certaines analyses opèrent des différences, et celles-ci reflètent souvent les différents rôles des professionnels de santé, qui peuvent être à l'origine de différents points de vue.

4 Règles de l'AMM en temps de conflit armé et d'autres situations de violence, adoptées en octobre 1956, révisées en octobre 2012.

Des principes éthiques généraux identiques en temps de paix et en temps de guerre

Affirmer que l'éthique est identique en temps de guerre et en temps de paix n'est pas dire que les médecins prendront les mêmes décisions. En fait, les dilemmes auxquels ils sont confrontés seront souvent différents, mais les principes généraux qui seront appliqués aux décisions seront identiques.

Fondamentalement, les principes sont conçus pour respecter les droits du patient ; ils garantissent qu'on lui donne les moyens de prendre le contrôle des décisions qui le concernent et du traitement qu'il recevra. Bien qu'historiquement, de nombreux principes aient trait aux usages de la pratique médicale, l'éthique examine aussi de plus en plus la prise de décision par rapport à des procédures médicales complexes et à haut risque ou à la santé publique.

Dans les situations de conflit modernes, surtout en présence de forces armées de pays développés, les capacités médicales sont telles qu'il est possible de traiter des blessures très graves. Les possibilités de sauver des vies grandissant, les séquelles de ces sauvetages deviennent importantes. Il en va de même des décisions prises en temps de paix, même si la nature des blessures courantes et les personnes qui en sont victimes peuvent être très différentes. Dans la pratique civile, la représentation des deux sexes est plus équilibrée et les blessés appartiennent à des tranches d'âge plus larges alors qu'en temps de conflit armé, les membres des forces armées – les hommes jeunes et jusque-là en bonne santé – seront proportionnellement plus nombreux. L'impact qu'une blessure effroyable peut avoir sur eux et sur leurs futurs choix de vie peut être très différent de celui qu'elle aurait sur une autre cohorte. Leur relative jeunesse et leur bonne condition physique antérieure les rendent plus aptes à survivre à d'épouvantables traumatismes. Pense-t-on suffisamment aux conséquences psychologiques de la terrible blessure à laquelle ils ont survécu ? Si ce n'est pas une préoccupation majeure pour le corps médical au moment du traitement d'urgence, il doit absolument chercher à s'assurer que l'importance du soutien psychologique est bien comprise.

L'un des scénarios caractéristiques des situations de conflit est la situation dans laquelle l'environnement devient si dangereux pour les soignants, et pour leurs patients, que continuer à fournir des soins devient intenable et qu'il faut fermer l'hôpital, le centre de premiers secours, le dispensaire ou toute autre installation. C'est une situation que certains prestataires de soins comme le CICR et MSF ont rencontrée : les menaces réelles – y compris d'enlèvement, de blessure ou de mort – qui pèsent sur leur personnel sont telles que les institutions ne peuvent accepter de continuer à l'y exposer. Ces menaces sont aggravées par le fait qu'en cas d'attaque visant les professionnels de santé, leurs collègues non cliniciens et leurs patients sont aussi implicitement exposés.

Impartialité

L'impartialité est un principe fondamental de la pratique médicale en temps de paix comme en temps de guerre. D'un point de vue éthique, l'impartialité signifie que les

professionnels de santé doivent traiter les patients sur la base des besoins et non de l'origine ethnique, de la religion, du genre, de l'âge ou de tout autre facteur susceptible d'engendrer une discrimination injuste. Elle recouvre aussi en partie la notion de neutralité médicale, qui renvoie à la non-participation des professionnels de santé aux partis politiques et aux questions relatives au conflit sur leur lieu de travail. Les médecins et les autres professionnels de santé sont bien sûr libres de s'impliquer politiquement comme tout autre citoyen, pour autant que cet engagement n'empiète en aucune façon sur leur mission.

Si la notion est identique en temps de guerre et en temps de paix, le fait est qu'en temps de guerre, l'impartialité du professionnel de santé risque davantage d'être réellement mise à l'épreuve. Le médecin militaire, face à deux blessés nécessitant des soins urgents – dont l'un porte l'uniforme de ses troupes et l'autre celui de l'ennemi – trouvera sans doute difficile de ne pas être influencé par un sentiment de loyauté à la personne aux côtés de laquelle il sert. Mais le même dilemme pourrait se poser à un médecin en temps de paix face à deux victimes d'un accident de la route : l'une pourrait être un ami, un voisin ou un parent et l'autre le responsable de l'accident. Il est pareillement inévitable que l'impartialité du médecin soit menacée dans cette situation.

La règle éthique est claire et simple. Les soins doivent être dispensés en fonction des besoins ; la personne qui a le plus besoin de soins doit être traitée en premier. C'est la base du triage en temps de guerre comme en temps de paix.

Adapter les décisions aux situations de conflit armé

L'enseignement de l'éthique vise à faire comprendre un système d'analyse donné (sachant qu'il existe de nombreux systèmes concurrents) et comment l'utiliser pour examiner la décision à prendre. Aucun système n'est meilleur que les autres ; chacun a ses forces et ses faiblesses, ses adeptes et ses opposants. Ce qui importe, c'est que l'individu puisse se servir d'un système pour étudier la question. Face à différentes situations, il peut ensuite décortiquer les circonstances cliniques, dégager et analyser les tensions éthiques et rechercher la meilleure solution. En général, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais des solutions plus ou moins proches des principes éthiques généraux.

Comme le montrent certains exemples donnés plus haut, la nature du problème peut être différente dans un conflit armé, mais en règle générale, certaines différences sont plus probables que dans d'autres situations.

Les professionnels de santé peuvent connaître des conflits liés à un sentiment de loyauté à une cause, un groupe ou une idéologie, qui empièteront rarement sur leur pratique en temps de paix. Toute décision éthique impose d'écarter les croyances et les préjugés personnels ; dans les conflits, où ceux qui partagent les mêmes loyautés ou idéologies risquent d'être gravement blessés ou tués, il est bien plus difficile de rester neutre. Or sans neutralité, certaines tâches comme le triage (voir ci-dessous) deviennent impossibles, tout comme l'évaluation équitable du caractère raisonnable des demandes telles que la communication de données relatives à un patient.

Un solide ancrage dans un système éthique et la compréhension et la connaissance des codes et principes éthiques peuvent aider les personnes sous pression à garder la clarté de vue et d'analyse indispensable.

Même si, comme il est dit plus haut, l'éthique en temps de paix et en temps de guerre est fondamentalement la même, les pressions sont différentes. Le fait de ne pas traiter un individu particulier menace rarement la vie du professionnel de santé en temps de paix alors que cette situation peut se produire en temps de guerre. Mais il arrive que les professionnels de santé courent des risques dans l'exercice de leur métier en temps de paix comme en temps de guerre. Ceux qui pénètrent sur le site d'une catastrophe naturelle, comme l'effondrement d'un immeuble, pour dispenser des soins peuvent être autant en danger que ceux qui continuent à dispenser des soins pendant que leur établissement est bombardé, mais comme en temps de guerre, ils ne sont pas censés mettre leur sécurité en danger. En temps de paix, les médecins doivent écouter les conseils, par exemple sur le danger que présente un immeuble effondré, et ne pas prendre de risques graves. S'ils sont censés accepter certains risques – par exemple traiter des personnes contagieuses expose les professionnels de santé à certains risques – ils doivent aussi prendre des mesures pour réduire ce risque (en cas de maladie contagieuse, en recourant à des méthodes de soins en isolement, à des vaccins, etc.).

