

# COMPILÉ RÉPONSES DES PROFS

## Ethique

### Pr CHICHÉ :

- **(2019-2020)** Un étudiant me demande si l'item B de ce QCM (que vous aviez fourni au tuteur de l'année dernière) est bien à compter comme faux.  
Effectivement, cette année vous placez les PASS dans les dispositions des établissements publics et privés (et non plus des seuls établissements publics comme l'année dernière).

S'agissant de son contenu, la Charte de la personne hospitalisée publiée et diffusée en mars 2006

A. Impose aux établissements publics et privés assurant le service public hospitalier d'accueillir les personnes démunies qui ne peuvent justifier d'une couverture sociale et qui nécessitent des soins urgents.

B. Dispose que tous les établissements de santé doivent mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé.

C. Oblige les établissements de santé à solliciter l'intervention des associations de bénévoles pour aider et soutenir les patients.

D. Rappelle que tout patient hospitalisé doit dès son admission désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches.

E. Les propositions A, B, C, D sont fausses.

L'année dernière, la réponse à ce QCM était l'item A uniquement.

➤ **Effectivement :**

- une loi récente du 3 août 2018 a modifié l'article L.1234-2 du CSP et désormais tous les établissements de santé sans distinction de statut juridique sont susceptibles de devoir mettre en place une PASS : c'est le projet régional de santé qui prévoit, après concertation, les établissements entrant dans ce dispositif de service public, afin de permettre l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies.  
On peut donc considérer que la réponse A est la bonne.

- la Charte de la personne hospitalisée n' a pas été mise à jour sur ce point.

Bravo aux étudiants d'avoir relevé la modification du QCM. J'ai effectué cette actualisation qu'il faut prendre en compte.

La bonne réponse du QCM est donc A.

Merci de votre sagacité.

- **(2019-2020)** Les étudiants se demandent par quel(s) moyen(s) un usager insatisfait peut saisir le directeur de l'établissement concerné.

En effet, dans votre polycoché de QCM (QCM 16), vous comptez juste cet item :

"[Le patient] peut saisir le directeur de l'établissement de santé en lui adressant une réclamation écrite ou orale."

Cependant, en cours vous avez dit que le patient pouvait saisir le directeur à l'écrit et sur votre référentiel il n'y a pas davantage de précisions.

Confirmez-vous que le patient peut également saisir le directeur de l'établissement à l'oral ?

➤ **L'usager a la possibilité d'exprimer ses observations ou/et réclamations : c'est un droit reconnu à toute personne qui utilise un service administratif. C'est d'ailleurs aussi la possibilité offerte à tout client d'une entreprise privée...**

L'usager le fait normalement par écrit. Dans certaines situations cependant, il peut présenter ses griefs directement par oral (soit par impossibilité d'écrire, soit par réaction directe etc). Une réclamation orale est prise en compte et donne habituellement lieu à un écrit/rapport de l'interlocuteur rencontré par l'usager. Il est vrai qu'en pratique, si la réclamation est le plus souvent écrite, la réclamation orale existe et est prise en compte.

Je vous confirme donc que le patient peut saisir le directeur par écrit et par oral.

Désolé d'avoir provoqué un questionnement légitime lors de mon propos oral.

Voici ci-dessous le texte du Code de la santé publique qui prévoit la réception d'une réclamation orale ou écrite.

**Article R1112-91 du CSP**

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

- **(2019-2020)** Les étudiants se demandent s'ils doivent, en QCM, prendre en compte les exceptions du cours.

En effet, en 2017-2018, par rapport à l'item "Toute personne malade a la liberté de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge", vous aviez répondu qu'en toute rigueur, il fallait mentionner les limitations vues en cours (ce qui rendrait donc l'item tel quel faux).

Est-ce parce-que l'énoncé inclut chaque patient (de par la mention "toute personne"), ou bien l'item "un patient a la liberté de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge" serait également à compter comme faux (toujours à cause des exceptions développées en cours) ?

Idem, l'item "Le patient est le seul destinataire de l'information" serait, à priori, à compter comme vrai. Cependant, vous citez des cas particuliers (enfants et majeurs protégés).

L'item, tel quel, serait-il donc bien juste, ou faut-il préciser "hors exceptions" pour le compter comme vrai ?

- Pour les 2 premiers cas cités dans votre mail, vous avez raison.  
Pour le 3ème, relatif à l'information du patient, il faut effectivement préciser "hors exceptions".  
**Attention, je rappelle que la Charte comporte 11 chapitres.**

- **(2019-2020)** Confirmez-vous le fait que l'item "La Charte de 2006 dispose que tous les établissements de santé doivent mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé" est bien faux (étant donné que la Charte ne mentionne pas cette disposition) ?

- L'item est bien faux.  
En effet, la loi (et donc la circulaire) dispose que tous les établissements de santé mettent en place une PASS, si l'ARS le demande. Dans ce cas, un contrat est signé entre l'établissement et l'ARS.  
On ne peut donc pas dire que tous les établissements "doivent" mettre en place une PASS.

- (2018-2019) Quelle est la différence entre responsabilité administrative pour le public et responsabilité civile pour le privé ( est-ce que la responsabilité civile est destinée seulement aux professionnels et non aux établissements qu'ils soient privés ou publics) ?

➤ Notre droit Français comporte 2 branches :

- Le droit privé (droit des personnes physiques, des sociétés, comme les cliniques privées....),
- Le droit public, qui est le droit de l'administration et des personnes publiques : commune, département, région, université, hôpital public...

La conséquence de cette séparation est l'existence de 2 juges distincts :

- les personnes privées (personnes physiques, associations, cliniques privées...) sont soumises au droit privé et relèvent du juge judiciaire en cas de contentieux : pour mettre en cause une clinique ou un agent d'une clinique, il faut saisir le juge judiciaire (tribunal de grande instance). On parle dans ce cas de responsabilité civile.
- Les personnes publiques (hôpital public) et leurs agents (agents publics) sont soumis au droit administratif et relèvent du juge administratif (tribunal administratif) : pour mettre en cause la responsabilité de l'hôpital, il faut saisir le juge administratif, on parle dans ce cas de responsabilité administrative.

Un point commun : la décision du juge, qu'il soit administratif ou judiciaire pourra aboutir à l'octroi d'une indemnité.

A noter que le droit pénal, qui vise à sanctionner les personnes en cas d'infraction, est traditionnellement rattaché au droit privé. Mais le droit pénal n'a pas de frontière, et s'applique aussi bien aux personnes physiques qu'aux personnes publiques (administration et agents publics).

Attention : dans la phrase C il y a une petite coquille : établissement **de** santé privé.

