

# Ethique médicale d'hier à aujourd'hui

Salut tout le monde, c'est Dyanabol. On se retrouve aujourd'hui pour l'un des cours les plus intéressants, voire LE plus intéressant de l'année. C'est très différent des autres cours, même s'il est un peu long. Il y a beaucoup d'exemples qui ne sont pas forcément à apprendre par cœur, mais qui sont, encore une fois, très importants pour la compréhension, d'autant plus qu'ils sont intéressants. TRÈS IMPORTANT : ce cours tombe très souvent (vraiment, rien que l'année dernière, il y a eu 4 ou 5 QCM rien que sur ce cours), donc c'est très certainement le cours le plus rentable.

Vous allez voir que la médecine est remplie de questionnements concernant plein de sujets.

## Sommaire :

**I – L'éthique : “la voie du bien agir ?”**

**II – Éthique médicale ou bioéthique ?**

**III - Rôle du contexte médical dans l'évolution de la réflexion éthique IV – Les champs d'application de l'éthique médicale et de la bioéthique V – La réflexion éthique en pratique**

## I - L'éthique : “la voie du bien agir ?”

C'est une discipline **en perpétuel questionnement**, elle n'est pas figée, elle **évolue** avec les avancées scientifiques. Elle applique un principe universel : celui de **respecter la dignité de la vie humaine**. Il faut savoir ne pas tout accepter. Le prof cite Camus - “Un homme ça s'empêche”.

### A) Qu'est-ce qu'est une réflexion éthique ? ++

C'est la **pesée morale d'une action à venir**. C'est-à-dire qu'on y évalue des valeurs auxquelles nous sommes attachés qui risquent d'être trahies par nos décisions. Ensuite, on hiérarchise ces valeurs en vue d'opérer un choix face à un dilemme. Dans ce processus de réflexion argumentée, on cherche le “bien agir”.

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) L'éthique correspond à la composante humaniste du soin +

En effet, l'éthique est **consubstantielle** (=inséparable) à la fonction de soin. (Je vais essayer de vous donner les définitions des mots qu'on entend rarement). Bref c'est l'éthique qui fait que nous sommes des soignants et **non des techniciens de santé**. (En gros on n'est pas là que pour soigner)

Le professeur dit que l'éthique est une boussole intérieure essayant de donner le bon cap à suivre.

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

Et justement, c'est important car les professionnels de santé sont **exposés quotidiennement aux dilemmes éthiques d'importance variable.**

- • Doivent-ils toujours dire la vérité ? (Ex : faut-il dire à son patient qu'il lui reste que quelques semaines à vivre ? Il risque de tomber dans une profonde dépression au lieu de profiter de sa famille...)
- • Doivent-ils respecter la volonté de son patient ? (Ex : il ne veut pas annoncer à sa famille son pronostic grave)
- Lorsque l'on se retrouve dans une situation singulière, la déontologie, le droit, la morale ne vous disent pas ce qu'il faut faire, c'est **l'éthique qui va essayer de nous donner le bon (ou le moins mauvais) cap à suivre !**

### C) Morale ou Éthique ?

(Petite explication de mon vieux : Cette distinction est hyper importante. +++ Dites-vous que la morale c'est rigide, ce sont des règles intangibles tandis que l'éthique c'est plus souple, ça s'adapte à la spécificité des situations individuelles.)

Morale [mores]	Éthique [ethos]
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Énoncé de lois et règles</li> <li>- Obéissance aux normes</li> <li>- Impérative, prescriptives</li> <li>- Bien/Mal juste/injuste l'acceptable/inacceptable</li> <li>- Respect du devoir</li> <li>- Récompense ou sanctionne</li> <li>- « Tu dois »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réflexion individuelle, puis collective sur des valeurs qui peuvent entrer en conflits (susceptibles de provoquer des « cas de conscience »)</li> <li>- Recherche du bien agir</li> <li>- Indicative</li> <li>- Relève du conseil</li> <li>- Visée de la vie bonne</li> <li>- Responsabilise</li> <li>- « Si tu souhaites... Alors, tu devrais. »</li> </ul>

### D) Différents points de vue éthiques ++++

Retenez qu'il n'y a pas une éthique mais **DES** éthiques. On observe principalement **2 grands courants** :

