

Harry Potter

éthique d'hier et d'aujourd'hui



I - L'éthique : La voie du bien agir

- c'est une discipline en perpétuel questionnement
- c'est un principe universel : Respect de la dignité humaine

A- la réflexion éthique

- o Il s'agit de la pesée morale d'une action à venir :
- > On évalue les valeurs auxquelles nous sommes attachés qui risquent d'être trahies par nos décisions.
- > C'est un processus de réflexion argumentée en vue du « bien agir ».
- > On effectue une hiérarchisation des valeurs en vue d'opérer un choix face à un dilemme.
- > C'est une mise en alerte cognitive, à chaque fois qu'une situation singulière porte atteinte au respect de la personne humaine. Tant dans sa dignité que dans son intégrité.

B- Composante humaniste du soin

- o Elle est consubstantielle à la fonction de soin ; (elle caractérise le soignant)
- > le médecin est exposé quotidiennement aux dilemmes éthiques
- Toujours dire toute la vérité ?
- Comment respecter les volontés du patient ?
- > l'éthique est la boussole intérieure essayant de donner le bon cap à suivre (ou le moins mauvais)

C- morale vs éthique

Moral	Éthique
-Enoncé de lois et règles	-réflexion sur valeurs en conflits
-Obéissance aux normes	-recherche du bien agir
Impérative et prescriptive	-indicative

-Comparaison bien/mal , juste/injuste	-relève du conseil
-respect du devoir	-visée de la vie bonne
-Récompensé ou sanctionné	-responsabilisé
« <i>Tu dois</i> »	« <i>si tu souhaites alors tu devrais</i> »

D- différents points de vue éthiques

Position déontologique	Position téléologique
-L'action est « morale » si elle réalisée par DEVOIR	-L'action « morale » si son but est la réalisation du BIEN
-Sans considérer les conséquences <ul style="list-style-type: none"> • Une fin bonne ne justifie pas tous les moyens pour y parvenir 	-Prise en compte des conséquences prévisibles (<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation au cas par cas du bien attendu , du mal évité
-intention droite	-position la plus fréquente en médecine

E-l'ancrage philosophique de la posture éthique

1. Éthique de la conviction
-> c'est l'éthique du devoir et de l'intention droite
2. Éthique conséquentialiste
->Met en avant les conséquences (+ ou -) de la décision , exemple : trans plantation d'organe
3. Éthique de responsabilité
->c'est une estimation raisonnée des conséquences a long terme
4. Éthique utilitariste , très ancrée dans la société anglo-saxonne
->elle maximalise le bonheur du plus grand nombre
->elle régularise les libertés individuelles par le principe de l'utilité sociale

II-Éthique médicale ou bioéthique

A-Éthique médicale

->d'après D Sicard : c'est l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade

->Né avec la médecine : il ya 25 siècles

->donne la coloration humaniste a la profession de médecin ; profession qui donne accès par dérogation , a l'intimité du patient

- >serment d'Hippocrate :
- Moralité exemplaire (honnêteté et probité)
 - Respect de la vie
 - Respect du secret médical
 - Égalité d'accès aux soins
 - Refus de la discrimination

	Bioéthique
D'Après D Sicard	- « Mise en forme a partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant »
Enoncé pour la première fois en 1971	- Dans « <i>bioethics bride to the future</i> » • Par van Rensselaer Potter - Né de la prise de conscience de la menace que pouvait faire peser sur l'humanité le développement effréné de la recherche scientifique .
Questionnement important	- « Je sais le faire , j'ai les moyen de le faire , est-ce que je dois le faire ? »
Champs concernés	-Procréatique (Médecine de la procréation) -Recherche sur l'embryon -Intervention sur le génome -Expérimentation sur l'homme -Intervention sur le vieillir et le mourir -Greffes d'organes -neuroscience -Manipulation de la personnalité -Big data -Intelligence artificielle -Santé environnementale
Un besoin	-Le progrès des sciences médicales et l'évolution des attentes de la société veulent faire avancer les principes fondamentaux et les repères juridiques . • La bioéthique doit modérer cela