- **(2018-2019)** L'étudiant se demande dans votre cours comment la continuité des soins évoquées dans ce paragraphe, peut concerner l'ensemble des établissements ? Sachant que la continuité des soins est une caractéristique du service publique hospitalier uniquement.

## 2. LES ETABLISSEMENTS GARANTISSENT LA QUALITE DE L'ACCUEIL, DES TRAITEMENTS ET DES SOINS

- ✓ Les examens de diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, blessés, femmes enceintes prennent en compte leur dimension psychologique.
- ✓ Les actes de prévention, d'investigation, de diagnostic et de soins, curatifs ou palliatifs :
  - Sont adaptés à l'état des patients
  - Ne doivent pas leur faire courir des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés ("balance" évaluée en l'état des connaissances médicales, c'est-à-dire des données acquises de la science)
  - La **continuité des soins est assurée** à l'issue de l'admission ou de l'hébergement (lettre de sortie, ordonnances, rendez-vous....)
- ✓ Les intervenants doivent se préoccuper du **soulagement de la souffrance** et de la **prise en charge de la douleur** des personnes hospitalisées.
 

Le premier plan triennal de lutte contre la douleur ("la douleur n'est pas une facilité") a été lancé par le ministre B. KOUCHNER en 1998. Depuis lors, tout établissement est tenu de remettre au patient "un contrat d'engagement contre la douleur" aigue ou chronique.

.... Les seuls établissements de santé, assurant le service public hospitalier sont soumis à des dispositions propres :

NB : assurent le service public hospitalier : les hôpitaux publics, les hôpitaux des armées, les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), les établissements privés volontaires agréés par l'ARS.

NB : le service public hospitalier est défini par ses missions : égalité d'accès, accueil adapté et permanent, continuité des soins, représentation des usagers, absence de dépassement des tarifs....

Je pense personnellement que la continuité des soins dans la première photo (pour tous les établissements, publics ou privés) renvoie à l'obligation du suivi du patient, tandis que la continuité des soins (comme obligation du service public hospitalier) renvoie à la permanence d'accès aux soins.

➤ Votre raisonnement est pertinent.

En fait, la continuité des soins s'impose à tous les établissements de santé et aux professionnels. C'est une obligation pour les établissements relevant du service public hospitalier et pour les autres. Pour les autres, ils doivent veiller à la continuité de la prise en charge, directement ou en confiant le patient à un établissement relevant du service public. La continuité des soins signifie également que le patient qui quitte un établissement doit disposer des ordonnances permettant la poursuite de ses traitements.

- **(2017-2018)** Une étudiante ne comprend pas bien la différence entre les CDU et les CCI, si le CDU fait partie de l'hôpital ou s'il est indépendant. Elle aimerait aussi savoir s'il existe une hiérarchie dans l'intervention de ces commissions. Pourriez-vous le réexpliquer ?

➤ La CU ou CDU est interne à l'hôpital. Elle est saisie par le directeur ou le patient (voir QCM).

La CCI est externe à l'hôpital ou la clinique. Elle est interrégionale. Elle a 2 compétences : elle joue un rôle de conciliation en cas de litige (sauf dommage. Elle donne aussi un avis e propose une indemnité en cas de dommage subi par le patient.

- **(2017-2018)** Un étudiant ne comprend pas pourquoi dans le cours il est dit qu'en cas de non-respect du secret médical, c'est l'hôpital qui engage sa responsabilité. Alors que dans un autre cours il est dit que c'est le médecin qui l'engage. Pouvez-vous lui expliquer pourquoi c'est l'hôpital qui engage sa responsabilité ?

➤ La violation du secret professionnel engage la responsabilité pénale de l'agent auteur ou de l'établissement .

Mais elle peut aussi engager la responsabilité indemnitaire si le patient saisit le tribunal administratif ou le juge judiciaire : dans ces cas, c'est l'établissement qui couvre l'agent et est condamné.

- **(2017-2018)** Dans le polycopié, il est écrit que "la transfusion sanguine constitue une atteinte à la liberté d'expression religieuse mais elle ne viole pas la CEDH (traitement inhumain, dégradant, privation du droit à la liberté) Ce qui est souligné dans la parenthèse pose un problème à cette étudiante puisque justement, on ne viole pas la CEDH car on a pas de traitement inhumain mais il y a quand même une atteinte à la liberté. Pouvez-vous expliquer ce passage ? Et notamment ce qui est marqué dans la parenthèse.

➤ Ce sont les témoins de Jéhovah qui ont invoqué devant le juge administratif et la CEDH une atteinte à la liberté religieuse, ainsi qu'un traitement inhumain et une atteinte à la liberté de choix. Les juges administratifs et la CEDH ont admis que l'administration de la transfusion malgré le refus du patient constituait une atteinte à la liberté d'expression religieuse, mais ils ont rejeté les autres arguments des plaignants. Les juges ont décidé que la transfusion était légitime pour sauver le patient même contre son gré.

- **(2017-2018)** Un étudiant aimerait savoir si les caractéristiques entre bienveillance, bienfaisance et bienveillance sont à distinguer en QCM, ou si globalement c'est pareil (car une fois il est écrit que la bienfaisance concerne le respect des croyances, et ailleurs que c'est ce qui permet de soigner le patient) ?

➤ Non, on peut admettre ici qu'il s'agit de synonymes.

- **(2017-2018)** Concernant ce QCM, les propositions A et B ont posé quelques soucis aux étudiants :

QCM : S'agissant de l'examen des patients dans le cadre d'un enseignement clinique, la Charte de la personne hospitalisée de 2006 :

- A. Précise que le patient doit être systématiquement informé de la présence d'étudiants en médecine.
- B. Mentionne que la présence d'étudiants paramédicaux doit être portée à la connaissance du patient.

Les deux propositions sont comptées comme fausses mais dans votre cours il est pourtant indiqué qu'il faut « Le respect de la dignité en toutes circonstances : L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. ».

Pouvez vous éclairer les étudiants sur ces deux propositions, sont-elles bien à compter comme fausses ?

➤ *Le libellé du QCM peut prêter à confusion. Je vous propose la rédaction suivante, et bravo aux étudiants rigoureux.*

**Introduction au QCM 9 : S'agissant de l'examen des patients dans le cadre d'un enseignement clinique, la Charte de la personne hospitalisée de 2006 :**

- A. Précise que le patient doit être **simple**ment informé de la présence d'étudiants en médecine.
- B. Mentionne que la présence d'étudiants paramédicaux doit être portée à la connaissance du patient.
- C. **Précise que le patient doit être informé de la présence d'étudiants, donner son consentement préalable. Et il ne peut être passé outre à son refus.**
- D. Laisse le médecin en charge du patient le soin d'informer ou pas le patient de la présence d'étudiants.
- E. Les propositions A, B, C, D sont fausses.