Position déontologique, dite de « conviction »	Position téléologique, dite « conséquentialiste » : la plus fréquente en médecine ++
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'action est « morale », si elle est réalisée par <b>DEVOIR</b></li> <li>- <u>On ne considère pas les conséquences</u>, ce qui est important est l'intention droite à l'origine de l'action : « où est mon devoir ? »</li> <li>⇒ Il s'agit de principe <b>absolu, sans exception, universel, intemporel, indérogeable</b></li> <li>- Une fin bonne <u>ne justifie pas tous les moyens pour y parvenir.</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action « morale » si son but est la réalisation du <b>BIEN</b></li> <li>⇒ On recherche un maximum d'utilitarisme</li> <li>⇒ Un moindre mal peut être vu comme un bien</li> <li>- <u>Prise en compte des conséquences prévisibles</u> (de la décision, de la thérapeutique...)</li> <li>- Évaluation au cas par cas du bien attendu/mal évité</li> </ul>

*les gars les deux tableaux ils sont ultras importants, ils tombent a quasi chaque exams donc on les apprend bien +++ et ptits memo des vieux: Déontologie → Devoir*

## E) L'ancrage philosophique influence la posture éthique

C'est l'ancrage philosophique qui va donner sa coloration à la posture éthique.

**Éthique de conviction** : on applique un devoir **sans trop se soucier des conséquences, l'intention est droite**

**Éthique conséquentialiste** : mise en avant des conséquences positives ou négatives de la décision, elle prend en compte les retombées prévisibles de l'action. (Ex : en transplantation d'organes : les ressources sont rares (peu de greffons) et on va devoir les attribuer aux personnes qui vont le plus en bénéficier)

**Éthique de responsabilité** (prônée par Max Weber) : **estimation raisonnée des conséquences à long terme.** (Ex : dualité conviction/responsabilité du médecin qui fait tout, à n'importe quel coût pour son patient, et du chef d'hôpital qui doit avoir une éthique de responsabilité pour pouvoir soigner tout le monde)

**Éthique utilitariste ++** (très ancrée dans la société anglo-saxonne) : **maximisation du bonheur du plus grand nombre même au dépend du malheur d'un seul.** Régulation des libertés individuelles par le principe de l'utilité sociale. Cela conduit à intégrer l'intérêt du groupe dans la résolution des dilemmes moraux. *Il y a une différence entre l'éthique conséquentialiste et utilitariste, la nuance est faible mais faites la distinction.*

## II - Éthique médicale ou bioéthique ?

### A) L'éthique médicale

- Elle est née avec la médecine il y a **25 siècles.** (HP : au moment de la Grèce antique) C'est elle qui donne la coloration humaniste à notre profession.
- Cette profession donne **accès, par dérogation, à l'intimité du patient,** à son corps, ses secrets... Il nous transmet sa vie. Ainsi, la transgression est permise à condition que notre **intention soit pure et que la finalité soit bonne.**  
On est dans le **colloque singulier** (explication de mon vieux: ça veut pas dire qu'on est en collocation avec le patient. Ca veut dire en fait qu'on est dans la relation de confiance, relation protégée entre le patient et son médecin. C'est la rencontre d'une confiance et d'une conscience).  
On est dans le souci du malade qui est vulnérable et qui mérite encore plus notre respect.  
Le philosophe **Levinas** parle du visage qui nous convoque et s'impose à nous et selon **Ricoeur**, ça nous permet de penser la relation de soin comme essentiellement "**sollicitude**" (= Soins attentifs et affectueux, constants, prodiges envers une personne)

Et enfin, selon **Didier Sicard**, ancien président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), "L'éthique médicale c'est l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine AU SERVICE du malade." C'est fondamental !

- Le serment d'**Hippocrate** reprend les caractéristiques du médecin : **moralité exemplaire** (honnêteté et probité), **respect de la vie, du secret médical, Egalité d'accès aux soins, refus de la discrimination +++**