III- Rôle du contexte médicale dans l'évolution e la réflexion éthique

A. Une médecine devenant de + en + technique

- Nous avons un impératif absolu : celui du respect de la dignité humaine
- Il y a 2 dangers :
 - La déshumanisation des soins
 - Les dérives de la technoscience (ex : en novembre 2018 un scientifique chinois a modifié au stade embryonnaire le génome de 2 embryons qui allaient donner 2 petits filles : Lulu et Nana, au vu de rendre ces enfants résistantes au VIH. Il a violé les recommandations internationales et a été condamné par les autorités de son pays)
- Notre mission est de ne pas devenir des techniciens de santé. Nous devons rester des soignants humains :
 - Faire cas de la, personne humaine
 - Prise ne charge globale de la personne

B. Une relation médecin/patient et médecin/public qui change

- De nouvelles attentes
- Rejet d'un paternalisme
- Revendication d'autonomie du patient par le médecin
- Revendication d'un savoir expérientiel (les patients ne viennent plus vierge d'informations à la consultation)

C. La pression de nouveaux référentiels métiers

- Une médecine sous contrainte
- Vieillesse et paupérisation de la population
- Opposition du secteur public/privé
- Contraintes financières pesant sur les hôpitaux
- Propension à la judiciarisation (attente de résultat)
- Développement de la télémédecine
- Un appel de plus en plus important à l'intelligence artificielle et au big data avec une "médecine 4.0" bien loin de celle d'Hippocrate !
- Risque de voir une vocation médicale se transformer en un métier voire un travail rémunéré

IV-Les champs d'application de l'éthique médicale et de la bioéthique

A. Début de la vie

-> PMA (assistance médicale à procréation)

- Large domaine
- Dons de gamètes
- Fécondation in vitro
- Anonymat des donneurs
- Statut des parents
- Gestation pour autrui (formellement interdite en France)
- Loi 2020
- Ouverture de la PMA à toutes les femmes
- Questionnements Éthiques
- Finalité de la médecine? (Est-ce répondre à une pathologie ou un désir de vie)
- Ouverture=fin de la discrimination de la communauté homosexuelle?Égalité des droits?
- Existe-t-il un droit à l'enfant
- Rémunération du don de sperme ?
- L'assurance maladie peut-elle financer ce qui n'est pas une maladie ?
- L'absence de père est-elle préjudiciable au développement de l'enfant ?
- Doit-on repenser un nouveau mode de filiation pour les enfants nés par PMA d'un couple de femmes ?
- Dans ce contexte élargi doit-on maintenir l'interdiction de la PMA post mortem

-Exemple de dilemme


- Situation : Demande de PMA d'un couple hétérosexuel . Avec un conjoint malade d'une leucémie avec un mauvais pronostic a court / moyen terme . Doit-on accéder a cette demande pressante ?
- Questionnements : Qui est légitime pour décider que ce couple peut concevoir un enfant ? Peut-on concevoir un enfant qui sera très probablement orphelin de père , de seul fait que la technique le permet ? Comment concilier intérêt de l'enfant et réponse a la souffrance des parents ?

-> Diagnostic prénatal (DPN)

- Principe
- Expertise de la normalité foetale au cours de la grossesse
- Examens
- Echographies aux 3ème, 5ème et 7ème mois .
- Test sanguin de dépistage du risque de trisomie 21 à la 12ème semaine
- Caryotype foetal sur sang maternel
- Enjeux éthique
-
- Le regard de la société impact l'acceptation de la différence du handicap
- l'ITG(interruption thérapeutique de grossesse) ne suerait-elle une dérive eugéniste larvée ?

-Exemple de dilemme éthique

- Situation : Diagnostic prénatal d'une malformation grave et incurable.(démarche réflexive concernant une éventuelle ITG)

Position déontologique	Position téléologique
<ul style="list-style-type: none">• valeur sacrée de la vie	<ul style="list-style-type: none">• Arguments en faveur de l'ITG<ul style="list-style-type: none">-évaluation de la souffrance de l'enfant a naitre .-Quel avenir ?-conséquences familiales-cout social et économique du handicap
<ul style="list-style-type: none">• interdit fondateur du meurtre d'un innocent	
<ul style="list-style-type: none">• Egale valeur et dignité de toutes vies	<ul style="list-style-type: none">• Arguments contre l'ITG<ul style="list-style-type: none">-danger moral et social de la discrimination-valeur morale d'acceptation de la différence-conséquence de l'avortement pour le couple
<ul style="list-style-type: none">• chaque être humain est un absolu	
<ul style="list-style-type: none">• Contre l'ITG	

