

ÉTHIQUE MÉDICALE D'HIER À AUJOURD'HUI

Bienvenue à tous pour ce premier cours d'éthique qui saura vous faire apprécier la matière (believe). C'est un cours plutôt long mais pas très difficile à comprendre ni à apprendre donc pas de stress, on reste chill (comme l'éthique ☺). C'est un cours qui est CAPITAL donc vraiment ne l'imposez SURTOUT PAS car il tombe tous les ans à l'examen, et pas qu'un peu (l'année dernière on a eu facilement 15 QCM voire plus rien que sur ce cours donc vraiment il est rentable +++++). Pour l'instant c'est qu'une version TTR, la version complète ne tardera pas à sortir mais ne vous inquiétez pas, on aura déjà vu le plus gros.

Les parties écrites comme ça sont hors programme pour la TTR

I) L'ÉTHIQUE: LA VOIE DU BIEN AGIR ?

Premier point important : l'éthique n'est **pas une discipline figée**, elle évolue avec le temps, car avec les avancées scientifiques arrivent de nouveaux questionnements. L'éthique est donc en **perpétuel renouvellement**.

Exemple : révision de la loi bioéthique sur la PMA (procréation médicalement assistée) : auparavant, la PMA était réservée aux couples hétérosexuels ayant une infertilité médicalement constatée, mais depuis cette loi, un couple homosexuel ou même une femme seule peuvent prétendre à ces techniques.

Cependant, elle repose sur un principe universel et intangible, celui de **respecter la dignité de la vie humaine +++**. L'éthique agit alors comme un garde-fou pour nous empêcher de tout accepter.

Albert Camus : « Un homme ça s'empêche » (je doute que les citations soient à retenir mais jetez-y quand même un coup d'œil).

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

C'est la **pesée morale d'une action à venir +++** : on va évaluer des valeurs auxquelles nous sommes attachés qui risquent d'être trahies par nos décisions, et on va effectuer une hiérarchisation de ces valeurs en vue d'opérer un choix face à un dilemme (très fréquents dans les professions médicales).

En clair, l'éthique est avant tout une **recherche du « 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, composante humaniste du soin

L'éthique est **consubstantielle ++** (= inséparable) à la fonction de soin car c'est elle qui fait de nous des soignants et **pas seulement des techniciens de santé**.

Le prof compare l'éthique à une boussole intérieure qui nous donne le bon cap à suivre (*un vrai poète*)

En effet, le médecin / soignant est **exposé quotidiennement à de nombreux dilemmes éthiques** (d'importance variable) :



Est-ce que l'on doit toujours dire la vérité ? (Ex : faut-il annoncer à son patient qu'il ne lui reste plus que quelques semaines à vivre, sachant qu'il risque de plonger dans une profonde dépression sans pouvoir profiter des derniers moments avec sa famille ?)



Est-ce que l'on doit toujours respecter la volonté de son patient ? (Ex : s'il ne veut pas annoncer à sa famille son pronostic grave pour ne pas les peiner, faut-il l'écouter ?)



Il y a donc énormément de questionnements qui interrogent le médecin et le mettent dans des situations délicates : dans ce cas, ce ne sont ni la morale, ni le droit, ni la déontologie mais **l'éthique** qui va nous **donner le bon (ou le moins mauvais) cap à suivre.**

C) Morale ou éthique ?

<u>MORALE</u>	<u>ÉTHIQUE</u>
Énoncé de lois et de règles	Réflexion individuelle, puis collective sur des valeurs qui peuvent entrer en conflit (susceptibles de provoquer des « cas de conscience »)
Obéissance aux normes	Recherche du bien agir
Impérative, prescriptive	Indicative
Bien / Mal ; Juste / Injuste ; Acceptable / Inacceptable	Relève du conseil
Respect du devoir	Visée de la vie bonne
Récompense ou sanctionne	Responsabilise
« Tu dois »	« Si tu souhaites..., alors tu devrais... »

⚠ Attention à bien faire la distinction entre les deux : la morale repose sur des principes stricts, rigides et intangibles tandis que l'éthique, comme on l'a dit, évolue avec le temps et s'adapte aux spécificités de chaque situation, d'où son importance capitale dans les professions médicales.

D) Les différents points de vue en éthique (cette partie vraiment +++ elle tombe tout le temps donc attention à ne pas confondre les deux positions !!!)