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

## B) La bioéthique

- • Énoncée pour la première fois en **1971 +++** par Van Rensselaer Potter dans *“Bioethics : Bridge to the Future”*. C’est venu bien après le jugement de Nuremberg de 1947 où les médecins nazis qui s’étaient livrés à des atrocités dans les camps de concentration étaient justement rendus coupables de leurs crimes.
- • La bioéthique naît de la **prise de conscience** de la menace que pouvait faire peser **sur l’humanité le développement effréné de la recherche scientifique**. (mélange de fascination et d’effroi par rapport aux champs des possibles qui s’ouvrent à nous : on doit absolument "mettre des gardes fous") ---> **"Je sais le faire, j’ai les moyens de le faire, est-ce que je dois le faire ?"**  
à graver dans votre esprit absolument.
- • Selon **D.Sicard**, c’est la "mise en forme à partir d’une recherche pluridisciplinaire d’un **questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant”** +++  
(en gros c’est la gamberge sur ce qu’on peut faire ou non grâce au développement des sciences)
- • Le progrès des sciences médicales et l’évolution des attentes de la société (= somme des attentes individuelles) veulent faire avancer les principes fondamentaux et les repères juridiques. Or les deux premiers éléments que sont les sciences médicales et les attentes collectives évoluent bien plus rapidement que les principes fondamentaux et les repères juridiques. La bioéthique modère alors cela par une **révision des lois tous les 7 ans**. +++  
En 7 ans, la situation est telle que ce qui était considéré comme non acceptable lors de la révision précédente le devient aujourd’hui.

### Les champs concernés par la bioéthique :

- la recherche sur l’embryon
- la médecine de la procréation
- intervention sur le génome
- les expérimentations sur l’homme
- intervention sur le vieillir et le mourir
- greffes d’organes
- la neuroscience et la possibilité de manipuler la personnalité
- la santé environnementale (perturbateurs endocriniens)
- intelligence artificielle ++ : Serons-nous un jour l’esclave de nos robots ou resterons-nous les maîtres ?

*quand je vous dis que l’éthique touche plein de sujets. #lagamberge*

### III - Rôle du contexte dans l'évolution de la réflexion éthique

A) Une médecine qui devient de + en + technique → 2 dangers à cela : (+++) (On peut aujourd'hui parler de biomédecine)

Une **deshumanisation des soins** car les IA et les algorithmes ont des raisonnements programmés, préconçus et sont de plus en plus utilisés. Notamment dans l'Evidence Based Medicine qui est un type de médecine fondé sur les preuves où l'on débouche sur des décisions "obligées". Le prof énonce la métaphore suivante : "on passe du restaurant à la carte, au menu".

Des **dérives de la technoscience** (exemple: en novembre 2018, un scientifique chinois a modifié au stade embryonnaire le génome de 2 embryons qui allaient donner 2 petites 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.

Pour cela, il faut faire cas de la personne humaine, la prendre en charge dans sa globalité (prise en charge dite "holistique") avec ses opinions, ses sentiments car le malade est fragile mais c'est aussi un être spirituel, social. (il faut agir nos sentiments, pas être les fameux techniciens de santé, et il faut prendre en compte les sentiments du patient)

#### B) Une relation médecin/patient/public qui change

- **Rejet du paternalisme qui a dominé jusqu'aux années 80 +++**  
→ C'était une façon de prendre en charge un patient, comme un père prend en charge affectueusement son fils (Ex : "Nous, médecins, nous savons ce qui est bien pour votre santé") C'est en fait assez péjoratif maintenant, puisque ça va **limiter la liberté du patient dans l'intention d'agir pour son certes, bien mais de façon autoritaire en maintenant sur lui un rapport de dépendance... +++**
- **Depuis les années 90, les patients revendiquent le fait de pouvoir être informés** sur leur état de santé. La **loi Kouchner du 4 mars 2002++** (retenez 4/3/2 pour la date) a transformé ce devoir d'information en une réelle obligation dû au patient par le médecin. Le Code de Déontologie dit que "toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé."
- **Aujourd'hui, la relation est moins déséquilibrée, le patient en demande => Partenariat**  
On est encore loin, en Europe, de la **conception anglo-saxonne** qui voudrait que la **relation médecin patient soit une relation parfaitement symétrique**, un "contrat de soin". Seulement, cet idéal anglo-saxon, ce n'est pas ce que l'on constate : lorsqu'un patient souffre, vient voir le médecin censé détenir la clé de son problème, il ne vient pas en situation d'autonomie, il est encore en **hétéronomie**.
- **Patient autonome** (= *auto nomos* qui veut dire en grec : se fixer à soi même sa propre règle) qui vient avec un **savoir expérientiel**, c'est-à-dire que les patients ne viennent plus vierge d'information à la consultation. En effet les patients vont chercher sur Internet et se revendiquent un **savoir profane** (= on qualifie de *profane* quelqu'un qui n'est pas initié à une science, en l'occurrence ici la médecine, donc c'est un patient qui pense savoir sa maladie, pourquoi, comment se soigner...)