-> Quelques questionnements soulevés par les techniques de médecine procréative : « vous pourrez à loisir essayez de balayer ces différents champs » (en gros apprenez pas par coeur ça sert à rien, juste comprenez que c'est matière à débat)



Techniques	Problèmes
<ul style="list-style-type: none"> - diagnostic prénatal - Avortement 	<ul style="list-style-type: none"> - Statut de l'embryon, commencement de la vie, droit de vivre, discrimination, eugénisme, sexisme, statut de la personne, de l'enfant, de la femme, de la sexualité, statut du corps et de sa disponibilité, démographie, problème politico-social de la prise en charge, finalité de la médecine
<ul style="list-style-type: none"> - PMA - fivette - DPI - Conservation /don d'embryons - Maternité du substitution - Réduction embryonnaire - Expérimentation sur l'embryon 	<ul style="list-style-type: none"> - Statut de l'embryon, eugénisme, sexisme, brouillage de la filiation, statut du donneur / receveur / mère porteuse, droit de l'enfant et « à l'enfant »

B. Génétique

-> Dépistage préimplantatoire (DPI)

- Étude chromosomique à j3 d'un embryon obtenu par FIV
- Recherche d'aneuploidie (=anomalie du nombre de chromosome)
 - Par défaut (monosomie) : syndrome de Turner (X0)
 - Par excès (trisomie) : viable (trisomie 21) ou non viables (trisomie 13 et 18)
- Les trisomies 13 et 18 sont responsables de fausses couches spontanées et de mauvais résultat après FIVETE (échec d'implantation, fausse couche ultérieure)
- Autorisation en France du DPI-A uniquement pour des couples ayant un risque identifié de transmettre une maladie génétique d'une particulière gravité
- les opposants
- Prétexte une dérive eugéniste visant à empêcher la venue au monde d'enfants porteurs de trisomie 21
- les défenseurs
- Prétexte d'améliorer les chances de naissance au terme d'un parcours de PMA déjà très difficile

-> Clonage thérapeutique et reproductif

- Le clonage est interdit par la loi
- Il y a un intérêt potentiel des cellules souches embryonnaires totipotentes du clone (proximité immunologique avec le donneur : voie conduisant à une possibilité de réparation tissulaire)
- Ce clone est une structure à potentialité de personne, détournée vers un usage purement thérapeutique. C'est un interdit éthique car une personne est une fin en soi et non un moyen !
- Création d'un clone de réparation
- Il s'agit d'un utilitarisme débridé au mépris de la potentialité de développement de l'embryon ("personne humaine potentielle »)

C. Consentement

- Définitions
- Va de « autoriser, permettre » à « se résigner, capituler »
- Idéalement
- Il doit y avoir une idée de symétrie (rencontre de 2 volontés dans un échange symétrique)
- Parfois
- Soumission à la volonté d'autrui
- Selon P. Ricoeur
- « Acte de la volonté qui acquiesce à la nécessité »
- « Quels est donc cet acte de consentir qui achève le vouloir ? »

- Selon les juristes
 - La rencontre des volontés est symbolisée par **l'échange des consentements**
 - Nécessité d'un couplage entre consentement et volonté
 - « La volonté est puissance , le consentement est capitulation
- Dans le code déontologique
 - Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement **libéré et éclairé** de la personne (ce consentement peut être retiré a tout moment)
- Critère de validité
 - Consentement éclairé (précédé d'une information claire , loyale et appropriée)
 - Consentement libre (libre de toute pression)
 - Consentement conscient (le patient doit être en capacité de comprendre les tenants et aboutissants de ce qu'on lui propose)
- Fausse capacité a consentir
 - Fragilité de la notion de compétence cognitive (la majorité des patients conscients sont incompetents au plan cognitifs)(les cliniciens surestiment les capacités des patients dans plus de 50% des cas)
- Origine
 - Code de Nuremberg (les consentements éclairés comme préalable absolu a la conduite de recherche mettant en jeu des sujets humains)