REPONSE : LA PROPOSITION C EST JUSTE, LES PROPOSITIONS A, B, D, E SONT FAUSSES.

- **(2017-2018)** Une proposition d'item au tutorat a également posé problème aux étudiants « Toute personne malade a la liberté de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge » est-elle à compter comme vraie sachant que les personnes hospitalisées sans leur consentement (hôpital psychiatrique) ne choisissent pas leur établissement ?

➤ Vous avez raison : la liberté de choix est le principe, mais comporte des limitations mentionnées par la loi (art. L. 1110-8 du CSP) : capacité technique, mode de tarification, autorisation de dispenser des soins remboursables. Est visée la psychiatrie.

En toute rigueur, il faut mentionner ces limitations.

- **(2017-2018)** Un étudiant se demande pour le QCM 4 item C : cette proposition dit que les dispositions de la charte sont applicables de manière obligatoire dans tous les établissements publics et privés y compris en hospitalisation à domicile.

Pourtant dans la charte, il y a certaines dispositions obligatoires qui ne s'appliquent qu'aux établissements publics et pas privés. Que doit-on retenir?

➤ QCM 4 Attention, la Charte s'applique à tous les établissements de santé :

- La Charte mentionne des dispositions communes à tous les établissements de santé publics et privés ;
- Elle précise que des dispositions "propres", c'est-à-dire supplémentaires concernent les établissements assurant le service public hospitalier. C'est par exemple l'urgence, la prise en compte des personnes démunies, la formation....
- On peut donc considérer que la réponse C est correcte, et non pas fausse comme indiquée dans le QCM

- **(2017-2018)** Dans charte de la personne hospitalisée, la preuve de la délivrance de l'information peut se faire par tous les moyens (écrit ou oral). Mais dans le cours sur l'information donné par le Pr.Quatrehomme, il est bien indiqué qu'une traçabilité écrite de l'information est indispensable. Du coup la preuve de délivrance peut elle être écrite ou écrit/oral ?

Voici le raisonnement de l'étudiant : « La preuve de la délivrance peut être apportée par tout moyen, oral ou écrit. Du coup ça impliquerait que la traçabilité ÉCRITE n'est pas obligatoire et que l'on peut prouver oralement que l'information a bien été donnée ? »

➤ En cas de litige, la preuve de l'information donnée au malade :

- Doit être faite par le professionnel,
- Peut être apportée par tout moyen.

C'est la loi qui l'affirme (art. L. 1111-2 du CSP). En même temps, la traçabilité écrite permet est un moyen d'apporter la preuve de l'information.

## Pr QUATREHOMME :

- **(2019-2020)** S'il est obligatoire de rompre le secret professionnel lors de maltraitances/séances/privations concernant des enfants, pourriez-vous expliquer pourquoi vous classez ce cas dans les dérogations facultatives (et non obligatoires) ?  
*Serait-il juste de dire que la maltraitance d'enfants constitue une dérogation facultative au secret ?*  
*Idem, serait-il juste de dire qu'il s'agit d'une dérogation obligatoire ?*
  - Il s'agit bien juridiquement d'une dérogation facultative, notamment contenue dans l'article 226-14 du code pénal.  
 Le signalement est laissé à l'entière conscience et responsabilité du médecin.  
 Il peut en effet exister des cas particuliers et singuliers, notamment avec des adolescents ou des presque majeurs (ex : une jeune fille de 16 ans qui a une relation consentie avec un jeune homme de 25 ans : elle est mineure, lui majeur ; on signale ?).  
 Quoi qu'il en soit, en dehors de ces cas particuliers, et surtout s'il s'agit véritablement d'enfants, et non d'adolescents ou de quasi-jeunes adultes, le signalement est presque toujours fait.  
 Donc pour répondre à un QCM : Maltraitance = dérogation facultative au secret professionnel.
  
- **(2019-2020)** Une étudiante me demande si l'item "La personne de confiance a accès aux informations du dossier médical si le patient ne s'y oppose pas" est à compter comme juste.  
 Il est juste de dire "La personne de confiance a accès aux informations médicales si le patient ne s'y oppose pas", mais, étant donné que le dossier médical contient des informations médicales, je me demandais si l'on pouvait extrapoler l'affirmation.  
 J'ai répondu à l'étudiante que la personne de confiance a bien accès à des informations du dossier médical, mais que je me demandais si vous faisiez la nuance entre des (certaines) et aux (toutes).
  - Très belle question, tout à fait pertinente  
 La réponse juste est :  
 « La personne de confiance a accès à certaines informations médicales si le patient ne s'y oppose pas ». Le problème est identique pour les ayants droit d'une personne décédée. Les ayants droit n'ont accès qu'à certaines informations restreintes, pour répondre à un des trois motifs prévus par la loi (connaître la cause du décès, faire valoir ses droits, défendre la mémoire du défunt) : il y a les débats parlementaires ayant précédé le vote qui l'affirment, et il y a même une décision du conseil d'Etat qui va dans ce sens (je parle uniquement des ayants droit).  
 Donc nous pouvons considérer que c'est la même chose pour la personne de confiance.  
 Mais la nuance est quand même subtile pour un QCM, donc vraisemblablement les deux réponses seraient acceptées. Mais ceci est un problème de format du concours, car sur le fond, une personne de confiance n'a accès qu'à certaines informations médicales très restreintes.
  
- **(2019-2020)** Dans le cours il est dit que le dossier médical "peut être saisi par la justice".  
 Or, vous dites également (concernant les difficultés) que "la justice n'a pas accès au dossier médical, bien qu'il existe des dérogations."  
 La première affirmation sous-entend-t-elle que la justice a accès à certaines informations mais pas au dossier médical dans son entièreté ?
  - Non. Le dossier peut être saisi par la Justice dans une procédure pénale. Mais il est placé sous scellés. Un médecin expert est désigné et c'est lui qui ouvre les scellés contenant les dossiers médicaux pour remplir la mission et répondre aux questions posées par le magistrat.  
 A la fin de ses opérations, le médecin expert reconstitue le scellé. Donc le magistrat ne l'a pas lu, c'est le médecin expert qui l'a lu entièrement et qui en tire les éléments qui ont un rapport avec la mission (voir notamment les articles du code de déontologie concernant la médecine de contrôle ou d'expertise). Cette procédure est très fréquente pour un médecin légiste.  
  
 La dérogation obligatoire au secret concerne une mission de réquisition ou d'expertise.  
 Une expertise judiciaire : un médecin est commis comme expert (c'est la bonne terminologie) par le magistrat.  
 Cela s'appelle une ordonnance de commission d'expert.