Il n'y a pas qu'une éthique mais **DES éthiques**. De manière caricaturale, on relève **2 grands points de vue** :

<u>POSITION DÉONTOLOGIQUE (DE CONVICTION)</u>	<u>POSITION TÉLÉOLOGIQUE (CONSÉQUENTIALISTE)</u>
L'action est morale si elle est réalisée par DEVOIR +++ (mnémo : <i>DÉ</i> ontologie = <i>DE</i> voir)	L'action est morale si son but est la réalisation du BIEN +++
Respect d'un principe absolu, indérogable, intemporel, universel et sans exception : aucune prise en compte des conséquences, tant que l'intention est droite .	Prise en compte des conséquences prévisibles de la décision : évaluation au cas par cas du bien attendu ou du mal évité. Un moindre mal peut être vu comme un bien
Une fin bonne ne justifie pas tous les moyens pour y parvenir	Recherche d'un maximum d'utilitarisme

Petit point étymologie pour vous aider à faire la distinction entre les deux : (*pas à apprendre c'est juste pour vous aider : si ça vous aide tant mieux mais si ça vous embrouille, passez*)

- Le mot « déontologie » vient du grec « déon », qui signifie « ce qu'il faut faire, le devoir, l'obligation » : on comprend alors que la position déontologique repose sur le devoir, avec un respect de principes absolus et indérogables (comme on l'a dit pour la morale, ce sont des principes stricts et rigides).
- Le mot « téléologie » vient du grec « télos », qui signifie « le but, la fin, l'accomplissement » : on comprend alors que la position téléologique repose sur l'idée que les choses ont toutes une finalité, et on réfléchit donc aux conséquences de nos décisions, en pensant avant tout à la réalisation du bien.

La position téléologique est **la plus fréquente en médecine +++**

E) L'ancrage philosophique de la posture éthique

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

1. Éthique de conviction : (c'est la position déontologique)

Il s'agit du **devoir** (on se rappelle *DÉ*ontologie = *DE*voir) qu'on applique **sans se soucier des conséquences** ; l'action est morale **tant que l'intention est droite**.

2. Éthique conséquentialiste : (c'est la position téléologique)

Elle **met en avant les conséquences** positives ou négatives de la décision.

Ex : Dans le cadre d'une transplantation d'organes, les ressources sont rares (peu de greffons) et on doit les attribuer aux personnes qui en ont le plus besoin : on prend alors en compte les conséquences prévisibles de la décision, qu'elles soient positives ou négatives.

3. Éthique de responsabilité : (prônée par Max Weber)

Elle procède à une **estimation raisonnée des conséquences à long terme**.

Ex : On retrouve une dualité entre les convictions du médecin, qui fait tout, à n'importe quel coût pour son patient, et le chef d'hôpital qui doit adopter une éthique de responsabilité pour pouvoir soigner tout le monde et réfléchir aux conséquences de ses décisions.

4. Éthique utilitariste +++ : (très ancrée dans la **société anglo-saxonne**)

C'est une **forme de conséquentialisme** (*mais ce n'est pas exactement la même chose attention !!*). Elle cherche à **maximiser le bonheur du plus grand nombre +++**, même si cela peut être au détriment du malheur d'autres personnes. On a donc une régulation des libertés individuelles par le **principe de l'utilité sociale**. L'idée utilitariste consiste toujours à intégrer l'intérêt du groupe dans la résolution de dilemmes moraux.



II) ÉTHIQUE MÉDICALE OU BIOÉTHIQUE ?

A) L'éthique médicale

Elle est née avec la médecine il y a **25 siècles** (*au moment de la Grèce Antique*). C'est elle qui donne une **coloration humaniste à notre profession** : en effet, cette profession nous donne accès, par dérogation, à l'intimité du patient, à son corps, à ses secrets. Il nous transmet sa vie et cette transgression est ainsi permise à condition que notre intention soit pure et que la finalité soit bonne. On est dans un **colloque singulier** (*le terme « colloque » désigne une réunion organisée entre plusieurs personnes autour d'un thème en particulier pour échanger des idées et points de vue, et l'adjectif « singulier » nous montre que chaque patient est une personne unique, avec son histoire, son vécu, ses attentes, donc, un « colloque singulier » est une rencontre privilégiée entre le médecin et le patient, dans un climat de confiance mutuelle et d'intimité*). On est **dans le souci du malade**, qui est vulnérable et qui mérite encore plus notre respect et notre confiance.