D. Secret médical

Généralités :

- Devoir absolu pour la construction d'une relation de confiance entre le médecin et son patient
- S'impose au médecin (code de déontologie)
- Est devenu un droit pour le patient (loi Kouchner du 4 mars 2002 retenir 4/3/2)
- Persiste après le décès du patient
- Fragilisation du secret par la multiplicité des intervenants dans le parcours de soins
- Médecins soumis à des pressions extérieures visant à rompre le secret (assurance, justice, police)

Dilemme éthique du secret médical :

La situation	Les questionnements
<p>Un patient dont on vient de découvrir la séropositivité VIH refuse catégoriquement que son épouse soit mise au courant de son statut. Doit-on effectivement taire cette information ou bien passer outre et avertir sa femme ?</p> <p>->Situation très fréquente, dilemme éthique par essence</p>	<p>->Comment concilier le devoir de secret et l'intérêt de l'épouse ?</p> <p>->Balance entre respect de l'autonomie du patient (respect de ses volontés) et devoir de non-malfaisance vis à vis de l'épouse (concept juridique de non-assistance à personne en danger voire même de mise en danger de la vie d'autrui)</p> <p>->L'engagement de la responsabilité juridique du médecin entre-t-elle en opposition avec l'application du code de l'éthique professionnelle ? (= la déontologie médicale n'autorise pas le médecin à mettre au courant le partenaire sexuel en cas de séropositivité. Il doit simplement s'acharner à convaincre le patient d'effectuer cette démarche d'information.)</p>

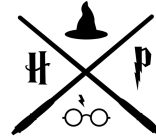
E. Vulnérabilité en gériatrie : la contention physique

- Compromis entre deux impératifs
 - Respect de la liberté individuelle
 - Nécessité dans certaines circonstances d'imposer des soins
- Peu documenté
 - Faible nombre d'étude concernant l'efficacité de ces mesures , les risques , les indications .
 - Peu de texte législatif encadrant ces procédures
 - **Peu d'informations et de formation des personnels +++**
- Question éthique et déontologique
 - Atteintes grave aux liberté individuelles
 - Ligne de crête étroite entre devoir de protection et maltraitance
 - **Conséquences physiques et psychologiques pour les patients +++**
- Prérequis
 - **Décision médicale nécessitant une prescription circonstanciée**
- prévalence
 - Varie entre 20 et 85% dans les établissement de long séjour pour personnes âgées
- invocation du principe de précaution
 - Régulièrement invoqué comme prétexte
 - Pas d'éthique lorsqu'appliqué a des individus vulnérables
 - Un cache misère pour ne pas prendre de décision
 - Réponse a la crainte/la plainte judiciaire ou un accident
 - Réponse a un manque de personnel soignant
 - Il faut a l'inverse mettre en oeuvre des stratégies de préventions individualisées et justifiées

F. Intelligence artificielle (IA) et algorithme

- 2 risque éthiques
 - Délégation de la décision médicale
 - l'A décide
 - se pose alors la question du devenir des métiers de santé
 - Délégation du consentement
 - risque d'amener a un consentement-résignation
- Mettre des garde-fous
 - Prééminence de l'intelligence humaine
 - Culture du doute
 - Supervision humaine finale
- Nécessité
 - Formation des médecins
 - Education des patients

V-La réflexion éthique en pratique



A. Les règles du débat contradictoire

-Objectifs

- Débat contradictoire su approche pluraliste et pluridisciplinaire
- Utiliser la complémentarité des disciplines
- Faire émerger différents points de vue

-Règles selon l'éthique de discussion de j Habermas

- Distribution équitable du temps de parole
- Principe d'égalité en compétences éthique
- Respecter la liberté de paroles des autres et l'expression de leur désaccord
- Argumenter rationnellement
- Etre disposé a changer de point de vue

-la discussion

- Repose sur une argumentation philosophique
- Balisée par les principes de l'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp
 - Pour organiser le cheminement de la réflexion et éviter de l'abandonner à l'improvisation
 - Outils régulateurs à visée pédagogiques utilisés pour clarifier les problèmes et non les résoudre
 - Prise en compte du rôle des émotions qui nous renseignent sur les principes qui risquent d'être malmenés dans une situation donnée.