Quand on est commis expert, on ne peut pas refuser sauf certains cas très particuliers (qui sortent de la 1<sup>e</sup> année de médecine), et il existe alors une dérogation obligatoire, au secret professionnel, mais attention uniquement dans le cadre strict de la mission impartie donc de la réponse aux questions posées par le magistrat (tout le reste continue d'être soumis au secret professionnel).

La saisie du dossier est une saisie par la justice de l'ensemble du dossier.

Mais la réponse du médecin expert se fait dans un rapport d'expertise, qui utilise certains éléments du dossier pour répondre aux questions posées.

On utilise les éléments du dossier utiles pour répondre aux questions posées.

Par exemple il serait interdit de photocopier l'intégralité du dossier et le mettre en annexe du rapport d'expertise

La saisie du dossier est la remise volontaire du dossier par le médecin, avec certaines contraintes (présence d'un officier de police, du médecin chef de service ou son représentant, du Directeur de l'hôpital ou son représentant).

Cette saisie intervient uniquement dans le cadre d'une procédure pénale : plainte à l'encontre d'un médecin désigné ou non désigné (plainte contre X), ou encore contre une personne morale (rare, service hospitalier public ou privé).

Il est impossible de saisir un dossier en procédure civile ou administrative.

J'ai également eu le cas récemment d'une procédure pénale établie sans que la responsabilité du médecin détenteur du dossier ne soit recherchée.

Cela concernait une instruction pour vol à main armée, le dossier médical a été saisi. Cela ne concernait pas du tout la responsabilité du médecin.

- **(2018-2019)** Un item du Concours de 2014 semble poser problème : « On peut dans certaines conditions refuser au patient l'accès à certaines informations médicales le concernant »

Cet item était compté VRAI dans les corrections officielles. Les étudiants se demandent pourquoi et voudraient s'il s'avère vrai, un exemple pour l'étayer. (2018-2019)

- La réponse est exacte : article 35 du CD médicale.  
ex : pronostic fatal à très court terme (quelques mois de survie). Si vous relisez l'article 35 CD, vous verrez qu'on peut dans certains cas particuliers, selon le malade qu'on a en face de soi, et avec beaucoup de précautions et de nuances, ne pas donner certaines informations médicales à un patient, mais que dans ce cas la famille, les proches ou la personne de confiance sont habituellement informés.

- **(2017-2018)** Un étudiant se demande si un l'item "on doit informer les patients sur les risques nouveaux " est à compter juste ?

➤ Oui

- **(2017-2018)** Voilà la question d'un étudiant : « Concernant les informations non communicables on voit qu'il y a les informations particulièrement sensibles comme un pronostic défavorable, maladie grave, etc. Je ne comprends pas bien ce que ça signifie, si la maladie est trop grave on peut pas le dire au patient ? De plus, est-ce que ces informations non communicables sont inscrites dans le dossier mais on ne les montrera pas au patient, ou alors on ne les inscrit pas dans le dossier ? »

➤ Lire l'article 35 du code de déontologie médicale. Cet article doit être parfaitement connu

et assimilé. Le médecin, en toute conscience, dans ces cas extrêmes etc. L'article est très bien rédigé et tout en nuances. Dans ces circonstances particulières, les infos (par exemple sur un pronostic grave ou incurable) peuvent être inscrites dans le dossier médical, mais le médecin peut décider de ne pas communiquer cette partie du dossier, en suivant ainsi les dispositions de l'article 35.

- **(2017-2018)** Une étudiante se demande si la présence d'un accompagnateur est obligatoire lorsque le patient consulte son dossier médical sur place ?

- Oui, d'une part pour répondre aux questions du patient, car la lecture d'un dossier médical peut être très anxiogène ; (et accessoirement pour éviter que certains patients emmènent des pièces du dossier : cette 2e partie de la réponse ne fait pas partie de l'ECN)

**Pr ALUNNI :**

- **(2019-2020)** Concernant la Cour d'Appel, vous avez d'abord dit que celle-ci ne jugeait seulement le fond des affaires. De plus, il semblait que les années passées vous disiez que c'était seulement la Cour de Cassation/Conseil d'État qui jugeait la forme des affaires.

Cependant, plus tard dans le cours, vous avez dit que la Cour d'Appel examinait le fond, mais également la forme des affaires (et donc si les règles de droit étaient correctement appliquées).

Quelle est la version à retenir ? La Cour d'Appel ré-examine-t-elle seulement le fond d'une affaire, ou examine-t-elle également la forme ?

Et de manière générale est-il réellement possible de juger le fond d'une affaire, sans en juger la forme ?

➤ Rien n'a changé sur ces points : La cour d'appel juge le fond et la forme; la cour de cassation que la forme

- **(2019-2020)** Concernant la Cour de Cassation, vous avez dans un premier temps fait référence à celle-ci en tant que 3ème degré de juridiction. Cependant, plus tard dans le cours (et comme vous disiez les années passées), vous avez dit qu'il n'existait pas de 3ème degré de juridiction.

Quelle version est à retenir ? La Cour de Cassation représente-t-elle un 3ème degré de juridiction ou non ?

➤ Il n'existe pas de 3ème degré de juridiction

- **(2019-2020)** Dans la partie concernant la responsabilité civile, vous dites que celle-ci ne concerne que les médecins libéraux. Vous dites ensuite que tous les médecins doivent souscrire à l'assurance responsabilité civile, qui est obligatoire.

Les étudiants se demandent ainsi si cette assurance est :

-Obligatoire pour TOUS les médecins

ou

-Obligatoire seulement pour les médecins libéraux, et fortement recommandé pour les médecins salariés hospitaliers.

➤ Obligatoire seulement pour les médecins libéraux, et recommandée pour les médecins salariés hospitaliers.

- **(2018-2019)** À propos du nouveau cours sur les Certificats Médicaux,
  - Vous dites que celui-ci est composé de 2 parties, une première avec les allégations du patient et une seconde avec les constatations du médecin.
  - À un moment de votre cours vous avez qualifié cette première partie de « constatations au conditionnel », ce qui, il me semble veut dire la même chose que « allégations »

Est-ce donc une autre manière valable pour le concours d'appeler cette première partie « constatations au conditionnel » ou peut on seulement utiliser le mot « allégation » pour la décrire ?

➤ Attention, il y'a :

1 , Allégations du patient au conditionnel et non pas constatations

2 , Constatations du médecin.

- **(2017-2018)** Voilà la question d'un étudiant « Dans le cours sur la justice, on dit qu'un médecin ne peut pas être poursuivi en même temps en administratif et en civil car "on ne pas être à la fois médecin libéral et médecin hospitalier", or le professeur Staccini dans son cours sur le système de santé dit le contraire »

Pouvez-vous expliquer aux étudiants ce qu'ils doivent retenir pour le concours ?