Le philosophe Levinas parle d'un visage qui nous convoque et s'impose à nous. Pour Paul Ricoeur, cela nous permet de penser la relation de soin comme essentiellement « la sollicitude » (= soins attentifs, affectueux, constants et prodigues envers une personne). Enfin, selon Didier Sicard, ancien président du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) : « l'éthique médicale, c'est l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine **AU SERVICE du malade** » (*encore une fois ne perdez pas trop votre temps sur les références philosophiques, lisez les au moins 1 ou 2 fois et ça suffira, reprenez juste que le médecin est AU SERVICE du malade*).

Le serment d'Hippocrate reprend les **caractéristiques du médecin +++** :

- **Moralité exemplaire** (honnêteté et probité),
- **Respect de la vie, du secret médical,**
- **Égalité d'accès aux soins,**
- **Refus de la discrimination**



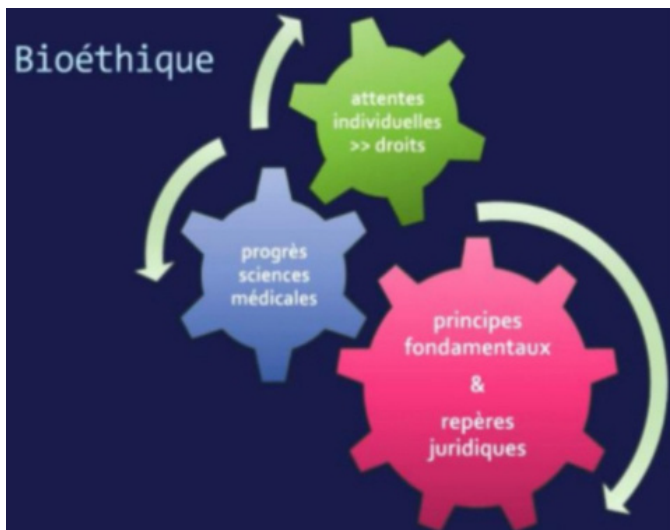
B) La bioéthique

Ce terme a été énoncé pour la première fois **en 1971 +++** par Van Rensselaer Potter dans « Bioethics : Bridge to the Future ». C'est un concept tardif : il est venu bien après les procès de Nuremberg qui datent des 20 et 21 août 1947 (*ce sont les procès des nazis, qui ont été condamnés à mort pour crime contre l'humanité après la 2nde guerre mondiale*). Ce jugement a été comme une **prise de conscience** que « l'homme pouvait être un loup pour l'homme » (*citation de Hobbes pour ceux qui ont suivi en philo l'année dernière*).

(*Explication en plus : en gros les procès de Nuremberg ont fortement influencé la naissance de la bioéthique car les nazis ont mené des expérimentations médicales inhumaines sur les déportés, et ont utilisé la science et la médecine comme des outils de domination, sans aucun respect de la dignité humaine et cela a mis en évidence qu'une science sans limites éthiques pouvait devenir destructrice, d'où la naissance de la bioéthique. C'est vraiment pas à apprendre, c'est juste pour la culture g et pour mieux comprendre comment ces procès ont influencé la naissance de la bioéthique*).

La bioéthique naît alors de la **prise de conscience de la menace que le développement effréné de la recherche scientifique pouvait faire peser un grand danger sur l'humanité**. On a un mélange de fascination et d'effroi par rapport au champ des possibles qui s'offrent à nous : on doit donc absolument mettre des **garde-fous** : "**je sais le faire, j'ai les moyens de le faire mais est-ce que je dois le faire ?**" ++

Selon D. Sicard (encore une référence 🤔), 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 sur le domaine du vivant +++** (c'est littéralement la définition de la bioéthique donc on l'apprend, pas forcément mot pour mot mais sachez ce que c'est dans les grandes lignes)



Sur ce dessin, on voit 3 roues dentées :

2 roues qui tournent à toute allure : une qui représente les **progrès des sciences médicales** et l'autre qui représente les **attentes de la société**, qui se transforment rapidement en droits. Elles s'acharnent à essayer de tourner la 3ème roue, bien plus lente.