Comment les règles éthiques sont-elles fixées ?

Les règles éthiques sont apparues progressivement. Les premières règles d'éthique médicale comme le serment d'Hippocrate et la prière de Maïmonide dressent une liste des actes acceptables et inacceptables de la part d'un médecin. De nombreux codes modernes s'en sont en grande partie inspirés.

Durant la majeure partie des trente dernières années, le débat éthique s'est élargi mais les médecins se sont battus pour que l'élaboration des règles et des normes éthiques demeure l'apanage des professionnels de la médecine. Ces résistances disparaissent progressivement car les médecins prennent conscience que les codes éthiques étant, par nature, des contrats avec la société dans laquelle ils s'inscrivent, il est à tout le moins utile d'associer d'autres acteurs à leur élaboration.

Les parties qu'il convient d'associer au débat peuvent être classées selon différents systèmes ; le système des huit « P » est un moyen mnémotechnique simple. La profession médicale (le premier « P ») est évidemment concernée ; les médecins doivent apporter leur pierre à l'édifice car c'est eux qui connaissent le mieux les implications d'un traitement ou d'un diagnostic et ils doivent veiller à ce que l'adaptation des principes éthiques corresponde à la pratique clinique normale. Les praticiens (le deuxième « P ») doivent eux aussi participer au débat car les mêmes principes éthiques doivent lier tous les professionnels de santé, surtout ceux qui travaillent ensemble pour fournir des soins aux patients. Les médecins, les infirmières et les autres soignants n'ont pas la même vision du processus clinique car ils l'envisagent sous des angles légèrement différents, ce qui permet de s'assurer que la question est examinée sous toutes ses facettes. De même, les patients (le troisième « P ») ou leurs

représentants doivent prendre part au débat et leurs points de vue doivent être pris en compte. L'opinion publique (le quatrième « P ») représente un groupe plus large, formé de non-patients, de patients potentiels et de soignants. Bien que la majorité des pays du monde ne soient pas des théocraties, les prêtres (le cinquième « P ») ou les autres chefs religieux peuvent eux-aussi enrichir le débat d'un point de vue éclairé par les religions dominantes et les contraintes qu'elles peuvent comporter. L'importance du point de vue religieux est très variable d'une culture à l'autre, mais il importe, dans tout débat, de comprendre la vision qu'ont les principaux groupes religieux d'un dilemme d'éthique médicale. Comme certains aspects du débat toucheront à l'interface entre la loi et l'éthique, le législateur et tous ceux qui « gèrent » les lois sont aussi des interlocuteurs pertinents. En général, cela implique la participation des parlementaires (le sixième « P »), mais aussi d'autres acteurs des politiques publiques ; ceux qui travaillent sur les projets législatifs sont des participants particulièrement importants. Dans ce moyen mnémotechnique, le public apparaît sous différentes formes. Il est le plus souvent informé par les médias, ce qui fait de la presse (le septième « P ») un autre contributeur. Le dernier « P » renvoie au processus ; le partenariat est l'objectif de la meilleure pratique médicale. Une bonne éthique implique un partenariat d'égal à égal entre les professionnels de santé et leurs patients ; la mise en place d'un processus d'examen des questions éthiques doit permettre d'œuvrer dans ce sens.

À l'interface patient-médecin, ces différents individus et groupes ne sont ni visibles ni audibles mais les médecins, y compris ceux qui dispensent des soins en situation de conflit, doivent réfléchir à la contribution qu'ils peuvent apporter au développement d'une pensée éthique. Les médecins qui ont travaillé en situation de conflit contribuent souvent, par exemple, à des revues professionnelles examinant les approches chirurgicales du trauma sur la base de leur expérience du conflit. Ils doivent également réfléchir à la contribution qu'ils pourraient apporter aux revues professionnelles consacrées à l'éthique médicale et à l'éthique des soins de santé.

Considérations juridiques

Bien que la loi diffère de l'éthique, toutes deux établissent un ensemble de principes limitant la liberté d'action du personnel médical et d'autres individus.

L'arsenal juridique s'enrichit d'année en année. De nombreuses lois sont écrites par les gouvernements dans le cadre d'un ensemble de politiques pouvant toucher des domaines ayant un fort impact sur la pratique médicale, comme la confidentialité et la gestion des données, ou l'âge du consentement. D'autres domaines du droit n'ont pas toujours d'incidence immédiatement apparente sur la pratique médicale.

Tout en reconnaissant l'importance de la loi, les médecins disent couramment que l'éthique prévaut sur celle-ci. Ils entendent par là que la loi pourrait les autoriser à faire quelque chose que l'analyse éthique déclarera inacceptable et que l'éthique est le principe directeur le plus important pour eux en tant que professionnels de santé.

Dans de nombreux pays, cela peut engendrer un conflit entre les textes législatifs et les textes réglementaires établis par un organisme de réglementation de la profession médicale, qui peuvent intrinsèquement avoir une force quasi-légale. Les médecins qui franchissent les limites fixées par un organisme de réglementation tout en restant dans le cadre de la loi peuvent se voir radier du registre des médecins, qui leur donne le droit d'exercer, ou subir une autre sanction grave.

En général, lorsque les médecins voient collectivement qu'une loi leur imposerait de violer les normes éthiques, ils doivent faire campagne pour qu'elle soit modifiée. Cette tâche incombe alors aux organismes collectifs de médecins comme les associations médicales. Celles-ci jouent, dans le monde entier, un rôle majeur qui consiste à plaider pour le compte de leurs membres, notamment pour que les médecins puissent exercer dans le respect de l'éthique et de la loi.

Outre les textes législatifs, la jurisprudence fixe aussi des limites. De récentes affaires dans de nombreux États ont trait au consentement au traitement médical⁵, surtout en ce qui concerne les décisions de fin de vie. Tous les États ont légiféré sur la confidentialité des données personnelles. Ces lois sont très diverses, alors que les principes éthiques sont les mêmes partout au monde ; il s'ensuit que la loi peut autoriser la communication des données du patient avec ou sans son consentement dans certains États et l'interdire dans d'autres.

Il faut ajouter les décisions, de plus en plus nombreuses concernant les droits de l'homme. De nombreux pays ont une législation nationale régissant les droits de l'homme de leurs ressortissants qui est soumise aux décisions d'organes judiciaires ou quasi judiciaires internationaux et régionaux. Plus précisément, il existe un ensemble grandissant de décisions faisant jurisprudence et de nombreux ouvrages sur le « droit à la santé ». Bien qu'il ne s'agisse pas d'un droit absolu à l'accès aux soins de santé, « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité⁶ ». Ce droit, qui ne souffre aucune dérogation, encourage les États à adopter une approche non discriminatoire de l'accès aux soins.

En temps de conflit armé, le droit international humanitaire (DIH) entre également en jeu. Ce corps de règles de droit se compose de règles de traités (principalement les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels) et de règles coutumières qui lient tous les États. Le DIH contient plusieurs règles relatives à la fourniture des soins de santé et aborde la protection du personnel de santé, les unités et les moyens de transport⁷.

Par bien des aspects, les codes d'éthique ont acquis un statut similaire au droit coutumier. L'acceptation de certaines normes par les médecins du monde entier

5 Pour la jurisprudence concernant la question du consentement médical, voir références dans BMA, note 1 *supra*, en particulier les chapitres 2, 3, et 4.

6 Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), adoptée le 11 août 2000, E/C.12/2000/4, para. 1.