- • On voit même apparaître parfois des “**patients experts**”, patients avec lesquels on va aller vers une relation de type partenariale. Ils peuvent être sollicités pour faire des interventions dans des congrès voire dans des facs de médecine. Il faut savoir **doser l'information que l'on donne au patient** en se demandant s'il est capable de comprendre et d'encaisser les mauvaises nouvelles... **L'art médical est subtil.**

### C) La pression de nouveaux référentiels métiers

On observe :

- ★Un **vieillissement et une paupérisation** (=abaissement du niveau de vie) de la population
- ★ Un **fossé entre le secteur public et la médecine privée** qui a tendance à se creuser
- ★De **fortes contraintes financières qui pèsent sur les hôpitaux** et qui obligent parfois à prendre des choix douloureux de priorisation
- ★Une propension à la **judiciarisation**:une revendication de plus en plus importante "**d'obligation de résultat**" de la part des patients, des familles
- ★Le **développement de la télémedecine** (on fera moins de clinique et la consultation se virtualisera via un écran interposé)
- ★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.
- **Danger +++ : la vocation médicale au fil des années se transformera en métier** et malheureusement parfois, **dans sa forme dégradée, deviendra tout simplement un travail rémunéré** qui est l'apanage du technicien de santé. Il faut éviter de glisser vers ce travers, sinon vous ne serez plus le médecin que vous aviez souhaité être au départ, et seulement quelqu'un qui reçoit des patients pour gagner son argent ! Cela aboutit à la perte de la noblesse de la profession.

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

### A) Le début de la vie

#### Rappels sur la PMA (=Assistance Médicale à la Procréation)

Large domaine qui comprend :

- - Dons de gamètes (anonyme et gratuit)
- - Fécondation in vitro
- - Anonymat des donneurs
- - Statut des parents

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

- - Gestation pour autrui (interdit en France)
- Or **depuis 2020**, une loi autorise la **PMA à toutes les femmes seules ou en couples**.++ Ainsi, de nouveaux questionnements éthiques sont soulevés :
  - ● **Quelle est la finalité de la médecine** : Répondre à une pathologique (l'infertilité), ou répondre à un désir de vie (2 femmes ensemble veulent un enfant) ?
  - ● Ouverture = fin d'une discrimination communauté homosexuelle ? égalité de droits ?
  - ● L'assurance maladie peut-elle financer ce qui n'est pas une maladie ?
  - ● L'absence de père (biologique ou social) est-elle préjudiciable au développement de l'enfant ?

● Devons-nous prendre en compte de manière prioritaire le droit de l'enfant (d'avoir un père, une mère et de pouvoir conserver les repères anthropologiques classiques) ?

● Faut-il rémunérer le don de sperme ? (Pour permettre d'augmenter le nombre de donneur, aujourd'hui il y en a que 300) Va-t-on entraîner la fragilisation du modèle solidaire à la française ? (Son altruisme)

● Dans ce contexte élargi, doit-on maintenir l'interdiction de la PMA post mortem ? (Homme qui donne son sperme à congeler, décède et sa femme voudrait récupérer son sperme pour mener à bien le projet qu'ils avaient mené à 2. La loi française l'interdit. Mais ce sperme peut être donné à une femme seule -> débats.)

**Exemple de dilemme :**

**Demande de PMA par un couple hétérosexuel. Le conjoint est malade, il a une leucémie de mauvais pronostic à court/moyen terme. Doit-on accéder à cette demande pressante ?**

- Qui est légitime pour décider que ce couple peut concevoir un enfant ? (Responsabilité du couple/équipe de PMA ?)
- ● Peut-on concevoir un enfant qui sera très probablement orphelin de père, du seul fait que la technique le permet ?
- ● Comment concilier l'intérêt de l'enfant et la réponse à la souffrance des parents ? (Cet enfant est-il désiré comme étant une fin en soi, ou est-il un moyen de susciter une lueur de vie et d'espoir dans le contexte de ce sombre pronostic?)