La 3ème roue représente les **repères juridiques** : en France, on a une **révision de lois tous les 7 ans +++**, donc les repères juridiques évoluent **bien plus lentement que les progrès scientifiques et les attentes de la société**. En 7 ans, la situation est telle que ce qui était considéré comme non acceptable peut le devenir aujourd'hui.

Les champs concernés par la bioéthique : +++

- La **recherche sur l'embryon**
- La **médecine de la procréation**
- L'**intervention sur le génome**
- Les **expérimentations sur l'homme**
- L'**intervention sur le vieillir et mourir**
- Les **greffes d'organe**
- La **neuroscience** et la possibilité de **manipuler la personnalité**
- La **santé environnementale** (perturbateurs endocriniens)
- L'**intelligence artificielle** : serons-nous un jour esclaves de nos machines où en resterons-nous les maîtres ?



Pour cette liste pas besoin de l'apprendre par cœur, elle est assez logique, donc retenir vraiment que les champs de la bioéthique sont très larges et qu'ils concernent l'éthique appliquée au domaine du vivant et ce sont des champs qui posent des problèmes éthiques quant aux conflits suscités par le développement des technosciences sur le domaine du vivant (bioéthique : préfixe « bio » = le vivant et suffixe « éthique », donc c'est l'éthique qui concerne les conséquences positives ou négatives du développement des sciences sur le domaine du vivant).

III) UN CONTEXTE ÉVOLUTIF

A) Une médecine qui devient de plus en plus technique

On peut aujourd'hui parler de **biomédecine** et nous avons un impératif absolu : celui du **respect de la dignité humaine +++** (répétition ++). Mais il existe néanmoins **deux dangers majeurs +++** :



Une **déshumanisation des soins** à cause de **l'émergence des IA**, notamment avec l'arrivée de l'Evidence Based Medicine (= médecine fondée sur des preuves fournies par les algorithmes). Tout cela offre la tentation de raisonnements programmés, pré-décidés qui débouchent sur des décisions obligées, des protocoles (selon le prof : « on passe du restaurant à la carte, au menu », *il aime beaucoup les métaphores*)



Les **dérives de la technoscience** : par exemple, en 2018, un scientifique chinois a modifié au stade embryonnaire le génome de 2 embryons de 2 petites filles, 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 donc de **rester des soignants humains**, et de ne **pas devenir seulement des « techniciens de santé »**.



Pour cela, il faut faire **cas de la personne humaine**, la prendre en charge dans sa globalité (prise en charge « holistique »), avec ses opinions, ses sentiments, car bien que le malade soit fragile, il reste un **être spirituel, social à part entière**.

B) Une relation médecin / patient et médecin / public qui évolue

Rejet du paternalisme qui a dominé **jusqu'aux années 80 +++** : c'était une façon de prendre en charge le patient comme un père prend en charge affectueusement son fils. Mais de nos jours, c'est assez péjoratif car ça va **limiter la liberté du patient** qui va être réduit à sa maladie, parce que même si le médecin pense agir pour le bien du patient, il **agit de façon autoritaire**, et cela va instaurer un **rapport de dépendance +++**

Ainsi, **depuis les années 90**, les patients revendiquent le fait de **pouvoir être informés sur leur état de santé : loi Kouchner du 4 mars 2002 +++++** (*pour retenir la date, pensez à 4/3/2, elle tombe souvent*), qui a transformé le devoir d'information en une **réelle obligation du médecin** pour le patient: dans le Code de Déontologie, il est inscrit que « **toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé** ». Aujourd'hui, la relation patient / médecin est moins déséquilibré, le patient est en demande et on tend vers un **partenariat** plutôt qu'une relation paternaliste.

Cependant, en Europe, nous sommes encore **loin de la conception anglo-saxonne** qui voudrait que la relation médecin / patient soit **parfaitement symétrique**, un « contrat de soin ». Mais c'est une conception trop idéaliste, et aujourd'hui le patient n'est pas encore totalement en autonomie car quand il souffre, il va voir le médecin qui est censé détenir la clé pour résoudre son problème : il est donc encore en **hétéronomie**.

Parfois, on peut voir des **patients autonomes**, qui viennent avec un **savoir expérientiel**, c'ad que les patients ne viennent plus vierge d'informations, mais se revendiquent un **savoir profane** car ils ont cherché des infos sur Internet (*profane= qui n'est pas initié à la science, en l'occurrence, à la médecine, donc c'est un patient qui pense connaître sa maladie et les soins requis*).