7 Pour un aperçu des règles du DIH et du droit des droits de l'homme relatives au respect et à la protection des soins de santé, voir CICR, « Respecter et protéger les soins de santé dans les conflits armés et dans les situations non couvertes par le droit international humanitaire », Fiche technique, 31 mars 2012, accessible à l'adresse : <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/legal-fact-sheet/health-care-law-factsheet-2012-03.htm> (dernière consultation : novembre 2012).

donne à ces codes un statut international, de sorte qu'ils couvrent tous les médecins, qu'ils aient ou non prêté serment de les suivre.

Défis éthiques propres aux conflits armés et aux situations de violence

Triage

Le triage est une opération qui consiste à classer les patients en fonction de la priorité du traitement. Classiquement effectuée lorsqu'un service est débordé par l'arrivée de victimes multiples, elle vise à apporter une réponse efficace aux besoins médicaux.

Dans la pratique civile – et de plus en plus en temps de guerre, dans les installations desservies par des hôpitaux militaires de campagne bien équipés – le triage identifie les individus dont la vie est en danger immédiat, ceux qui ont un besoin de soins modéré et ceux qui ont besoin de premiers secours. Cette opération peut comprendre l'identification de ceux qu'aucun traitement ne pourra sauver ; il se peut qu'aucune tentative ne soit faite pour maintenir ces patients en vie, mais ils doivent toujours recevoir des soins, y compris des analgésiques. Dans les situations de conflit plus classiques, une variante de cette procédure consistait à identifier et à traiter en priorité ceux qui avaient besoin de premiers secours pour qu'ils soient plus aptes à retourner immédiatement au combat. Cela peut impliquer que ceux qui ont immédiatement besoin de soins de survie tardent à les obtenir, tandis que ceux dont le besoin est moindre sont aidés afin qu'ils puissent reprendre le service actif. De nombreuses forces militaires modernes nieraient que cette situation se pose de nos jours mais en fait, la plupart des médecins militaires reconnaissent qu'à certains moments d'urgence militaire, il peut être essentiel de renvoyer les soldats au front, notamment parce que cela permettra de sauver d'autres blessés en protégeant l'hôpital ou le centre de traitement.

Les systèmes de triage élaborés par le personnel médical militaire sont à la base des systèmes utilisés dans le cadre civil, en particulier en cas d'urgence. Là encore, il s'agit d'identifier ceux pour lesquels le traitement est futile (une notion de plus en plus rare), ceux qui ont besoin de soins immédiats, ceux qui ont besoin d'une intervention médicale importante et ceux qui ont besoin d'à peine plus que des premiers secours de base.

L'éthique consiste à donner la priorité à ceux dont le besoin est le plus grand. On comprendra aisément que déterminer les besoins demande du temps et mobilise donc d'importantes ressources. Les systèmes de triage en tiennent compte en confiant habituellement au clinicien le plus expérimenté la direction des opérations d'évaluation et de classification des blessés à leur arrivée. L'objectif est d'accroître l'efficacité et de renforcer le principe qui veut que la priorité soit fonction des besoins.

La décision de ne pas allouer de ressources à ceux qui sont condamnés à mourir est elle aussi cohérente avec les principes éthiques ; les ressources sont toujours limitées, même en temps de paix ou dans les pays développés. Utiliser des ressources lorsqu'elles ne peuvent pas apporter de bénéfice au patient risque toujours de priver ceux qui pourraient en bénéficier. De même, cela expose le patient qui ne

peut pas en bénéficier à des risques ; le traitement lui-même peut être inconfortable, porter atteinte à sa dignité ou lui faire autrement du mal.

Bien que le principe éthique soit exactement le même dans toutes les situations, la différence essentielle en temps de guerre est celle des ressources ; en dehors des conflits armés, il est rare en effet dans les pays bien dotés en ressources que le nombre d'individus qui ont simultanément besoin de soins soit tel que l'accès des uns aux soins en prive les autres. La réalité du triage consiste donc davantage à trier les patients en groupes auxquels différentes catégories de professionnels de santé dispenseront des soins de différents niveaux. Dans les situations de conflit armé, il n'est que trop fréquent que les personnel de santé aient plus de patients à traiter en urgence qu'ils ne peuvent en gérer ; le triage devient alors une question vitale.

Défis pour les médecins qui travaillent dans un environnement culturellement différent

La loi, y compris les droits individuels, peut varier d'un pays à l'autre et même au sein d'un pays. La loi se fonde sur des droits et des devoirs propres à un pays et sa culture, et sur la transposition en droit interne du droit international. Au point de rencontre entre la loi et l'éthique, on observe souvent des divergences locales par rapport aux normes internationales. Ceux qui travaillent en tant que médecins dans une zone de conflit peuvent être originaires de pays où les droits de l'homme sont très respectés, où l'autonomie est la base de la plupart des décisions médicales et où les hommes et les femmes sont traités de la même façon. Ils peuvent se trouver dans une culture – et soigner des patients issus de cette culture – où les décisions sont prises par des chefs locaux ou par les chefs de famille, et où les femmes ne peuvent agir en pleine autonomie.

Les médecins formés pour comprendre que les patients sont en droit de prendre toutes les décisions qui concernent leur santé trouveront difficile de travailler dans des cultures où ce pouvoir de décision appartient au dirigeant local ou, par exemple, au mari ou au père d'une femme. Alors que la pratique éthique requiert l'accord du patient, la loi et la coutume locales peuvent l'exiger d'une autre personne.

Il importe clairement, notamment en raison de l'importance capitale que revêt la confiance dans la relation entre un médecin et son patient, que le médecin dans ses actes ne choque pas et ne perturbe pas le patient. En matière de consentement (voir aussi plus loin), le problème est aisément résolu par une discussion avec le patient et avec le décideur que la culture lui substitue.

La confiance peut souffrir de la méconnaissance des normes culturelles – comme le fait, pour des professionnels de santé hommes, de soigner des femmes dans les sociétés où ce traitement est généralement inacceptable ou n'est acceptable qu'avec l'autorisation d'une personne précise telle que le mari. La plupart des sociétés occidentales ne partagent pas cette norme culturelle et les professionnels de santé traitent tous les patients selon un système de priorité basé sur les besoins. Il est éthiquement acceptable de s'adapter à cette norme culturelle et cela peut renforcer la confiance car c'est une preuve de respect des traditions culturelles locales.

Plus problématique est la situation dans laquelle une norme locale demanderait à un professionnel de santé d'accomplir un acte éthiquement condamnable. La mutilation génitale féminine (MGF : infibulation ou excision) est courante dans certaines parties d'Afrique du Nord alors qu'elle est interdite par la loi dans de nombreux pays, par exemple en Europe, et condamnée comme éthiquement inacceptable par l'AMM et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Mais lorsqu'ils proposent des soins de santé dans des régions d'Afrique du Nord déchirées par un conflit, les professionnels de santé expatriés peuvent se voir sollicités pour pratiquer une MGF car il est « préférable » que l'intervention soit effectuée avec des instruments médicaux propres par des praticiens compétents que par un chef de village qui ne dispose pas d'antiseptiques, d'antihémorragiques ou de toute autre ressource médicale nécessaire. Certains disent aussi que le respect de cette tradition locale par les professionnels de santé aide à bâtir la confiance, mais là, le problème d'éthique est très clair : c'est une pratique qui n'a pas sa place en médecine, une pratique de surcroît dangereuse, néfaste et sans aucun bénéfice pour la fille concernée (à cela s'ajoute que la patiente est généralement une enfant qui n'a pas le droit à la parole). Le rôle du professionnel de santé ici est de tenter d'éduquer la population afin que cesse cette pratique et tout particulièrement d'informer cette dernière sur les raisons médicales qui président à une telle décision. Les discussions doivent aussi souligner la valeur attachée au principe consistant à ne nuire à personne, principe qui est valorisé dans la plupart des traditions.