- **Rappels sur le DPN (Dépistage Prénatal) :**

C'est l'expertise de la normalité du fœtus au cours de la grossesse

- - Echographies aux 3, 5 et 7ème mois
- - Test sanguin de dépistage à la trisomie 21
- - Si un risque élevé : amniocentèse
- - Caryotype fœtal sur sang maternel
- - Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) si on détecte une maladie grave et incurable
- **Enjeux éthiques:**  
**Le regard de la société va-t-il jouer dans la décision des parents d'accepter**

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

**ou non cet enfant différent? Notre société est-elle inclusive et accepte-t-elle la différence, le handicap ?  
Comment la famille va-t-elle être aidée ?**

**Exemple de dilemme :**

**Diagnostic prénatal d'une malformation grave et incurable. Doit-on faire une ITG ?**

Position déontologique	Position téléologique
<p><b>→ ITG -</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valeur sacrée de la vie</li> <li>- Interdit fondateur du meurtre</li> <li>- Égale valeur et dignité de toutes vies</li> <li>- Chaque être humain est un absolu, une évaluation comparative et irrecevable.</li> </ul>	<p><b>→ ITG +</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la souffrance de l'enfant à naître</li> <li>- Quel avenir pour l'enfant ?</li> <li>- Conséquences familiales</li> <li>- Coût social et économique du handicap ?</li> </ul> <p><b>→ ITG -</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Danger moral et social de la discrimination</li> <li>- Valeur morale d'acceptation de la différence : n'est-ce pas l'honneur d'une société que t'accueillir cet enfant ?</li> <li>- Conséquences de l'avortement pour le couple : remords, regret...</li> </ul>

## B) La génétique

### DPI : Dépistage préimplantatoire

(Etude chromosomique à J3 d'un embryon obtenu par FIV pour rechercher des aneuploïdies, cad des anomalies du nombre de chromosomes. À savoir que les trisomies 13 et 18 sont responsables de fausses couches spontanées et de mauvais résultat après FIVETE (échec d'implantation, fausse couche ultérieure) tandis que les trisomies 21 sont viables)

**Autorisation en France du DPI uniquement pour des couples ayant un risque identifié de transmettre une maladie génétique d'une particulière gravité.**

Forte opposition entre :

- Les opposants au DPI au prétexte d'une dérive eugéniste visant à empêcher la venue au monde d'enfants porteurs d'une trisomie 21.
- Les défenseurs de la technique au prétexte d'améliorer les chances de naissance au terme d'un parcours de PMA déjà très difficile.
- *Petit point définition : - l'eugénisme, c'est l'ensemble des pratiques et des recherches qui ont pour but de déterminer les conditions les plus favorables à la procréation de sujets sains et donc d'améliorer*

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

en quelque sorte la race humaine. C'est assez négatif, c'est une forme sélection où l'on cherche à "éliminer" les individus anormaux ce qui est évidemment rejeté.

## Clonage reproductif et thérapeutique :

Les CSE (= cellules souches embryonnaires) sont totipotentes et donc peuvent reformer tous les types de tissus en cas de lésion mais **c'est interdit car le clone est une structure à potentialité de personne**, qui serait détourné vers un usage purement thérapeutique. **Une personne est une fin en soi et non un moyen**. Il s'agit d'un utilitarisme débridé au mépris de la potentialité de développement de l'embryon ("personne humaine potentielle") : **"Le début de la vie au secours de sa fin"** +++ selon Sicard

## C) Le consentement

### Terme vague, qu'est-ce que ça évoque ?

Autoriser, permettre à / acquiescer, approuver / s'engager à / céder, se résigner / capituler

→ **On glisse d'une volonté affirmée jusqu'à la résignation**, la soumission à la volonté d'autrui. (On le sent dans certaines expressions "extorquer/arracher/aller chercher un consentement"). **Cela devrait toujours être l'expression d'une volonté, une rencontre de 2 volontés dans un échange symétrique.**

Émotions	Nous alerte sur le principe de :
<ul style="list-style-type: none"><li>- Compassion</li><li>- Crainte</li><li>- Respect</li><li>- Angoisse (ex : devant un patient en fin de vie)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bienfaisance</li><li>- Malfaisance</li><li>- Autonomie</li><li>- Cas de conscience majeur, le vrai dilemme éthique (Devons-nous lui donner des opiacés, même si cela risque de lui abrégé la vie ?)</li></ul> <p>⇒ C'est une angoisse « bénéfique » qui nous fait argumenter</p>

Dans la loi, il y a un **couplage fort entre volonté et consentement**. Si il n'y a pas de volonté, alors le consentement est mécanique, sans réelle intentionnalité. ++

Dans le code de déontologie++ : "*Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*" +++ Nécessité de rechercher dans tous les cas le consentement du patient !

