

Questions des tutrices d'Éthique au Pr. Rabary :

Généralités

- Quelle est la méthode d'évaluation cette année : des QCM ? Éventuellement le nombre de QCM ?

On ne sait pas encore.

- Seriez-vous d'accord pour relire et éventuellement corriger nos QCM ?

Oui.

- Seriez-vous d'accord que nous vous transmettions les questions des P1 auxquelles nous avons du mal à répondre ?

Oui.

- Souhaitez-vous faire une vidéo comme le Pr. Grimaud prévoit de faire ?

Oui par le biais des tuteurs, avec les questions des étudiants, sous la forme d'un enregistrement.

Cours éthique normative et appliquée

- « La bienfaisance crée une sorte de partialité en faveur du patient » que voulez-vous dire par là ?

On privilégie l'intérêt du patient, sa parole, son ressenti et son souhait en termes de santé, c'est-à-dire qu'on privilégie tout ce qui peut l'amener à une meilleure santé ou ce qui peut lui éviter une maladie. On ne défend pas nos intérêts. Le risque est l'excès allant vers le paternalisme.

Dire au patient ce qui me semble bien (relation équitable) **vs** Il faut faire ça peu importe ce que vous en pensez (paternalisme)

Ce qui est prioritaire c'est le bien du patient ! Dans une idée de bienveillance, on a une discussion avec le patient. On le préserve d'une nocivité (principe de non-malfaisance). Le principe de bienfaisance se limite avec principe d'autonomie. Le patient a le droit de dire ce qu'il veut et venir chez le médecin parce que par exemple il veut une ordonnance, c'est extrême et c'est surtout le cas aux USA. Aux USA le médecin est plutôt un prestataire de service. En France, on est (+) dans une relation de confiance entre médecin et patient. Dans une situation grave (phase terminale, cancer, etc) on écoute beaucoup le patient, son ressenti pour laisser une place à son autonomie. La bienfaisance vise à faire le mieux.

- Est-il juste de dire que justice contextuelle (ou équité) = justice égalitaire + justice distributive ?

Oui c'est une articulation entre les deux, mais plutôt dans une balance/un équilibre au cas par cas.

- Dans la partie sur la responsabilité pour autrui (III) vous dites à l'oral que si la personne ne peut pas exercer son autonomie, il est de la responsabilité du médecin de l'exercer. Mais la famille du patient (par exemple) n'a-t-elle pas son mot à dire ?

Selon la loi non. Pourquoi ? Parce qu'on pense qu'on ne doit pas laisser une charge trop forte à la famille, selon le principe de bienfaisance. Ils ne doivent pas prendre des choix trop durs (démarrer une sédation terminale) qui pourraient les faire culpabiliser plus tard.

La famille ne prend pas la décision mais bien entendu on l'écoute : COLLÉGIALITÉ +++
Ex. Vincent Lambert

Chacun a cependant sa responsabilité dans la discussion, afin de donner des arguments pour que le médecin puisse construire son avis. La décision finale revient au médecin.

- « En urgence il est préférable que la réflexion éthique soit anticipée » serait-il possible d'avoir un exemple ?

(1) exemple : période du COVID.

On va réfléchir en amont sur quel élément on va décider d'envoyer un patient en situation sévère dans un service de réanimation, de médecine. Quand on prend une décision difficile, il vaut mieux avoir réfléchi avant pour savoir quoi faire dans un moment d'afflux et dans un moment critique (dans ce cas : aussi un problème très médiatisé avec beaucoup de questions autour par la famille, les proches, etc.)

(2) exemple : des patients en EPHAD

Souvent les EPHAD ne possèdent pas de personnel soignant (pas d'infirmière, pas de médecin). Les patients âgés en fin de vie sont donc envoyés dans les services d'urgence par manque de place (dans les services de soins palliatifs + par le fait que les soins ne sont pas assez développés en EPHAD). Il faut alors avoir réfléchi, si par exemple on peut prendre une décision de débiter une sédation aux urgences.

Une réflexion en amont quand la situation est habituellement prévisible vaut mieux qu'une réflexion le problème une fois présent ! En éthique, on cherche une décision personnalisée en situation.

Cours sur la douleur et le corps

- Vous dites dans l'introduction de votre cours que les tableaux des études ne sont pas à apprendre, est-ce que les élèves doivent cependant connaître les études ou seulement avoir un ordre d'idée de ce qu'elles démontrent ? Par exemple dire que « les patients atteints de cancer ne reçoivent pas assez d'antalgique ? » ou connaître l'étude de façon plus précise ?