Les attitudes face à la violence sexuelle sont extrêmement diverses. Dans certaines cultures, il est même impossible d'aborder ces questions ; une personne qui en fait état ne sera sans doute pas traitée avec sympathie et pourrait même voir sa vie menacée. Les normes reconnues par la loi dans de nombreuses nations, notamment l'intégration des rapports sexuels conjugaux forcés dans la définition du viol, ne sont pas universelles. Les victimes qui ont besoin d'aide médicale risquent de ne recevoir aucun soutien au sein de leur communauté ; les professionnels de santé peuvent alors se trouver confrontés à un dilemme difficile. Leur rôle est de soigner la victime au mieux de leurs possibilités et ils doivent connaître les normes culturelles qui entourent cette question afin de ne pas mettre involontairement leur patiente en danger. La colère est une réaction courante face à ces abus, mais les médecins doivent maîtriser leurs sentiments jusqu'à ce qu'ils quittent les lieux et puissent faire campagne sans mettre leurs patients ou leurs collègues en danger.

Les médecins militaires doivent, avant leur déploiement, demander des informations et une formation sur les pratiques culturelles locales qu'ils risquent de rencontrer. Des discussions avant la mission faciliteront et uniformiseront les réactions à ces défis.

Manque de ressources et renvoi des patients vers des zones sous-équipées

La pénurie de ressources peut être une contrainte éthique majeure pour la fourniture de soins médicaux. Qu'il s'agisse de personnel formé, médecins compris, ou de ressources physiques comme des salles d'opération, des médicaments, des

pansements, des lits d'hôpital et des équipements essentiels tels que des appareils d'anesthésie, le triage permet d'affecter ces ressources en fonction des besoins.

En temps de conflit armé, et surtout de guerre asymétrique, les médecins militaires peuvent être amenés à soigner des patients d'une force opposante en sachant que les soins qui leur seront dispensés à leur retour chez eux seront sans doute très inférieurs à ceux dont bénéficieraient les patients des propres forces du médecin. Ces différences peuvent être déterminantes pour la survie des patients – par exemple, une dialyse ou un traitement similaire de maintien en vie ne sera peut-être pas disponible – ou pourraient porter sur la rééducation post-traumatique, y compris la kinésithérapie et la fourniture de prothèses.

Les médecins qui entreprennent un traitement pour sauver la vie d'un blessé ne peuvent pas toujours tenir compte des possibilités de traitement ultérieures, mais lorsqu'ils en ont la possibilité, ils doivent modifier leur protocole de traitement. Autrement dit, lorsqu'ils sélectionnent une option de traitement, ils doivent garder à l'esprit ses conséquences et les besoins à plus long terme qu'elle engendrera pour le patient.

Consentement

C'est un principe fondamental dans le monde développé et surtout en Europe, aux Amériques et en Australasie qu'aucun traitement ne doit être entrepris sans le consentement réel et valable du patient ou d'un décideur de substitution approprié, autorisé par les lois locales. Les sociétés ne traitent pas toutes le consentement avec un tel respect. Les patients peuvent être habitués à ce que d'autres décident à leur place ou être accoutumés à une profession médicale paternaliste qui leur dit ce qui sera fait. Il peut être difficile d'aider les patients à comprendre pourquoi on leur demande leur consentement et comment et pourquoi cette décision sera respectée si elle est culturellement surprenante.

Il arrive que le patient soit dans l'impossibilité de donner son consentement – par exemple en raison de la gravité immédiate de ses blessures. Dans ce cas, le traitement médical peut continuer à maintenir le patient en vie mais dès que celui-ci retrouve la capacité à prendre part aux décisions, il faut l'informer de ce qui a été fait et lui donner la possibilité de prendre les décisions futures. De très nombreux patients qui arrivent dans des hôpitaux de campagne en zone de conflit auront déjà reçu des premiers secours, et peut-être de puissants analgésiques comme des opiacées. Certains auront vu leurs facultés temporairement altérées par ce traitement et même par le choc associé à la blessure. Bien qu'on puisse poursuivre le traitement, il faut permettre la plus grande participation possible du patient aux décisions.

Lorsque la langue est le principal obstacle au consentement, il faut tenter de trouver un interprète ou de permettre la communication par un autre moyen. Lorsque le délai nécessaire à la recherche d'un interprète risque de menacer la vie du patient, le traitement peut être entrepris, mais comme pour les patients dont les capacités sont diminuées, il faut tenter dès que possible d'expliquer ce qui a été fait et pourquoi.

Il peut aussi arriver que des patients prennent des décisions avec lesquelles le médecin n'est pas d'accord. Le point fondamental est qu'un patient a le droit de refuser un traitement, même un traitement de survie, pour autant qu'il en soit capable. Le fait qu'il ne soit pas d'accord avec la recommandation du médecin ne le rend pas incapable et ne peut servir de prétexte à le classer comme tel. Comme lorsque cette situation se présente dans une zone sans conflit, il faut tenter de découvrir pourquoi le patient refuse le traitement. Est-ce la peur ? Est-ce parce qu'il ne fait pas confiance au médecin ou au système médical ou pour une autre raison qui implique qu'il aura besoin de plus de temps et d'aide pour comprendre les conseils qu'on lui donne et les suivre en toute confiance ?

Pour les médecins et les autres professionnels de santé dans tous les domaines de la pratique, le refus d'un traitement pouvant sauver la vie est l'événement le plus difficile à accepter au plan éthique et spirituel. Le fait d'être contesté n'implique pas qu'il est acceptable de déroger aux valeurs éthiques fondamentales ni que les médecins doivent immédiatement cesser toute tentative d'aider le patient. Ils doivent au contraire continuer à tenter de l'aider et de le convaincre par la douceur d'accepter davantage d'aide. Au minimum, ils doivent tâcher de déterminer ce qu'il trouverait acceptable afin de pouvoir lui proposer cette aide.

Personne, patient compris, ne peut forcer les médecins à proposer des soins médicaux qu'ils jugent inappropriés ou contraires aux intérêts du patient. L'exemple donné dans les textes généraux consacrés à l'éthique est qu'un patient qui souffre de douleurs abdominales ne peut exiger d'un médecin qu'il l'ampute du gros orteil. Il est évident que ce traitement n'aiderait pas le patient et qu'il serait contraire à l'éthique ; il en irait de même en situation de conflit.

Bien que le consentement soit un processus comprenant des propositions d'informations et l'examen des problèmes, il s'achève souvent par la signature d'un formulaire de consentement par le patient. L'intention est que ce formulaire signifie que le patient a compris les informations données, y compris son droit de refuser un traitement recommandé et accepte d'entreprendre un certain traitement. En situation de conflit, où il est probable que les blessés appartiennent à divers groupes linguistiques, les formulaires de consentement devraient être disponibles dans ces langues ou au minimum être traduits avant d'être signés par le patient. Des fiches de vocabulaire médical dans d'autres langues locales peuvent apporter une aide précieuse à l'obtention d'un accord entre le patient et le médecin sur le traitement futur. Étant donné la fréquence de l'illettrisme fonctionnel dans toutes les cultures, les médecins doivent pouvoir entreprendre le processus sans recourir aux mots portés sur un formulaire de consentement.