- Je confirme qu'un médecin ne peut pas être poursuivi en même temps en administratif et en civil car "on ne pas être à la fois médecin libéral et médecin hospitalier" Le Pr Staccini vous disait qu'un médecin peut exercer en hôpital et engager sa responsabilité administrative, et que certains jours avoir une activité libérale dans cet hôpital et alors engager dans ce cadre précis sa responsabilité civile.

- **(2017-2018)** Une étudiante ne comprend pas pourquoi dans le cours sur l'organisation de la justice en France le Tribunal des affaires de la sécurité sociale est un exemple de juridiction CIVILE de 1er degré et pas d'une juridiction ADMINISTRATIVE. Et demande aussi s'il s'agit d'un organisme public ?

Pouvez-vous éclaircir ce point s'il-vous-plait ?

- La justice est organisée ainsi de façon historique.

- **(2017-2018)** Dans votre cours concernant l'Ethique et la déontologie médicale, il est indiqué que l'on n'a « pas le droit de prélever sur des mineurs vivants ». Le Pr. Grimaud qui s'occupe des cours concernant « La vie et la mort » a répondu à certaines interrogations des étudiants en leur disant que "les mineurs peuvent être receveurs mais aussi donneurs", sans autres précisions de sa part. Les étudiants se retrouvent donc un peu perdu pensant qu'il s'agit d'une contradiction avec votre cours.

-Nous comptons leur répondre que dans votre cours vous faisiez allusion au mineurs vivants et que le prélèvement est strictement interdit comme vous le précisez

-Concernant la version du Pr.Grimaud les mineurs peuvent être receveurs (ce qui suppose qu'ils sont vivants)

-Et que pour les mineurs donneurs le Pr.Grimaud devait faire référence aux mineurs morts qui peuvent, dans cette situation seulement, être prélevés (la responsabilité juridique étant donnée aux parents ou au tuteur)

Pouvez vous confirmer cette réponse, ou y apporter quelques clarifications ?

➤ Je confirme les mineurs peuvent être donneurs d'organes quand ils sont décédés.

Résumé des tuteurs :

*-Un mineur vivant ne peut pas donner ses organes*

*-Un mineur mort peut être donneur avec l'autorisation adéquate*

*-Un mineur vivant peut être receveur*

- **(2017-2018)** Voici l'incompréhension d'un autre étudiant concernant le cours sur l'Organisation de la justice en France / Responsabilités médicales

« Toutes ces responsabilités peuvent être mises en jeu simultanément et parallèlement, successivement, ou seule, un patient peut lancer des plaintes dans tous les registres en même temps. Cependant à la fin du cours on nous dit qu'un médecin ne peut pas être jugé en civil et en administratif en même ce qui contredit la phrase ci-dessus. De plus je pense qu'il peut être jugé en civil et en administratif en même temps s'il fait du libéral en dehors de son travail à l'hôpital, et qu'il commette des erreurs sur 1 patient dans sa pratique libérale et sur 1 patient à l'hôpital. »

Serait-il possible d'apporter quelques précisions, d'autres étudiants ont rencontré également le même problème ?

➤ Les responsabilités médicales peuvent être mises en jeu simultanément mais effectivement pour un même patient on ne peut pas être jugé en civil et en administratif en même temps car ce patient a soit été pris en charge en libéral soit en hospitalier ! (Elle l'a déjà dit dans les précédentes réponses ça donc faites attention elle a l'air d'y tenir +++)

Oui il pourrait être jugé à la fois en civil et en administratif dans sa carrière s'il fait du libéral en dehors de son travail à l'hôpital, et s'il commet des erreurs sur 1 patient dans sa pratique libérale et sur 1 patient à l'hôpital. Mais on voit bien que ce ne sera pas en même temps sur le même patient.

- (2016-2017) Dans votre cours « L'organisation de la justice en France », vous classez le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale dans l'ordre judiciaire civil or en consultant le site du service public français, j'ai trouvé que le TASS jugeait les conflits d'ordre administratif entre les caisses de sécurité sociale et les usagers. Du coup il ne devrait pas plutôt être classé dans l'ordre administratif ? Je ne sais pas trop quoi confirmer aux étudiants...

➤ Je confirme que je classe le [b]Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale dans l'ordre judiciaire civil

*Bon elle confirme que c'est tout de même ordre judiciaire civil ...*

- (2016-2017) Dans votre cours « Responsabilités médicales », vous avez dit en cours que "toutes ces responsabilités (civile, pénale, administrative et déontologique) peuvent être mises en jeu en même temps, successivement, ou seule". Puis un peu plus tard dans le cours, vous avez dit que les responsabilités civile et administrative ne peuvent pas être mises en jeu en même temps parce qu'un médecin libéral ne peut pas être hospitalier et inversement. Or certains médecins travaillent à mi-temps entre l'hôpital et leur cabinet privé. Du coup, des étudiants m'ont demandé ce qu'il fallait retenir ... Je leur ai donc dit que lorsque vous disiez que "toutes ces responsabilités pouvaient être mises en jeu", vous vouliez surtout dire que les responsabilités administrative, pénale et déontologique peuvent être mises en œuvre simultanément OU responsabilités civile, pénale et déontologique OU uniquement par paire, c'est-à-dire responsabilités pénale + administrative. Un item "toutes ces responsabilités peuvent être mises en jeu", est à compter juste en le prenant de manière générale n'est-ce pas ?

➤ "Je leur ai donc dit que lorsque vous disiez que "toutes ces responsabilités pouvaient être mises en jeu", vous vouliez surtout dire que les responsabilités administrative, pénale et déontologique peuvent être mises en œuvre simultanément OU responsabilités civile, pénale et déontologique... "ok

"Un item "toutes ces responsabilités peuvent être mises en jeu", est à compter juste en le prenant de manière générale n'est-ce pas ? OUI MAIS pas en même temps civil et administratif

- **(2016-2017)** Dans votre cours « Déontologie médicale », certains étudiants ont remarqué que vous datiez le Serment d'Hippocrate au 6ème siècle avant J.C. alors qu'Hippocrate avait vécu au 3ème/4ème siècle avant J.C. Ils me demandent donc si c'est une petite erreur de votre part ?

➤ Hippocrate : pas d'intérêt à retenir la date pour MOI ; pour les autres profs je ne sais pas

- **(2016-2017)** Dans votre cours « Responsabilités médicales », vous parlez de la faute détachable d'un service hospitalier. Et vous avez dit en amphi « La responsabilité administrative hospitalière peut être mise en jeu quand il y a une faute médicale (la technique ou l'information), une faute d'organisation ou encore dans le cas très particulier de la faute détachable. » Or nous sommes d'accord, en cas de faute détachable du service, ce n'est justement pas la responsabilité administrative de l'hôpital qui est mise en jeu ? De manière exceptionnelle, quand il peut être considéré que le médecin a commis une faute personnelle détachable de ses fonctions, auquel cas il répond personnellement de sa faute en engageant sa responsabilité CIVILE.