### 3 critères de validité du consentement +++ :

**Éclairé** → information claire, loyale, appropriée

**Libre** → libre de toute pression

**Conscient** → en capacité de comprendre les tenants et aboutissants de ce qu'on lui propose (pose problème dans le cas des mineurs, des incapables majeurs, ou des patients psychiatriques qui ont un déficit cognitif comme avec Alzheimer...)

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

En effet, le piège dans le consentement c'est "**la fausse capacité à consentir**" ++ Il existe une fragilité de la notion de compétence cognitive puisque **la majorité des patients conscients sont incompétents au plan cognitif**  
**Les cliniciens surestiment la capacité cognitive du patient (dans plus de 50% des cas)**

(Ex : patient qui accepte de participer à une recherche biomédicale alors qu'en réalité il signe de manière automatique quelque chose qu'il n'a pas compris)

Cette **obligation du consentement trouve son origine dans le code de Nuremberg** qui est une liste de 10 critères qui permettent d'apprécier le caractère licite ou non licite des expérimentations humaines suite au jugement des nazis en 1948  
 La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Déclaration d'Helsinki (1964) viennent consacrer ce principe indérogable : **toute personne qui se prête à une recherche biomédicale doit au préalable avoir donné son consentement éclairé.**

#### D) Le secret médical +++

- **Devoir absolu si l'on veut une relation de confiance avec son patient**
- **Persiste après le décès du patient +++**
- **Fragilisation du secret par la multiplicité des intervenants dans le parcours de soins**
- **S'impose au médecin (code de déontologie)**
- **Médecins soumis à des pressions extérieures visant à rompre le secret (assurance, justice, police)**

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, <b>dilemme éthique par essence.</b></p>	<p>→ Comment concilier le devoir de secret et l'intérêt de l'épouse ?</p> <p>→ Balance entre <b>respect de l'autonomie</b> du patient (respect de ses volontés) et devoir de <b>non-malfaisance</b> vis à vis de l'épouse (concept juridique de <b>non-assistance à personne en danger</b> 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 ? (= <i>la déontologie médicale n'autorise pas le médecin à mettre au courant le partenaire sexuel en cas de séropositivité. Il doit simplement <u>s'acharner à convaincre le patient d'effectuer cette démarche d'information.</u></i>)</p>

## E) Vulnérabilité en gériatrie : la contention physique

La contention physique, c'est quand on est amené à **attacher un patient à son lit, parce qu'on a peur qu'il tombe, qu'il est violent vis-à-vis de l'équipe...** Ca entraîne des questions éthiques et déontologiques d'atteintes graves aux libertés individuelles (liberté de ne pas être entravé, de pouvoir déambuler comme on le souhaite)

On doit faire un **compromis entre 2 impératifs** :

- - **Le respect de la liberté individuelle**
- - **La nécessité dans certaines circonstances d'imposer des soins**
- La ligne de crête est étroite entre le devoir de protection d'une part et la maltraitance d'autre part ++ Faible nombre d'études concernant l'efficacité de ces mesures, les risques, les indications et peu de textes législatifs encadrant ces procédures. En établissant de longs séjours pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 20 à 85%.
- **Peu d'information et de formation des personnels +++**  
**Conséquences physiques et psychologiques importantes pour les patients +++**  
**+++ Décision médicale nécessitant une prescription circonstanciée +++**
- Si on en arrive à attacher les patients de cette façon, le **principe de précaution est souvent évoqué comme prétexte**. En réalité, ce n'est pas éthique car c'est plutôt :
  - → Un "cachemisière" pour ne pas prendre de décision
  - → Une réponse à crainte/plainte judiciaire ou un accident
  - → Une réponse à un manque de personnel soignant...(le plus souvent)
- Il faut à l'inverse **mettre en œuvre des stratégies de prévention individualisée et justifiées**. (Ex : en EHPAD on a voulu confiner les patients entre 4 murs en les enfermant dans leur chambre pendant la pandémie COVID, mais d'autres structures ont trouvé de meilleures **solutions plus humaines** et ont permis de respecter la déambulation tout en respectant les mesures barrières)

## F) Intelligence artificielle (IA) et algorithmes

Quel devenir pour la relation médecin-patient dans la médecine 4.0 ? (La relation pourrait devenir très asymétrique (alors qu'actuellement on s'éloignait du paternalisme d'antan...) Que va pouvoir dire le patient au médecin face aux "décisions" des machines ?)