Il arrive, en situation de conflit comme en temps de paix, que le patient soit incapable de donner son consentement en raison, par exemple, de la nature de la maladie ou de la blessure qui l'a conduit jusqu'au soignant. Dans ce cas, un traitement visant au maintien de la vie peut être dispensé. Le professionnel de santé doit être certain que ce sont des soins « classiques » – c'est-à-dire des soins qu'un autre professionnel de santé dispenserait dans cette situation – et il doit dès que possible informer le patient de ce qui a été fait.

Le consentement est également approprié en ce qui concerne l'intrusion des médias. Pour certains hommes politiques et autres personnalités publiques, certaines zones de conflit sont l'occasion de s'exposer dans les médias. Il arrive qu'une personnalité souhaite être photographiée ou filmée au chevet des malades et des blessés. Si certains patients peuvent se réjouir de la possibilité de rencontrer une célébrité, beaucoup ne l'apprécient pas, surtout à un moment où ils souffrent. Et même être filmé par les médias en l'absence de célébrité requiert le consentement du patient. Il ne faut jamais partir du principe que les malades et les blessés accueilleront favorablement ce que beaucoup verront comme une intrusion dans leur vie privée.

Double obligation

Dans certaines fonctions, les médecins estiment avoir, outre leur devoir envers le patient, un devoir envers leur employeur. En général, le devoir envers le patient prime, mais il est essentiel que le médecin prenne conscience des risques de conflit. Un médecin militaire pourrait être questionné par le commandement local sur la santé de certains membres de ses troupes. Le médecin a un devoir de confidentialité envers le patient, mais il est aussi membre des forces armées et doit veiller à ne pas leur faire courir de risque du fait de cette confidentialité. De plus, il est également tenu d'informer les officiers de haut rang de l'état de santé des troupes. Dans la pratique, ces tensions sont parfaitement envisagées et gérées en proposant que le médecin puisse informer le commandant que l'état de santé de tel ou tel individu empêchera ce dernier de s'acquitter de sa mission, sans plus de précision. Il est parfaitement légitime de demander au patient/soldat s'il consent à ce que certaines informations soient transmises au commandant, mais il est en droit de refuser, sauf s'il existe une obligation légale précise contraire.

Les législateurs ne portent pas tous le même regard sur la confidentialité et les droits des soldats ; dans certains cas, le soldat pourrait avoir renoncé au droit à la confidentialité. Les médecins ont besoin de connaître la loi locale qui s'applique à ces situations. Si l'éthique est claire – il y a un devoir de confidentialité – la loi peut prévaloir sur celle-ci.

Les obligations envers un employeur ne peuvent l'emporter sur la loi et sur l'éthique. Aucun employeur ne peut contraindre un médecin à violer la loi – par exemple coopérer à des abus des droits de l'homme ou fermer les yeux – ni à violer ses obligations éthiques consistant à traiter les patients avec leur consentement et à préserver la confidentialité.

Certes, les employeurs de professionnels de santé en zones de conflit, notamment l'armée, peuvent demander à leurs employés de violer les normes éthiques relatives à la confidentialité, à la neutralité, à la non-discrimination, etc., mais une telle demande ne signifie pas obligation d'obéir et les normes éthiques doivent être respectées. Un professionnel de santé auquel on demande de soigner en priorité les membres de son propre camp ou ses partisans, par exemple, peut faire valoir que les soins sont dispensés en fonction des besoins et que le triage est une expression de ce principe dès lors que le nombre de blessés ou de patients qui se présentent

ne permet pas de traiter immédiatement tous les patients. Comme pour d'autres dilemmes éthiques, ces pressions doivent être discutées en amont des crises afin que ceux, employeurs ou autres, qui cherchent à peser sur les décisions en matière de soins soient informés des principes éthiques qui seront suivis.

Les forces armées de nombreux pays offrent des exemples de bonnes pratiques. Au sein des forces britanniques, le Chef des services médicaux de la défense (le médecin militaire le plus gradé des trois corps d'armée) a déclaré que les médecins préoccupés par un problème d'éthique doivent en référer à leur commandant sur le terrain, mais que si celui-ci n'agit pas de manière appropriée, ils doivent faire part de leur problème aux autorités supérieures via la chaîne de commandement médicale⁸.

Confidentialité

La confidentialité médicale est une notion mal comprise. Il ne s'agit pas d'un droit absolu applicable dans tous les pays, mais d'un droit pondéré, ce qui signifie que les médecins recueillent des informations sensibles et extrêmement personnelles sur les patients afin d'établir un diagnostic et de proposer un traitement. Toute autre utilisation de ces informations doit recueillir l'accord du patient et même la communication des données à d'autres professionnels de santé doit être faite avec prudence et seulement dans la mesure indispensable pour soigner le patient. Au lieu de permettre un accès total au dossier complet, les médecins doivent donc déterminer ce que le professionnel de santé a besoin de savoir pour faire son travail.

Il y a bien sûr des exceptions, principalement lorsque le patient donne son consentement, lorsque la loi l'exige ou lorsqu'il existe un motif d'intérêt public impérieux.

On suppose pour les besoins de cet article que les lois sont votées conformément aux bonnes pratiques et ne prévoient pas que des médecins puissent commettre une violation de la confidentialité qu'ils jugent généralement inacceptable ou inappropriée. Si des lois sont inacceptables, il revient à la profession médicale de faire campagne pour leur abrogation.

La communication d'informations dans l'intérêt public doit être envisagée au cas par cas. La *British Medical Association* conseille aux médecins militaires britanniques :

- de peser les bénéfices de la communication par rapport aux effets dommageables d'une violation de la confidentialité ;
- d'évaluer l'urgence du besoin de la communication ;
- de déterminer si le patient peut être persuadé de communiquer ses informations volontairement ;
- d'informer le patient avant la communication et de solliciter son consentement, sauf si cela augmente le risque d'effets dommageables ou porte atteinte au motif de la communication ;

8 Ministère de la défense britannique, *Medical Support to Persons Detained by UK Forces Whilst on Operations*, Joint Service Publication 950, brochure 1-3-4, mars 2011.

- de documenter les mesures prises pour solliciter ou obtenir le consentement et les raisons de la communication sans consentement ;
- de ne révéler que les informations strictement nécessaires à l'objectif ;
- d'être capables de justifier la communication ;
- de documenter l'étendue et les motifs de la communication⁹.

Dans la pratique civile, un médecin peut informer un organisme délivrant les permis de conduire qu'une personne continue à conduire alors qu'il est médicalement dangereux de le faire, si celle-ci refuse d'arrêter de conduire ou d'en informer elle-même l'organisme. Le danger pour elle-même et pour autrui justifie la violation de confidentialité, qui est spécifique et limitée. Dans la pratique militaire, lorsqu'un soldat exprime des envies de suicide ou de meurtre alors qu'il a accès à des armes, le médecin peut être en mesure de justifier la communication à un commandant. Dans ce cas, il peut limiter les informations en exprimant des préoccupations quant à un individu et en recommandant de lui refuser l'accès aux armes ou en le qualifiant médicalement d'inapte au service.