➤ De manière exceptionnelle, quand il peut être considéré que le médecin a commis une faute personnelle détachable de ses fonctions, auquel cas il répond personnellement de sa faute en engageant sa responsabilité CIVILE

- **(2016-2017)** Dans votre cours « L'organisation de la justice en France », vous dites :
  - Au début du cours, dans les grands principes de la justice : La Cour d'Appel (juridiction de second degré) réexamine et rejuge une deuxième fois le fond de l'affaire. Elle va rendre des arrêts (+++).
  - Dans la partie des juridictions administratives : La cour d'appel administrative rend alors un avis confirmatif ou informatif.

Du coup des étudiants m'ont demandé s'il fallait bien faire attention à la distinction en Cour d'Appel (qui rend des arrêts) et Cour d'Appel Administrative (qui rend des avis) ? Cependant en cherchant sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr) des comptes rendus des Cours d'Appel Administratives, j'ai vu que dans les conclusions, on parlait bien d'arrêts. Du coup je ne sais pas trop quoi leur confirmer ?

➤ En Cour d'Appel ce sont des arrêts

**Pr SADOUL :**

- **(2017-2018)** Voilà la question d'un étudiant « Il est dit en cours que dans le cas d'un couple séparé, si l'enfant doit être inclus rapidement dans une étude, et qu'il manque l'avis du père par exemple, on procède à la recherche, et on demandera ultérieurement son avis au papa...

Mais vu que c'est l'enfant qui décide s'il veut participer ou pas, s'il a dit oui mais que son père est contre, est-ce qu'il va être enlevé de la recherche ou pas ?

- Dans tous les cas le consentement de l'enfant est indispensable, comme chez l'adulte les circonstances (extrême urgence, patient inconscient...) il est possible de démarrer une recherche organisée pour inclure des patients dans ce cadre très spécifique, le consentement de l'enfant et d'au moins un parent sera recherché dès que possible.

L'avis positif d'un enfant et d'un seul des deux titulaires de l'autorité parentale (s'il y en a deux) est indispensable. Si aucun des parents (titulaires de l'autorité parentale) ne donne son consentement, même si l'enfant y est favorable, la recherche ne pourra être lancée pour cet enfant.

- **(2017-2018)** Voilà encore une autre question d'un étudiant sur la recherche sur les mineurs « Il est dit concernant la loi Jardé que pour un protocole de recherche chez un mineur il suffit d'avoir l'autorisation d'un seul des titulaires de l'autorisation parental et de l'enfant concerné pour débiter une recherche et qu'il sera secondairement demandé au deuxième titulaire de l'autorité parental son consentement.

Dans le cas où la recherche serait lancée après les deux consentements requis, si quand on demande secondairement l'avis du deuxième titulaire de l'autorité parental et qu'il n'est pas d'accord avec cette recherche et ne donne donc pas son consentement que se passe-t-il ? La recherche est stoppée ?»

- Voir ci-dessus

- **(2017-2018)** Un étudiant ne comprend pas cet item : " En matière de recherche clinique, concernant l'information des patients, il est vrai qu'elle peut omettre, dans certains cas, la notion de tirage au sort". Est-il à compter juste ? Pouvez-vous l'expliquer ?

- Dans certains cas (études en psychologie notamment) il peut être omis la notion d'un tirage au sort. Ce n'est pas pour les études de type 1 et 2, mais pour les études de type 3.

- **(2017-2018)** Concernant la recherche sur les médicaments, une étudiante a du mal à savoir s'il faudrait compter juste l'affirmation : "Les recherches sur les médicaments sont encadrées par la loi Jardé" ou encore "toute recherche clinique est encadrée par la loi Jardé" ?

Car d'un point de vue juridique c'est elle qui définit les différentes catégories de recherches, notamment la 1 dont font partie les recherches sur les médicaments, mais ces dernières sont à part puisqu'elles sont régies par un règlement européen.

- **Toute recherche clinique est encadrée par la Loi Jardé ; médicament ou pas.**

### **Pr Rabary :**

- **(2019-2020)** Vous avez parlé d'accréditation des établissements de soin, alors que le Pr. Chiché insiste énormément sur le fait qu'on certifie les établissements de santé tandis qu'on accrédite les professionnels de santé.  
*Quelle version les étudiants doivent-ils retenir ?*
- **C'est monsieur Chiché qui a raison concernant la certification des établissements.**
- **(2019-2020)** D'après votre définition, dans la douleur chronique le patient a mal bien que le processus lésionnel initial ai été soigné (il n'y a donc plus de lésion).  
Si cela est du à des dérèglements dans le système de conduction de l'information douloureuse, peut-on dire que la douleur chronique fait partie des douleurs nociplastiques (pour lesquelles le patient à mal sans qu'il y ai de lésion apparente) ?
- **On classe habituellement les douleurs selon les mécanismes impliqués : les douleurs nociplastiques , les douleurs par excès de nociception et les douleurs neuropathiques. Les douleurs chroniques répondent à une définition qui ne préjuge pas du mécanisme en cause (cf définition de la douleur chronique).**

### **Pr Marcucci :**

- **(2019-2020)** Les lois de bioéthique ont-elles une valeur juridique ?
- **Les lois de bioéthique ont bien une valeur juridique.  
L'avis du CCNE a une valeur consultative.  
Il y a eu confusion entre les deux.**
- **(2019-2020)** Pourquoi y'a-t-il 2 dates (2009-2020) si C.Pelluchon est à l'origine d'un seul principe (vulnérabilité=considération), et pourquoi on a 2020 sur la diapo de cette année contre 2018 l'année dernière ?  
De plus, dans le cours de Vie et Mort 2 O.Rabary a mentionné le principe de sollicitude comme étant égal au principe de vulnérabilité. Confirmez-vous ?
- **Ne vous prenez pas la tête sur cette date (elle a littéralement haussé les épaules en mode balec quand je lui ai demandé).  
La prof a re confirmé que vulnérabilité=considération mais en gros C. Pelluchon a sorti un livre sur L'éthique de la considération (edit : elle a finalement modifié la version de la diapo, voir vague 3).  
La prof confirme que vulnérabilité=considération=sollicitude (tous ces termes s'entrecroisent dans l'oeuvre de C.Pelluchon)  
Retenez donc : 1 seul principe (vulnérabilité=considération=sollicitude), datant de 2009-2018 (vague 3).**

- **(2019-2020)** D'après le Pr. Rabary, P. Ricoeur est à l'origine du principe de l'éthique de sollicitude. Cependant, le professeur indique également qu'il considère l'éthique de la sollicitude comme étant synonyme de l'éthique de la vulnérabilité. Or nous avons vu dans votre cours que C. Pelluchon était à l'origine de l'éthique de la vulnérabilité (= éthique de la considération). Si éthique de la vulnérabilité = éthique de la considération = éthique de la sollicitude, pourriez-vous m'indiquer qui (C. Pelluchon ou P. Ricoeur) est à l'origine de ce principe ?