→ 2 risques éthiques :

- **Délégation de la décision médicale** : Intelligence artificielle "décide" / devenir des métiers de santé ? (=les machines interprètent bien mieux les pixels que l'œil humain)
- **Délégation du consentement**

**L'intelligence humaine permet d'agir comme un "garde-fou"** en cultivant le doute et en apportant une supervision humaine finale ++

---> **Formation des médecins, éducation des patients nécessaires sur cette médecine 4.0 ++**

## V - La réflexion éthique en pratique

### A) Les règles du débat contradictoire pour résoudre un dilemme éthique

La discussion :

- • Repose sur une argumentation philosophique (**éthique déontologique ou conséquentialiste+++**)
- • Balisée par les principes de l'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp (**bienfaisance, non malfaisance, justice, autonomie**) qui servent à : organiser le cheminement de la réflexion, clarifier les problèmes et non les résoudre, nous rappeler les valeurs morales auxquelles nous sommes attachés et prendre en compte le rôle des émotions

**On fait appel au groupe pour résoudre un problème éthique = approche pluraliste et pluridisciplinaire (il y a des psy, médecins, infirmiers, kinés...).** La complémentarité des disciplines est une force puisqu'elle fait émerger différents points de vue. ++ intelligence collective : elle permet de mutualiser les compétences, d'appréhender une situation complexe dans toutes ses dimensions et de tempérer les émotions.

Voici les règles du débat éthique selon l'éthique de discussion de J. Habermas :

1. Distribution équitable du temps de parole
2. Principe d'égalité en compétences éthiques (*le médecin n'a pas plus de compétences que l'infirmière*)
3. Respecter la liberté de parole des autres et l'expression de leur désaccord
4. Argumenter rationnellement
5. Être disposé à changer de point de vue

### B) Exemple : “décision éthique en fin de vie”

**LATA = Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives** (chez les patients en réanimation)

- • Quand on s'acharne à donner des traitements inutiles à un malade, qu'on ne progresse plus c'est de l'**obstination déraisonnable**. C'est lorsque l'équipe refuse de voir l'inéluctable et continue les thérapeutiques devenues inutiles ++. On a donc recours à des LATA.
- **10% des patients de réanimation seront concernés par une LATA +++**
- **50% des décès en réanimation surviennent suite à une LATA +++**

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

## 1) La proscription de l'acharnement thérapeutique, une disposition législative déjà ancienne

• D'après l'article 37 du Code de la Santé Publique, "En toutes circonstances, le médecin... doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut **renoncer à 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 loi **Claeys Leonetti du 2 février 2016**, reprend cette formulation et donne de nouveaux droits aux patients +++:

- • Droit au **refus de l'obstination déraisonnable**
- • Droit au **refus de soins** exprimés par le patient
- • Droit à l'**apaisement de la souffrance**
- • Caractère contraignant des **directives anticipées** (Ce sont des dispositions écrites énoncées par le patient alors qu'il est en pleine possession de ses moyens intellectuels, pour la situation où il ne serait plus en capacité de décider pour lui-même, pour des raisons de santé.)
- • Renforcement du rôle de la **personne de confiance** : porte-parole du patient lorsqu'il ne serait plus en capacité de décider par lui-même
- • **Droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès** (Pour **laisser mourir le patient naturellement et non le faire mourir**. Pas pareil que l'euthanasie car l'intentionnalité est différente). **Hydratation et nutrition artificielle deviennent des traitements +++**
- La poursuite de traitements devenus inutiles va à l'encontre des principes de l'éthique médicale ++

Aucune bienfaisance	...à vouloir sauver la vie à TOUT PRIX
Probablement une forme de maltraitance	...en ne tenant pas compte des conditions de survie obtenues
Une atteinte au respect et à la dignité (=respect de son autonomie)	... en s'acharnant sur la maladie au détriment du malade
Une atteinte au principe de justice distributive	... en mobilisant sans finalité des ressources limités

- *En 1957, un collège de médecins réanimateurs, émus de l'arrivée de techniques se demandaient si prolonger la vie par ces techniques était réellement moral. Ils sont allés poser la question au Saint Siège et il a eu la réponse que : "nul médecin n'est tenu de dispenser des soins extraordinaires et nul malade de les accepter" (Pie XII, ce qui montre bien que cette disposition est ancienne)*

## 2) Arrêt des traitements et sédation profonde et continue jusqu'au décès possible dans 3 cas : +++

Patient compétent au plan cognitif qui en exprime la volonté car il est **dans une impasse thérapeutique** et s'en rend compte

Patient compétent qui en exprime la volonté car il **demande l'arrêt des traitements** (toujours en situation d'obstination déraisonnable (OD))

Le tutorat niçois est gratuit. Toute reproduction ou vente est interdite.