Traitement expérimental

Les professionnels de santé savent bien à quel moment, dans le cadre de leur pratique clinique, les patients sont le moins à même d'exprimer une opinion ou d'agir en autonomie. L'histoire de la médecine au XX^e siècle est marquée par des expériences médicales contraires à l'éthique ou abusives, notamment dans le cadre de tentatives pour mieux comprendre l'histoire naturelle de la maladie et trouver de nouveaux traitements. Celles-ci ont conduit à l'établissement du Code de Nuremberg, puis à la Déclaration d'Helsinki¹⁰ de l'AMM. Dans les situations de conflit, certains groupes sont particulièrement vulnérables aux abus ; ce sont notamment les combattants ennemis blessés et les civils d'un groupe ou d'un État vaincu. Veiller à ce que leurs droits soient respectés est une des mesures qui permettra d'éviter toute expérimentation humaine, contraire à l'éthique et presque toujours illégale.

La nature des soins de santé en situation de conflit est telle que de nombreux patients souffrant de blessures caractéristiques de ce conflit seront vus dans un bref laps de temps. Il est alors possible que les professionnels de santé pensent à de nouvelles solutions de traitement. Le développement de nouveaux traitements doit suivre la même voie qu'en temps de paix. Les traitements véritablement expérimentaux exigent que les recherches menées reçoivent une approbation éthique. Les modifications par rapport à des normes établies et bien comprises doivent être soigneusement étudiées, et les médecins qui ont des idées de changement doivent en discuter avec leurs collègues et veiller à ce qu'elles soient rigoureusement évaluées. Les blessés dans un conflit ne sont pas des animaux de laboratoire mais des personnes jouissant de tous les droits qui découlent de ce statut, y compris celui de participer volontairement ou de refuser de participer à des essais cliniques.

9 BMA, *Ethical Decision-Making for Doctors in the Armed Forces: a Tool Kit*, Londres, 2012.

10 Déclaration d'Helsinki de l'AMM – *Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*, adoptée en juin 1964, modifiée en octobre 2008.

Une abondante littérature est consacrée à l'expérimentation humaine et traite notamment de la méthodologie à suivre pour faire valider les recherches par un comité local d'éthique. Ce comité aura pour mission de vérifier certains points comme la validité scientifique des recherches, la liberté des participants de refuser d'y prendre part, la confidentialité, le suivi et l'innocuité. Ceux qui entreprennent des recherches doivent s'informer des structures d'approbation locales ; bien appréhender la Déclaration d'Helsinki est un excellent début pour la rédaction d'un protocole de recherche. Il faut bien comprendre que l'intention des principes éthiques est de prévenir les recherches abusives et de garantir au grand public que si on lui demande de prendre part à une recherche, celle-ci sera correctement conçue, mise en œuvre, contrôlée et suivie.

Confiance et langue

Tout traitement médical s'appuie sur la relation de confiance qui se noue entre les patients et les professionnels de santé, et particulièrement les médecins : les médecins font confiance à leurs patients pour leur dire la vérité, donner des antécédents médicaux exacts et coopérer au traitement qui leur est proposé ; pour leur part, les patients font confiance aux médecins pour faire tout ce qui est en leur pouvoir pour les aider et ne pas leur faire subir de discrimination injuste quelle qu'en soit la raison. Toutefois, une juste discrimination, c'est-à-dire une discrimination fondée sur les besoins, est non seulement acceptable au plan éthique, mais aussi une exigence de bonne pratique.

La confiance s'acquiert. Étant donné que de nombreuses relations patient-médecin se nouent lors d'une urgence médicale, la confiance acquise est générique : elle ne concerne pas ce patient et ce médecin précisément, mais ce patient et son expérience des médecins en général. Le patient risque de ne pas avoir confiance s'il a eu de mauvaises expériences d'interventions médicales ou s'il est issu d'une culture où la confiance n'est pas encore acquise. Puisque dans de nombreux conflits, les jeunes soldats auront eu peu d'expérience personnelle des professionnels de santé et peuvent aussi les voir comme une composante de l'ordre établi contre lequel ils se rebellent, la confiance peut manquer.

Lorsque les patients et les professionnels de santé viennent de deux camps opposés, la confiance peut être minée par la suspicion et même par la peur, la coercition ou la violence. Il faut le comprendre et le gérer directement dans les communications entre le médecin et le patient.

Les professionnels de santé peuvent se trouver dans une situation d'urgence où ils doivent passer plus de temps qu'ils ne le pensaient à expliquer qui ils sont, comment ils prennent des décisions, ce qu'ils peuvent proposer, comment ils accompagneront le patient et comment il sera aidé à prendre ses décisions.

Une bonne communication est toujours primordiale dans toute relation patient-médecin. Le rôle du médecin étant d'établir un diagnostic et, sur la base de son expérience clinique et de sa connaissance des faits, de recommander un traitement, pouvoir discuter des différentes options avec le patient est évidemment

essentiel. Sans confiance intrinsèque, la communication sera plus difficile et encore plus importante. Dans les conflits où des forces internationales sont présentes, notamment dans le cadre du maintien de la paix, les principaux prestataires de soins de santé ne parlent pas la même langue que la population locale, dont les membres constitueront un pourcentage variable mais souvent élevé des blessés. Dans certaines situations de conflit, la communication sera inhibée par ces difficultés linguistiques. Les interprètes peuvent être utiles, mais ils ne sont pas toujours disponibles pour tous ou même à toute heure du jour ou de la nuit quand le besoin est là. Ils peuvent être employés pour travailler principalement dans des zones éloignées de la ligne de front clinique et peuvent avoir des difficultés à relayer toutes les nuances des informations cliniques.

C'est pourquoi il arrive qu'on recrute d'autres combattants ou, parfois, des parents ou encore des anciens du village. Cette situation peut être très dangereuse ; les médecins ne peuvent pas savoir si l'interprétation est fidèle ni si le patient se sent véritablement à l'aise pour s'exprimer par l'intermédiaire de ces personnes. Il ne peut pas savoir non plus si l'interprète non professionnel transmet bien toutes les subtilités et les nuances de sa fonction, en particulier le respect qu'il accordera à la décision du patient.

Si, par exemple, une patiente consulte un médecin après une agression sexuelle, une situation fréquente dans les conflits et en temps de paix, la confidentialité est un prérequis. En effet, dans de nombreuses sociétés, le blâme peut être imputé à la victime autant qu'à l'agresseur et l'agression peut couvrir sa famille de honte ou même menacer sa vie. Dans ces circonstances, demander aux parents d'interpréter les échanges n'est pas acceptable. Les autres interprètes non professionnels sont eux aussi inacceptables car ils peuvent avoir des liens avec la famille et l'environnement social de la victime qui sont inconnus du professionnel de santé. Les interprètes professionnels doivent être formés pour qu'ils comprennent leur rôle et pour garantir qu'ils seront capables de traduire correctement les propos du médecin.

Cet article a déjà analysé le consentement, selon le principe qu'on ne doit rien faire à un individu sans son accord ou son consentement préalable, librement donné. Si le professionnel de santé ne peut pas communiquer le diagnostic au patient, les options de traitement et les conséquences possibles de ce traitement ou du refus de traitement, et répondre ensuite aux questions du patient, alors le consentement ne peut être donné. Un traitement dispensé dans ce cas est probablement illégal et constitue un acte de violence. En tout état de cause, il est contraire à l'éthique. Si une interprétation effectuée par un non-professionnel est la seule possibilité, ni le médecin ni le patient ne peuvent savoir si ce qui est relayé est exact et complet ; or des informations inexacts ou incomplètes risquent de compromettre la confiance.