- Paul Ricoeur a introduit la sollicitude dans le champ de l'éthique et de la philosophie morale, mais cette voie a été pavée également par E. Levinas. C. Pelluchon est postérieure à ces deux philosophes mais sa pensée se nourrit de celles de P. Ricoeur et d'E. Levinas dont nous parlerons lors de notre dernier cours ensemble. Le terme "considération" fait en partie référence à une publication récente de C. Pelluchon : *Ethique de la considération*, Paris, Seuil, **2018**.

On ne peut comprendre l'éthique de la sollicitude que Ricoeur développe sans tenir compte de la vulnérabilité du sujet, considérée comme première (par rapport à l'autonomie de sa volonté), avec en filigrane une critique des approches principistes et déontologistes qui supposent un sujet autonome, capable, doué d'une volonté éclairée (au sens kantien du terme).

Or, en santé, les individus sont fragilisés, vulnérables. Parfois, le discernement leur fait défaut. Parfois, ils sont inconscients et ne sont en état de donner leur consentement et d'éclairer le médecin sur leurs préférences et manières de concevoir l'existence. C'est l'une des raisons pour lesquelles on a pensé à la personne de confiance qui vient suppléer l'autonomie affaiblie voire abolie.

Il y a des éthiques de la vulnérabilité, avec différents courants et sensibilités :

- Approche anglo-américaine : les éthiques du care avec, inter alia, C. Gilligan, M. Nusbaum, J. Tronto ;
- Approche continentale : la sollicitude, la considération avec, inter alia, E. Levinas, P. Ricoeur.

Ce point s'éclairera probablement dans la suite du cours (dignité / altérité et humanité dans la relation de soin)

- **(2019-2020)** Vous faites référence à de nombreuses oeuvres (littéraires, artistiques...) dans vos cours. Dans quelle mesure les étudiants doivent-ils connaître ces oeuvres ? *Sont-ils tous à connaître ? Le cas échéant, s'agit-il de connaître le nom de l'artiste uniquement ? Le nom de l'oeuvre ? La date de création de l'oeuvre ?*

- Il faut connaître a minima pour les QCM celles qui figurent sur les diaporamas (nom de l'auteur, titre, date) - et surtout ce que ces oeuvres permettent de comprendre des grands concepts, notions et principes de l'éthique et de la philosophie de la médecine.

Lorsque je cite des oeuvres, littéraires en particulier, qui n'apparaissent pas sur le diaporama, la plupart du temps, c'est pour expliquer une notion et/ou illustrer un point important à comprendre. Une pensée philosophique ne saurait se développer dans la pure abstraction.

En outre, au-delà du concours, le cours vise à faire découvrir la philosophie et les sciences humaines et plus largement ouvrir au monde de la vie et de la culture. La médecine est en interaction constante avec la société et les sociétés ont une histoire. Les oeuvres de l'esprit sont l'une des manifestations de leur développement. Se familiariser avec elles permet de mieux saisir pourquoi et comment les problèmes sont posés aujourd'hui dans notre contexte de réflexion.

- **(2019-2020)** Pourriez-vous demander au Pr. Rabary si les étudiants doivent connaître toutes les statistiques illustrant la faillibilité du principe de bienfaisance ?  
*Les années précédentes, le Pr. Grimaud faisait tomber les grands concepts et notions au concours, mais je me demandais ce que vous attendiez des étudiants cette année.*

➤ Réponse du Pr. Rabary : **Les statistiques ont été présentées à titre purement illustratif et ne doivent pas être mémorisées**

Pour mon évaluation, comme indiqué lors du premier cours, il faut bien comprendre et connaître les définitions (grands concepts et notions), bien connaître les corpus normatifs (grandes dates, textes de loi...) et leurs implications pratiques hier et aujourd'hui, avoir bien en tête les grands moments de l'histoire des idées et des mentalités, s'attacher au contenu (dimension qualitative), comprendre les enjeux des argumentations dans les débats et les discussions...

- **(2019-2020)** Dans votre premier cours, vous indiquez qu'en 1979, la question portait essentiellement sur la notion de bienfaisance car à cette époque on était dans le paradigme paternaliste de la toute-puissance du médecin (le patient ne pouvant pas vraiment donner son avis).  
Je ne comprends pas pourquoi la quête de l'abolition de cette médecine paternaliste est du ressort de la bienfaisance, et non de l'autonomie du patient (le but étant alors de rechercher le consentement informé du patient).

Pourriez-vous m'expliquer ?

➤ Dans le paradigme paternaliste, la bienfaisance était un bien conçu comme tel par le médecin, et pas forcément par le patient. Pour faire advenir l'autonomie telle qu'on l'entend aujourd'hui, dans notre corpus juridique avec la loi Kouchner 2002 puis Leonetti 2005 et Claeys-Leonetti 2016, il a fallu d'abord critiquer cette vision réductrice de la bienfaisance. Dans le paradigme paternaliste, non seulement la volonté-autonomie du patient ne pouvait pas être entendue, mais le fait que le patient puisse ne pas percevoir le bien présenté par le médecin comme tel non plus, d'où l'impossibilité, dans ce contexte d'entendre le refus de soin.

Pour rechercher le consentement éclairé du patient, encore faut-il s'intéresser à ce qu'il perçoit comme un bien. En fonction de ses choix de vie, de ses préférences individuelles, de ce qu'il entend prioriser dans son existence, ce que le médecin lui propose peut ne pas être perçu par lui comme un bien.

L'autonomie telle que présentée par Beauchamp et Childress n'est pas purement kantienne (morale de la volonté, du devoir). En effet, ils ont réfléchi dans un contexte anglo-américain, même s'ils souhaitent que la portée de leur réflexion soit universaliste. Ainsi, on voit dans leur vision de la bioéthique l'influence de l'autonomie dans sa conception individualiste, voire eudémoniste.

Effectivement, la critique du modèle paternaliste repose sur la discussion des deux principes que sont l'autonomie et la bienfaisance. On comprend aisément pourquoi dans le cas de l'autonomie. Dans le cours, j'ai donc insisté oralement sur la bienfaisance, point moins évident à saisir.