## Patient **incompétent** en situation d'OD --> **réunion collégiale**

(en gros: -pour un patient conscient qui sait qu'il ne guérira pas et qui en a marre de la surmédicalisation va demander un arrêt des traitements et mise en sédation profonde -pour un patient inconscient, les professionnelles de santé vont se réunir, donc une réunion collégiale, pour décider de ce qu'il faut faire)

"Puisque l'on a décidé de ne plus s'opposer vainement à la mort, il faut apaiser toutes les souffrances et permettre au malade de dormir pour ne pas se voir ni se sentir mourir"

### 3) Le déroulement du processus de LATA au sein d'une équipe (patient cognitivement incompetent +++)

Point de départ : Une histoire clinique complexe qui crée un malaise de l'équipe. Un lanceur d'alerte faisant partie de l'équipe met en garde sur la situation et le responsable doit alors lancer une délibération pour réfléchir au problème.

#### Gros schéma qui vient de mon vieux, merci à lui de me permettre de réutiliser le schéma

Phase 1	<b>Type de situation</b>	Échec thérapeutique et/ou évolution défavorable de la qualité de vie
	<b>Objectif</b>	Objectiver une situation d'obstination déraisonnable. Pour cela, mise en place d'une réflexion collégiale et recherche d'un consensus
	<b>Validation de la stratégie médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Anamnèse</u> (cad qu'on reprend tous les antécédents du patient)</li> <li>- <u>Qualité de prise en charge</u> (a-t-il été traité selon l'état de l'art ?)</li> <li>- <u>Proportionnalité de l'engagement</u> (a-t-on mis tous les moyens nécessaires ?)</li> <li>- <u>Qualité de vie prévisible</u></li> <li>- <u>Projet de vie ultérieur</u> / quelle logistique à mettre en place ultérieurement pour que le patient continue à mener une vie digne ?</li> </ul>
	<b>Intervenants dans la réflexion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- équipe médicale et soignante au complet</li> <li>- Un consultant extérieur pour donner un regard neuf</li> <li>- Le patient (via les directives anticipées que 15 % des français ont rédigé +++)</li> <li>- La personne de confiance (s'assurer qu'elle exprime les volontés du patient et non ses propres craintes et souhaits)</li> <li>- La famille et les proches</li> </ul>
	<b>Décision finale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniquement médicale</li> <li>- Le médecin en porte la responsabilité ++ même si la collégialité sert à éclairer la conscience du médecin</li> <li>- Le consensus est souhaitable sans être une garantie éthique ++</li> <li>- S'assurer de l'absence d'opposition nette des intervenants</li> <li>- Si doute, renouveler la réunion car ne jamais imposer la décision ++</li> </ul> <p>3 scénarios possibles +++ : pas d'obstination déraisonnable (OD) donc on poursuit un engagement thérapeutique maximal. Ou bien OD dite en "zone grise" où on va limiter les thérapeutiques. Ou enfin, les OD manifestes où on arrête les thérapeutiques et on informe les proches sur les modalités à suivre.</p>

Phase 2	<b>Mise en oeuvre de la décision d'arrêt des thérapeutiques actives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des soins (pas pareil que les traitements, on garde des soins de confort)</li> <li>- Arrêt des traitements et techniques de suppléance</li> <li>- Arrêt de l'hydratation et de la nutrition (<i>on dit ça parce que souvent ça va être un patient dans le coma qui ne peut plus s'alimenter par ses propres moyens... Mais dans le cas où le patient peut encore manger, on ne lui enlève pas sa nourriture hein !!!</i>)</li> <li>- Sédation profonde maintenue jusqu'au décès</li> <li>- Arrêt du support ventilatoire (au tout dernier moment)</li> </ul>
---------	---	---

**Voilà !! En conclusion, on peut dire que l'éthique est une autolimitation de la puissance. Elle est plus nécessaire qu'hier et moins que demain (ça veut dire qu'on a de plus en plus besoin de l'éthique face à l'augmentation exponentielle du pouvoir du médecin)**

**Le médecin est un professionnel forcé à exercer un art : La gestion du flou**