La communication est en grande partie non verbale et souvent culturellement et socialement spécifique ; des signes compris comme un assentiment ou un refus au sein d'une population ne sont pas toujours directement transposables dans une autre. Lorsque cette difficulté s'ajoute aux problèmes d'ordre linguistique, elle peut susciter de graves incompréhensions.

Lorsque les professionnels de santé sont amenés à soigner des personnes avec lesquelles ils n'ont pas de langue commune, ils doivent veiller à la présence

d'interprètes et recourir le moins possible à l'assistance informelle ou familiale. Lorsque cette assistance informelle est la seule possible, ils doivent tenter de s'assurer que le patient ne voit pas de problème à ce que la personne lui apporte de l'aide.

Attaques visant les établissements de soins, le personnel et les patients

Les attaques visant les établissements de soins, le personnel et les patients sont de plus en plus courantes et font l'objet d'un projet majeur du CICR appelé « Les soins de santé en danger »¹¹. Ceux qui travaillent en zone de conflit doivent connaître les risques auxquels eux-mêmes et leurs collègues sont exposés. Ils ne sont pas censés poursuivre en dépit de tous les dangers et doivent au contraire garder leur sécurité et celle des autres à l'esprit. Établir des liens de confiance et de compréhension réciproques avec la communauté locale peut fortement contribuer à éviter ces attaques.

Défis éthiques propres aux médecins militaires intervenant hors de leur domaine de compétence

Les médecins militaires travaillent en tant que cliniciens dans différents services cliniques. Ils peuvent également être amenés à pratiquer une médecine de guerre et exercer des fonctions moins traditionnelles ou dans des domaines considérés comme spécialisés en temps de paix et pour lesquels ils sont moins formés. C'est souvent lorsqu'ils sont amenés à assurer des missions auxquelles leurs études universitaires et les différentes formations suivies ne les ont pas véritablement préparés, que les médecins commettent des erreurs de jugement éthique.

Dans leur rôle traditionnel de clinicien, les médecins militaires font face à des dilemmes différents de ceux qui se posent dans la pratique médicale civile ordinaire. Il s'agit notamment de gérer des attentes culturelles différentes, de questions de confiance, d'évaluer les capacités et de doubles obligations. Se posent aussi des questions de triage, compliquées par des facteurs comme le rôle du patient avant sa blessure ou sa maladie et les options de prise en charge hors du cadre militaire. La nature du travail dans le cadre d'un conflit armé est telle qu'il peut arriver que le médecin pense que le traitement nécessaire au blessé ou au malade sort de son domaine de compétence. Il peut, par exemple, être un bon chirurgien généraliste mais avoir peu d'expérience des blessures au thorax ou à la tête et devoir traiter un patient atteint de ce type de blessure.

Le devoir éthique du médecin est d'intervenir uniquement dans le cadre de ses compétences et de ne pas accomplir ni accepter d'accomplir si on lui en donne l'ordre, des actes qui les dépassent. Si le médecin qui ne se sent pas suffisamment compétent pour accomplir un acte reconnaît aussi que la blessure est telle que seule une intervention immédiate peut sauver la vie du patient ou empêcher de très graves séquelles et qu'il est la seule personne présente ou pouvant être présente dans un délai

11 Pour de plus amples informations, consulter le site Internet du projet *Soins de santé en danger* : <https://www.icrc.org/fre/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-solution-essentials.htm> (dernière consultation en mai 2013).

raisonnable, il peut décider que son intervention semi-qualifiée est une meilleure option pour le patient que l'absence totale d'intervention ou l'intervention d'une personne encore moins qualifiée. La décision repose sur une évaluation honnête de ce qui est préférable pour le patient et des autres options possibles. La santé du patient est, comme toujours, la première considération du médecin.

S'il s'agit de blessures courantes, la chaîne de commandement aura normalement envoyé un praticien possédant l'expérience adéquate. Ceux qui travaillent dans des domaines où certaines blessures sont fréquentes doivent aussi prendre des mesures raisonnables pour développer leurs compétences.

Détenus

En situation de conflit armé, les médecins et les autres professionnels de santé peuvent être amenés à soigner des combattants et des non-combattants ennemis, voire à s'occuper de prisonniers. Le plus souvent dans ces circonstances, le médecin ou l'autre professionnel de santé est sur le terrain parce qu'il est, par exemple, un chirurgien de guerre compétent ; il n'a probablement pas d'expérience ou de formation dans les fonctions mixtes de santé publique et de soins primaires nécessaires dans la prise en charge de la santé de détenus.

Il est fondamental de garder à l'esprit que les personnes privées de leur liberté par suite d'un conflit armé sont protégées par le DIH¹². Les médecins militaires auxquels on demande de s'occuper de détenus doivent comprendre leurs obligations en vertu du DIH¹³, ainsi que les obligations de protection des détenus qui incombent aux autorités détentrices.

En tant que patients, ces détenus jouissent encore du droit à des soins médicaux conformes à l'éthique ; ils ont les mêmes droits de consentir ou de refuser un traitement, de compter sur la confidentialité, d'être traités par des praticiens compétents, etc.

Les médecins doivent notamment prendre en compte les besoins des prisonniers en termes de santé publique et de prévention. Ils doivent connaître précisément les conditions de détention et envisager leurs possibles implications médicales. La tuberculose est une maladie courante dans le monde. Les prisons surpeuplées, surtout s'il s'y ajoute l'humidité, une mauvaise ventilation et une alimentation inadaptée des prisonniers, sont des terrains fertiles à des infections croisées très rapides. Les

12 En situation de conflit armé international, les prisonniers de guerre et les détenus civils sont protégés par la Troisième Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre et par la Quatrième Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, ainsi que par les règles coutumières (voir CICR, *Droit international humanitaire coutumier, Vol. 1 : Règles*, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck (dir. pub.), Cambridge University Press, Cambridge, 2005, en particulier le chapitre 37). En situation de conflit armé non international, les personnes privées de liberté pour des motifs liés au conflit sont protégées par l'article 3 commun aux Conventions de Genève et par le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), ainsi que par les règles coutumières applicables.

13 Pour plus d'informations sur les responsabilités des personnels de santé qui travaillent dans le cadre de conflits armés et d'autres urgences, voir CICR, *supra* note 1.

médecins doivent étudier de près ces conditions et s'ils suspectent qu'un prisonnier pourrait être une source d'infection, prendre des mesures pour protéger ses codétenus.

Les abus commis sur les détenus étant malheureusement courants, il est fortement conseillé de procéder à un examen médical des détenus dès que possible après leur mise en détention et de consigner les blessures éventuelles qu'ils présentaient à leur arrivée. Si une blessure accidentelle ou une maladie fortuite requiert une aide médicale, le médecin doit veiller à ce qu'elle soit apportée en temps utile. Idéalement, cet examen sera réalisé par un médecin mais à défaut, tout autre professionnel de santé, y compris un secouriste, doit être appelé à consigner l'état de santé du prisonnier au moment de sa mise en détention. Comme pour tous les autres examens ou traitements médicaux, les prisonniers doivent impérativement avoir le droit de refuser et il peut arriver qu'un prisonnier refuse d'être examiné. Puisqu'il ne règne sans doute pas une grande confiance entre le prisonnier et les autorités qui le détiennent, c'est parfaitement compréhensible. Dans ce cas, le médecin peut ne consigner que ce qu'il voit, mais il doit saisir cette occasion pour tenter de le mettre en confiance, notamment en expliquant que son rôle n'est pas celui d'un officier militaire ennemi, mais d'un médecin dont le seul intérêt est la santé et le bien-être du patient.