B. « décision éthique en fin de vie »

-> Limitation des arrêt de traitement actives (LATA)

-En réanimation

- Concerne 10% des patients
- 50% des décès en réanimation surviennent suite a un arrête des thérapeutiques

-Code de la santé publique

- « En toutes circonstances , le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et renoncer a entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »
- La proscription de l'acharnement thérapeutique , une disposition législative ancienne

-Loi Claeys Leonetti

- Droit au refus de l'obstination déraisonnable
- Droit au refus de soins exprimé par le patient
- Droit a l'apaisement de la souffrance
- Caractère contraignant des directives anticipées
- Renforcement du rôle de la personne de confiance
- Droit a une sédation profonde et continue jusqu'au décès
- Hydratation et nutrition artificielle deviennent des traitements
- Lien avec les principes éthiques
 - La poursuite de traitements devenus inutiles va l'encontre des principes de l'éthique médicale
 - Aucune bienfaisance (a vouloir sauver la vie a tout prix)
 - Probablement une forme de maltraitance (en ne tenant pas compte des conditions de survies obtenues)
 - Une atteinte au respect et a al dignité (en s'acharnant sur la maladie au détriment du malade)
 - Une atteinte au principe de justice distributive (en mobilisant sans finalité des ressources limitées)

-Éviter l'acharnement thérapeutique

- Une préoccupation ancienne
- En 1957 le Pape Pie a dit : « nul médecin n'est tenu de dispenser des soins extraordinaire et nul malade de les accepter »

1- arrêt des traitements

-Cas prévu par la loi

- Patient compétent qui en exprime la volonté et est dans une impasse thérapeutique
- Patient compétent qui en exprime la volonté et demande l'arrêt des traitements
- Patient incompétent en situation d'obstination déraisonnable (une réunion collégiale va réviser la situation clinique)

-Justification

- « Puisque l'on a décidé de ne plus s'opposer vraiment à la mort , il faut apaiser les souffrances et permettre au malade de dormir pour ne pas se voir ni se sentir mourir » **(Laisser mourir et non faire mourir)**

2-Déroulement du processus (patient incompétent au plan cognitif)

->Point de départ

- Une histoire clinique complexe
 - crée un malaise de l'équipe
 - un lanceur d'alerte met en garde sur la situation

->phase 1

-Objectif

- Objectiver une situation d'obstination déraisonnable
 - mise en place d'une réflexion collégiale
 - recherche d'un consensus

-Type de situation

- Echec thérapeutique
- Évolution défavorable

-validation de la stratégie médicale

- Anamnèse (reprises des antécédents du patient)
- Qualité de la prise en charge
- Proportionnalité de l'engagement
- Qualité de vie prévisible
- Projet de vie ultérieure /logistique

-Intervenant dans la réflexion

- Equipe médicale et soignante au complet
- Un consultant extérieur (pour un regard extérieur)
- La patient intervient via les directives anticipées
- Consultation de la personne de confiance
- Consultation de la famille et des proches

-Décision finale

- Uniquement médicale
- le médecin en porte la responsabilité
- la collégialité sert à éclairer la conscience du médecin
- Le consensus est souhaitable sans être une garantie éthique
- S'assurer de l'absence d'opposition nette des intervenants
- Si il ya un doute , renouvellement de la réunion (ne jamais imposer la décision)
- 3 scénarios possibles
 - pas d'obstination déraisonnable (poursuite d'un engagement thérapeutique maximale)
 - Obstination déraisonnable « zone grise » (limitation thérapeutique)
 - obstination déraisonnable manifeste (arrêt des thérapeutiques / oeuvrer à l'adhésion des proches à la décision / informer sur les modalités de l'arrêt des thérapeutiques)

->Phase 2

-mise en oeuvre des la décision de l'arrêt des thérapeutiques actives

- Poursuite des soins
- Arrêt des traitements et techniques de suppléance
- Arrêt de l'hydratation et de la nutrition
- Sédation profonde maintenue jusqu'au décès
- Arrêt du support ventilatoire (au tout dernier moment)



FIN

Voilà j'espère que cette fiche vous a plu ! J'ai fait de mon mieux pour que ca soit compréhensible pour vous . Je vous souhaite bonne chance pour la TTR ! <3 <3