On voit même quelquefois des « **patients experts** », avec qui on va aller vers une **relation de type partenariale**. Ils peuvent être sollicités pour faire des interventions dans des congrès ou dans les facs de médecine.

Il faut donc savoir doser les informations que l'on donne à chaque patient, s'adapter à tous les profils et voir s'ils sont capables ou non 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** 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 juridiciarisation** ; c'ad une revendication de plus en plus importante « d'obligation de résultat » de la part des patients ou de la famille
- Le **développement de la télémédecine** : moins de rdv cliniques et plus plus de rdv virtuels
- Un **appel de plus en plus important à l'IA et au Big Data** avec une « **médecine 4.0.** », bien loin de celle d'Hippocrate

➔ Le danger est que la vocation médicale risque au fil des années de **se transformer en un simple 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 vouliez être, mais seulement quelqu'un qui reçoit des patients pour gagner son argent : cela aboutit à la **perte de noblesse de cette fonction**.



IV) LES CHAMPS D'APPLICATION DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE ET DE LA BIOÉTHIQUE

A) Le début de la vie

B) La génétique

C) Le consentement

C'est une notion extrêmement importante car **il ne peut pas y avoir de soin, de traitement sans obtention du consentement du patient !!**

1- Définition et sens: (vous savez tous ce que c'est j'espère...)

C'est un terme vague qui recouvre beaucoup de nuances:

- Autoriser, permettre à,
- Acquiescer, approuver,
- S'engager à,
- Céder à, 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"). Idéalement, on devrait toujours avoir une idée de **symétrie**, et non pas un rapport de force. Cela devrait **toujours être l'expression d'une volonté**, une rencontre de 2 volontés dans un échange symétrique. Parfois, malheureusement, il s'agit plutôt d'un consentement de type "soumission" à la volonté d'autrui.

Pour Paul Ricoeur, le consentement est "un acte de la volonté qui acquiesce la nécessité. Consentir, n'est-ce pas céder, capituler?". Ainsi, le consentement peut être vu comme **une sorte de capitulation**, on ne peut pas faire autrement, "qui suis-je, moi, le patient, pour refuser?".

2- Couplage volonté / consentement:

Il doit y avoir un **couplage fort entre volonté et consentement** car si ce couplage n'existe pas, le consentement apparaît comme **désincarné, pur, mécanique, sans réelle intentionalité**.

Code de Déontologie, version de 1995: "**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.**" +++

Il apparaît donc la **nécessité de rechercher dans tous les cas le consentement du patient +++**. Le patient **ne peut pas être réduit à un objet de soin** entre les mains d'un médecin qui décide pour lui; c'est un sujet avec une histoire, des valeurs, des convictions... et **il doit participer aux décisions**.

Le consentement est la réponse pour **mettre fin à un casse-tête juridique**: d'un coté, on sait que le corps est inviolable mais que les soins sont une agression. Le juriste a ainsi aménagé un statut d'exception pour permettre au soignant d'**accéder à l'intimité du patient et de porter atteinte** (si nécessaire, et pour son bien), **à son intégrité physique** (cf: *cours sur les principes de protection du corps humain*).

Ce consentement **peut être retiré à tout moment +++**. (*on retient bien ça*)

3- Critères de validité du consentement:

3 critères de validité du consentement +++:

- **Éclairé** = précédé d'une information claire, loyale et appropriée
- **Libre** = libre de toute pression
- **Conscient** = en capacité de comprendre les tenants et les aboutissants de ce qu'on lui propose (pose problème dans le cas des mineurs, des incapables majeurs ou des patients en psychiatrie qui ont un déficit cognitif comme Alzheimer...)

mnémo : pour retenir, on se dit juste CLÉ (C)onscient, (L)ibre, (É)clairé, merci à la P1 qui me l'a dit

4- Piège de la "fausse capacité à consentir":

Il existe une fragilité de la notion de compétences cognitives. En effet, une **majorité des patients conscients sont incompetents au plan cognitif**. Les cliniciens **surestiment la capacité cognitive du patient (dans plus de 50% des cas)**.