Dans l'idéal, ces examens de l'état de santé doivent être exécutés à chaque fois qu'un détenu est transféré d'un site à un autre, lorsqu'il quitte le site et lorsqu'il parvient à destination afin de s'assurer qu'aucun abus n'est commis au cours du transport. Un examen régulier de la santé de tous les détenus doit faire partie des obligations générales du médecin responsable de l'unité de détention.

Mauvais traitements

Les médecins sont souvent les premiers à détecter les signes d'abus commis sur les détenus ou de membres vulnérables de leurs propres forces. Ces signes peuvent être très discrets car souvent, les victimes d'abus apprennent à cacher les faits. Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent être peu enclins à suspecter des abus, surtout lorsque les auteurs peuvent être leurs camarades ou leurs amis. L'AMM, dans sa Déclaration de Tokyo, a énoncé des Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement¹⁴.

Dans ces situations, le médecin doit comprendre que son rôle n'est pas seulement de traiter des signes et des symptômes, mais aussi d'intervenir pour faire cesser les abus. C'est à la fois une bonne médecine préventive et une exigence éthique.

14 Déclaration de Tokyo de l'AMM *Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement*, octobre 1975, adoptée par la 29^e Assemblée médicale mondiale, Tokyo, Japon, octobre 1975 et révisée à la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, mai 2006, accessible à l'adresse : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/> (dernière consultation en novembre 2012).

Les examens médicaux doivent être renouvelés de temps en temps et à chaque fois qu'un détenu est transféré dans un autre établissement, dans le cadre d'un contrôle de santé général et pour prévenir les abus.

Comme il est indiqué plus haut dans le cas des détenus, les médecins doivent aussi connaître les conditions de détention (qui peuvent consister en un traitement dégradant ou même cruel ou inhumain). À défaut, ils ne sauront sans doute pas quelles maladies ou blessures sont probables ou ne pourront pas veiller à intervenir pour réduire les risques médicaux. Si le médecin ne sait pas qu'un détenu est maintenu dans un endroit où il fait froid et humide, il risque de ne pas tenir compte des risques de certaines maladies, comme la tuberculose. De même, s'il n'a pas connaissance des autres menaces qui pèsent sur les détenus, comme d'être battus par les gardes ou par leurs codétenus, il ne pourra pas rechercher les blessures dont le détenu pourrait être victime et agir.

S'agissant des mauvais traitements délibérés, les médecins ont un rôle crucial. Tous les êtres humains sont protégés contre la torture et les traitements cruels, inhumains et dégradants par le DIH et le droit des droits de l'homme. Lorsque des tortures ou des traitements cruels (impliquant des douleurs ou des souffrances sévères) sont perpétrés, les médecins ont toutes chances d'en constater les résultats : contusions, brûlures, autres marques et séquelles psychologiques. À ce stade, ils doivent intervenir et faire part de leurs soupçons à la chaîne de commandement militaire locale et si les abus ne cessent pas immédiatement, à la chaîne de commandement médicale. Les officiers supérieurs dans ces deux chaînes de commandement ont des obligations face aux cas de torture et de mauvais traitements ; la chaîne médicale est formée d'officiers qui ont aussi l'obligation éthique de veiller à ce que les prisonniers soient traités avec humanité. Les médecins qui prennent ces mesures doivent être également protégés des attaques de collègues et d'autres personnes visant à décourager ces interventions¹⁵.

Il est compréhensible que des médecins qui travaillent principalement au service de l'armée en tant que chirurgiens, anesthésistes et autres spécialistes de la médecine de guerre puissent trouver leur mission de médecin de prison déroutante. Leur hiérarchie devrait mettre à leur disposition des documents d'apprentissage fiables susceptibles de leur apporter tous les conseils dont ils ont besoin. Le médecin ne doit pas perdre de vue que la santé du patient, à savoir la personne détenue, demeure son principal devoir en termes d'éthique, ce qui l'aidera à adopter d'instinct le bon comportement.

D'importantes difficultés, tant cliniques qu'éthiques, attendent les médecins intervenant en situation de conflit. Un médecin aura moins tendance à s'écarter du droit chemin en matière d'éthique s'il garde à l'esprit que le patient doit rester au centre de ses préoccupations et qu'il doit prendre en compte l'ensemble de sa personne.

15 Déclaration de Hambourg de l'AMM sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant, adoptée par la 49^e Assemblée générale, Hambourg, Allemagne, novembre 1997, et réaffirmée par la 176^e Session du Conseil, Berlin, Allemagne, mai 2007.

Conclusion

L'éthique médicale est un système contractuel qui fixe des limites à la liberté des médecins et des autres professionnels de santé et forme la base des attentes du public à l'égard des personnes auxquelles il s'adresse pour ses besoins de santé. L'éthique n'est pas un ensemble de règles simples, elle suppose de trouver un équilibre entre les droits et les devoirs à l'égard des patients et de la société. Les praticiens doivent considérer chaque jour et dans chaque décision qu'ils prennent ce que sont les dilemmes éthiques et comment les résoudre au mieux dans chaque cas.

Pour que les principes éthiques fonctionnent, les praticiens de la santé doivent bien les maîtriser pour pouvoir analyser les problèmes. Les principes éthiques doivent aussi être compris par les personnes qui emploient et dirigent le travail de ces praticiens car ce sont les plus capables de s'assurer que les meilleures conditions sont réunies pour permettre leur application. Les praticiens ont besoin de se former tout au long de leur carrière médicale à l'analyse éthique sur la base de situations cliniques réelles. Il existe une réelle opportunité de dialogue après ces formations avec ceux qui ont le pouvoir de changer la situation pour la rendre propice à l'application de principes éthiques élevés.

Les professionnels de santé non formés peuvent rencontrer de réelles difficultés ; il est clair que lors du récent engagement britannique en Irak, les médecins chargés des détenus n'étaient pas préparés à gérer ce type de tâches et ne disposaient pas de tous les documents de formation ou d'orientation appropriés. Depuis, le ministère de la Défense britannique s'est engagé à veiller à ce que les médecins soient formés et informés des spécificités de leur action, surtout s'ils sont appelés à prendre en charge des détenus.

Puisqu'il est facile, comme il est démontré plus haut, de repérer les situations dans lesquelles les principes éthiques sont soumis à des tensions particulières au cours d'un conflit, il est particulièrement important que ceux qui se rendent dans des zones de conflit soient conscients des tensions et qu'ils reçoivent une aide pour la mise en œuvre de tous les outils nécessaires. La boîte à outils de la *British Medical Association* et la publication du CICR sur les responsabilités des personnels de santé¹⁶ sont particulièrement utiles, car elles sont toutes deux précisément conçues pour aider les personnes qui travaillent dans ces circonstances. Les professionnels de santé ont également intérêt à lire davantage d'ouvrages sur l'éthique médicale et à s'entraîner à pratiquer l'analyse éthique tant qu'ils sont dans des situations où ils peuvent bénéficier des conseils des autres.

L'éthique protège le public, mais elle protège aussi les médecins et les autres professionnels de santé dont la vocation est d'aider les autres. L'éthique, par-dessus tout, est à la base des aspects humanitaires et de prise en charge des soins dans la pratique médicale ; c'est un outil qui contribue à garantir la qualité des soins pour tous.

¹⁶ Voir BMA, *supra* note 9 ; et CICR, *supra* note 1.