- **(2019-2020)** Dans le premier cours de Vie et Mort vous dites, concernant le bioéthique : " L'objectif à partir des années 70 est de créer des normes juridiques universellement partagées". Dans le quatrième cours de Vie et Mort vous dites : "le besoin de règles communes date de 1945 (Nuremberg)."  
*Les 2 versions sont-elles justes ?*
  - Le premier énoncé décrit assez bien la situation des années 1970 mais on ne sait pas pour qui cet objectif vaut, ce qui affaiblit sa pertinence, sans qu'il soit foncièrement faux. Il appellerait probablement une contextualisation.  
Dans les années 1970, le travail normatif reprend de l'essor dans le champ biomédical. Le besoin de règles universellement partagées, de points de repères communs pour discuter des cas, est rapporté notamment par Van Potter (qui crée le terme « bioéthique »), et Childress et Beauchamp.  
  
« Date de » laisse entendre que rien ne s'est passé avant : il faudrait changer la formulation. Ce qui a été mis en avant et primé, avec Nuremberg, c'est le besoin de déontologie : combler une carence juridique.  
Bien distinguer : lois, normes, règles.  
Il faut retenir que la conscience éthique a émergé lentement. L'absence de cadrage en matière d'expérimentation et de consentement a retenu l'attention.  
Première conséquence : un premier code de déontologie qui énonce dix devoirs.
- **(2019-2020)** Vous avez dit en cours que lors des LATA les traitements curatifs et de support. Or, selon cette définition, entre 2005 et 2016 il n'y a pas de changement concernant l'arrêt de l'alimentation/hydratation (2005 : support / 2016 : curatif) : on arrête dans les 2 cas.  
De plus, selon diverses sources, il est fait mention que les soins de support sont les soins de base "de confort" (hygiène, douleur, to care).  
*Que doivent retenir les étudiants ? Arrête-t-on les soins de support lors des LATA ? Donnez vous une autre définition de ces soins (en cours vous avez parlé des examens paracliniques) ? Si l'on arrête les traitements de support, existe-t'il une différence entre 2005 et 2016 ?*
  - Avant 2016, dans la loi Léonetti de 2005, l'hydratation et l'alimentation sont considérées comme des soins supports.  
En cas de LATA on arrête les traitements curatifs mais pas les soins supports.  
Donc on maintient l'hydratation et l'alimentation.  
  
Loi Claeys-Léonetti 2016. Le législateur veut éviter de nouveaux cas « Vincent Lambert ». L'alimentation et l'hydratation basculent du côté des traitements curatifs.  
En cas de LATA, on arrête les traitements curatifs mais pas les soins supports.  
Donc, on arrête l'alimentation et l'hydratation.  
  
C'est un point important de la comparaison entre 2005 et 2016.  
Cet arrêt de l'hydratation et de l'alimentation n'est pas toujours bien vécu par les équipes et les familles. En effet, l'alimentation et l'hydratation revêtent une dimension anthropologique et symbolique forte.

- **(2019-2020)** Dans le cours il est dit que le modèle anglo-saxon est casuistique (qui s'appuie sur des cas particuliers).  
Cependant, plus tard il est également dit que l'utilitarisme est une casuistique conséquentialiste (on laisse de côté les cas un peu trop singuliers)."

Faites-vous la différence entre le modèle anglo-saxon / américain concernant l'arrêt des soins (modèle qui tend à faire valoir les situations particulières, dans un contexte d'arrêt des soins) et le modèle utilitariste (consistant en une maximisation du bien-être pour le plus grand nombre) ?

Si oui, quelle est cette différence ?

- Tout d'abord, le conséquentialisme consiste à considérer les effets des actions (les conséquences, ce qui résulte de l'acte) plutôt que les intentions.  
La casuistique opère « au cas par cas » plus que sur des cas particuliers. Ce qui compte ce n'est pas la rareté de la situation mais sa spécificité dans un contexte donné : on l'étudie sous tous les angles.

Dans l'utilitarisme, on va écarter les deux extrêmes de la courbe de Gauss. En effet, il s'agit de maximiser le bien-être (avec une définition liée à l'économie) pour le plus grand nombre de personnes.

Le principisme qui prévaut actuellement dans l'analyse des situations en éthique biomédicale, bien que critiqué, est un « mix » de déontologisme (primauté du devoir) et d'utilitarisme. Ce qui manque dans le principisme, ce sont les grands principes internationaux que l'on retrouve dans le droit médical français (par exemple dignité des personnes, information claire loyale et adaptée, etc.).

L'utilitarisme a pour tropisme de prédilection la philosophie anglo-américaine. Mais toute la philosophie anglo-saxonne et/ou américaine n'est pas utilitariste.

Dans un contexte d'arrêt des soins, si on étudie le cas sous l'angle du principisme, on va retrouver l'influence de l'utilitarisme principalement pour le principe de justice par répartition. En effet, c'est le principe le plus marqué par la question de la maximisation du bien-être pour le plus grand nombre. Comment distribuer au mieux les ressources (= l'argent, le temps, les personnes qui vont soigner, les pansements, les produits...) dans un contexte où elles sont limitées voire où il y a pénurie ?

Le risque est d'abandonner les patients qui vont bientôt mourir en considérant qu'ils ne vont pas maximiser le bien-être, au sens où ils ne sont pas économiquement "rentables"...

Vous avez peut-être vu passer durant le Covid des propositions de grilles de score de prise en charge des patients considérant le critère de l'utilité sociale. C'est une approche utilitariste.

Faut-il faire de l'argent et de l'utilité économique et sociale des patients des critères de tri dans le soin ? Jusqu'à quel point ?...

Dans le contexte des soins palliatifs, c'est choquant.

Or, les soins palliatifs peinent encore à se développer faute de ressources pécuniaires, matérielles...

- **(2019-2020)** Les étudiants me demandent si vous faites la différence entre judiciaire et juridique.

Ex : L'item "La déontologie est judiciaire" est-il à compter comme vrai ?

Même question pour l'item "La morale peut avoir des applications juridiques"

En effet, dans le cours vous dites que la morale n'est pas juridique mais peut en revanche être judiciaire.

- La déontologie n'est pas judiciaire mais relève du juridique, c'est-à-dire de la loi mais si elle n'est pas respectée (si on contrevient à la loi) elle peut donner lieu à des poursuites judiciaires.

La morale n'est pas par nature juridique, mais il arrive que la loi (le juridique donc) et la morale coïncident. La question à poser est celle de la congruence entre le moral et le légal. Tout ce qui est légal est-il moral ? Peut-on réduire le moral au légal ? Quelles sont leurs sphères propres ?

La morale n'est pas judiciaire par nature. Mais elle peut recouper des règles de conduite non-écrites ou écrites, éventuellement dans des textes de lois.

Mots de vocabulaire à distinguer des termes "juridicisation" et "judiciarisation" de la société.