Ex: En réanimation, on peut retrouver des patients éveillés, avec les yeux ouverts, mais qui ne vont pas être capables d'intégrer ce que l'on va leur dire. On peut également avoir un 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

5- Origine de cette obligation de consentement:

Cette obligation du consentement nous vient des travaux horribles des nazis sur des cobayes humains dans les camps de concentration, qui ont ému la communauté internationale. (*qui sont d'ailleurs également à l'origine de la bioéthique, j'espère que tu suis 🙄*)

Le **code de Nuremberg** (extrait du jugement de ses nazis en 1948) est une liste de 10 critères qui permettent d'apprécier le caractère licite ou non licite des expérimentations humaines.

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

E) Vulnérabilité en gériatrie: la contention physique

F) IA et algorithmes

V) LA RÉFLEXION ÉTHIQUE EN PRATIQUE

A) Les règles du débat contradictoire

Le débat contradictoire est ce qui est le plus utilisé pour **résoudre un dilemme éthique** :

- Aujourd'hui, on fait appel aux **vertus du groupe** (l'éthique des vertus était l'apanage d'un sage qui était capable de prendre les bonnes décisions).
- L'**éthique des vertus** a été remplacée par une **intelligence collective** : la délibération permet de **mutualiser les compétences**, d'appréhender une situation complexe dans toutes ses dimensions et de tempérer les émotions.

Ce débat contradictoire est basé sur une **approche pluraliste et pluridisciplinaire +++** (il y a des pys, des médecins, des infirmiers, des kinés ...). Il utilise la **complémentarité des disciplines** comme une force : on peut ainsi faire émerger **différents points de vue**.

Règles du débat éthique selon l'éthique de discussion de J. Habermas : +++

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



La discussion au cours de ce débat :

- Repose sur une **argumentation philosophique** (éthique **déontologique** ou **conséquentialiste** *j'espère que vous avez pas oublié*)
- Balisée par les **principes de l'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp +++** (**bienfaisance, non malfaisance, justice, autonomie ++**).
- 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.

Les émotions nous rappellent les **valeurs morales auxquelles nous sommes attachés: ++**

- La **compassion** révèle notre attachement au **principe de bienfaisance**
- La **Crainte** nous alerte sur le **principe de non-malfaisance**
- Le **respect** révèle notre attachement au **principe d'autonomie**
- Un sentiment de **malaise** voire d'**angoisse** (ex: devant un patient en fin de vie) nous alerte sur un **cas de conscience majeur**, le vrai **dilemme éthique** (ex: devons-nous lui donner des opiacés, même si cela risque de lui abrégé la vie ?). C'est une **angoisse « bénéfique »** qui nous fait argumenter.



B) Exemple: “décision éthique en fin de vie” (cette partie et celle d'après vraiment +++)

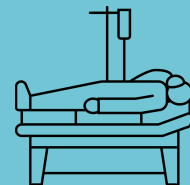
LATA = Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives +++ (chez les patients en réanimation : *dans le cours, le prof parle seulement des patients en réanimation, cependant, en annales, il compte faux l'item “la LATA ne concerne que les patients en réanimation”, donc considérez pour l'instant que la LATA ne concerne pas seulement 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 (OD)**. C'est lorsque l'équipe refuse de voir l'inéluctable et **continue les thérapeutiques devenues inutiles ++**. On a donc recours à des LATA.

Quelques chiffres:

Selon LATAREA 2000:

- **10% des patients en réanimation seront concernés par une LATA +++**
- **50% des décès en réanimation surviennent suite à une LATA +++**



Selon ETHICUS 2003 (31 000 patients):

- Europe du Nord: 47% des décès font suite à une ATA (Arrêt des Thérapeutiques Actives)
- Europe du Sud: 18% des décès font suite à une ATA

(Ces deux derniers chiffres sont moins importants, reprenez surtout les deux premiers ++. Aussi, ne reprenez pas le nom des études on s'en fout).