Les études ne sont pas à connaître, ni les %, ni les schémas/graphiques/tableaux.

↳ *Mél : je vous conseille quand même de retenir ce qu'elles essaient de montrer (que les patients souffrent trop, pas assez d'antalgiques, etc). Je pense que quand il dit « études pas à apprendre » il ne parle pas des études qui expliquent pourquoi les soignants ont un manque d'empathie. Donc si j'étais vous je lirais tout à chaque fois, sans pousser sur les études 1 à 5 sur les patients.*

- Pouvez-vous confirmer que les médecins donnent souvent trop peu d'importance aux outils de mesure de l'intensité de la douleur ? Ou s'agit-il des patients ?

Les soignants et surtout les médecins oui ! +++

Pour mesurer la prise en charge de la douleur, on s'adresse aux patients. On remarque alors un mauvais recueil ou une mauvaise utilisation des chiffres recueillis. De plus, quand on ne retrouve pas les raisons de la douleur, son existence peut être mise en doute.

Progressivement les internes et les chefs de clinique ont eu ces cours sur la prise en charge de la douleur à la fac. On assiste à des transitions de la prise en charge ! On ne s'adresse plus aux mêmes interlocuteurs qu'on avait il y a 10 ans.

- Est-il juste de dire au sujet du soulagement de la douleur que « d'une obligation morale et déontologique (de moyen), on est passé à des droits des patients » ?

Avant calmer la douleur était une règle de moyen que s'imposer les médecins. Ensuite c'est devenu un droit des patients ! Le code de déontologie recommandait jusqu'à la loi Kouchner, qui l'a instauré comme un droit ! C'est opposable au médecin : ça veut dire qu'un patient ou la famille peut demander au médecin de mettre en œuvre les moyens optimaux pour calmer la douleur ! Et si c'est justifié on pourra agir, soit par exemple par une sédation ou par une équipe experte dans la douleur.

- Quand on parle de corps « normé et normalisé » : quelle est la différence entre ces deux termes ?

Le professeur ne voit pas de grande différence entre ces deux termes. Il faut comprendre que le corps pour les médecins est normé (vous devez avoir une glycémie à tant). Si vous divergez des normes vous êtes malades. Donc par défaut le corps est normé.

Ce qui est compliqué : il ne posera pas de question dessus → exemple : le diabète correspond à une glycémie qui diffère à la norme. Le but est d'obtenir du patient son observance et sa coopération pour arriver à réguler cette glycémie, dans le but d'une meilleure survie et de moins de complications. Pendant l'enfance, les parents ont une grande influence sur le traitement de leur enfant. Mais souvent à l'adolescence « ça part en cacahuètes », les ados se prennent mal en charge et les conséquences peuvent être catastrophiques. On va chercher leur autonomie par une discussion avec l'ado ou l'adulte. On va tenter de trouver des compromis même si le traitement n'est pas optimal pour améliorer leur qualité de vie. (ex. si tu manges un sucre rapide compense par du sport). On dit alors que le corps est un espace de médiation. Cette médiation n'est pas valable partout (ex. aux urgences chirurgicales)

- Le corps mort ne possède aucun droit ?

ATTENTION : Ce qui est important c'est que le corps a des droits après la mort, il ne perd pas tout droit après la mort !!!!!

Le corps mort possède des droits parce qu'il a une dignité, dans les lois de bioéthique. En fait le corps mort n'a plus de droit de patrimonialité. Par contre, il possède des droits positifs (bio-droit). Le corps obtient de plus en plus de droits. Les lois de bioéthiques en discussion vont encore changer ces droits du corps mort. Les lois de bioéthique visent à s'améliorer sur le plan juridique certes en donnant des règles, mais aussi à favoriser la possibilité de prendre en considération de façon plus digne les corps. Au centre de tout, on trouve le respect du corps !

- Est-ce que les termes « indisponibilité » et « non patrimonialité » sont des synonymes ?

L'indisponibilité est un terme général/large, qui n'enlève pas la possibilité de donner son sang et ses organes, mais protège le corps d'une intervention qui ne serait pas liée à un acte thérapeutique. C'est la cause des lois sur le don d'organe.

La non-patrimonialité connote vraiment l'interdiction de vendre ses organes/des éléments de son corps. On n'est pas propriétaire de son corps au point d'en vendre un de ces parties !

Fun fact : aux USA → on peut vendre son sang.

- Est-ce que les auteurs des différents courants philosophiques sont à retenir ?

Non, c'est seulement pour vous ouvrir l'esprit.