1- La proscription de l'acharnement thérapeutique: une disposition législative déjà ancienne:

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 **Clayes-Leonetti du 2 février 2016 +++** reprend cette formulation, donnant de **nouveaux droits au patient: +++**



- Droit au **refus de l'obstination déraisonnable**
- Droit au **refus de soins exprimé par le patient**
- Droit à **l'apaisement de la souffrance**
- **Caractère contraignant des directives anticipées** (rédigées par **15% des français +++**): dispositions écrites par le patient, en **pleine conscience**, pour la situation où il ne serait **plus en capacité de décider par lui-même**, si sa situation s'aggravait (expression de la **volonté** du patient)
- 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 !!** *Attention vraiment à bien faire la nuance: la LATA n'est absolument pas un suicide assisté ni une euthanasie car cela est interdit en France, seulement un arrêt des thérapeutiques actives et déraisonnables jusqu'au décès !!!*). **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 formes 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 limitées

➔ En novembre 1957, un collège de médecine réanimateurs, émus de l'arrivée de techniques de réanimation 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 *c'était le pape de l'époque*)

Petit point important non dit dans le cours (*mais qui tombe en annales...*) : la LATA repose sur le principe de **NON MALFAISANCE ++++** !! (On se rappelle, on ne veut pas nuire au patient, donc on s'empêche d'entreprendre des traitements pour ne pas le faire souffrir, c'est le principe "primum non nocere" de Hippocrate !!)

2- Arrêt des traitements et sédation profonde et continue jusqu'au décès:

En cas de situation d'**obstination déraisonnable** (OD), le législateur a permis au corps médical de mettre en place une sédation profonde et continue jusqu'au décès, **dans 3 cas : +++**

Chez un patient **compétent sur le plan cognitif**, qui en **exprime la volonté**: (*faites bien attention: les LATA ne sont pas réservées exclusivement à des patients inconscients ou incompetents sur le plan cognitif; un patient conscient qui sent que ses traitements sont inutiles et vains peut totalement exprimer la volonté d'avoir recours à une LATA !!*)

- Cas n°1: le patient se rend compte qu'il est dans une **impasse thérapeutique** et **exprime donc la volonté** d'avoir recours à une LATA
- Cas n°2: le patient **demande l'arrêt des traitements** (souvent dans une situation de souffrance)

Chez un patient non compétent sur le plan cognitif:

- Cas n°3: **réunion collégiale** pour tenter de **mettre en évidence ou non une situation d'OD +++**

« 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** »

Intentionnalité : **laisser mourir et NON faire mourir +++**: on est dans la compassion éthique extrême et pas dans l'euthanasie ! (*répétition +++ super important à comprendre*)

C) Le déroulement du processus LATA au sein d'une équipe

(*Pour un patient cognitivement incompetent !!!!*)

La situation: Une histoire clinique complexe qui crée un malaise au sein 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.

On a alors une mise en évidence d'un **échec thérapeutique**, et/ou d'une **évolution défavorable de la qualité de vie**.

On veut donc **objectiver une situation d'OD** (phase 1): pour cela, on doit mettre en place une **réflexion collégiale** et la **recherche d'un consensus**:

La suite sur la prochaine page...



Ces deux dernières parties sur la LATA (B et C), vous me les apprenez bien sinon gare à vous 🙄. Le prof adore les faire tomber donc aucune excuse, ON APPREND !!!!

PHASE 1: Objectiver une situation d'OD

Validation de la stratégie médicale:

- **Anamnèse** (antécédents du patient, on relit son dossier médical)
- **Qualité de la prise en charge** (a-t-il été traité dans les règles de l'art)
- **Proportionnalité de l'engagement** (a-t-on mis tous les moyens nécessaires ?)
- **Qualité de vie prévisible**
- **Projet de vie ultérieur ?** / quelle logistique à mettre en place ultérieurement pour que le patient continue à mener une vie digne ?

Les intervenants dans la réflexion: ++

- **Équipe médicale et soignante**
- Un **consultant extérieur**
- Le **patient** via **directives anticipées** (que seulement **15% des français ont rédigé** on le rappelle) ou via la **personne de confiance** (porte-parole) : il faut être sûr qu'elle exprime les propres souhaits du patient
- Consultation de la **famille** et des **proches**

La décision finale:

- Est **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 doute **renouveler la réunion, ne jamais imposer la décision**



PHASE 2: Mettre en œuvre la décision d'ATA

- **Poursuite des soins** (pas pareil que les traitements, on garde des soins de confort)
- **Arrêt des traitements et techniques de suppléance**
- **Arrêt de l'hydratation et de la nutrition** (*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 !!!*)
- **Sédation profonde maintenue jusqu'au décès**
- **Arrêt du support ventilatoire** (au tout dernier moment)