

DIGNITÉ HUMAINE, RESPECT DE LA PERSONNE ET DE LA COMMUNAUTÉ

Coucou les P1 !!! J'espère que je vous avais manqué 😊. On se retrouve pour la 3ème partie du cours "Principes fondamentaux en bioéthique", qui vous plaît pour l'instant j'espère. Encore une fois, on est désolés de la quantité de nouveaux cours, mais on peut rien y faire, c'est les profs qui décident... 😞 Le cours peut paraître un peu long, mais c'est énormément d'exemples pour bien comprendre, et il y a finalement peu d'informations, car j'insiste sur le fait que pour ces cours, il faut avant tout **COMPRENDRE** et pas apprendre par cœur (c'est pour ça que la prof donne plein d'exemples pour vraiment bien intégrer les idées clés 😊). C'est parti pour ce cours, et surtout n'hésitez pas à poser des questions si vous trouvez une notion pas claire. Mes remarques sont en italique, comme d'habitude !!

Jusqu'à présent, nous avons considéré la bioéthique par rapport à la **protection des sujets humains dans la recherche médicale**. Nous avons également vu dans le cas de l'Allemagne nazie, des **politiques sanitaires contraires aux droits de l'homme** auxquels des médecins et des scientifiques ont activement collaboré. Dans les deux cas **la fin justifiait les moyens** (càd que les personnes impliquées étaient prêtes à user de tous les moyens, aussi horribles qu'ils soient pour atteindre leur but), alors que les droits de l'homme étaient bafoués tout comme le serment d'Hippocrate. Comme l'a bien dit Camus : « la fin justifie les moyens, mais qu'est-ce qui justifiera la fin ? ».

I) INTRODUCTION

Nous l'avons vu, en 1947, les **crimes contre l'humanité commis par les médecins pendant la Seconde Guerre mondiale** ont donné naissance, d'abord au Code de Nuremberg, puis, en 1948, à la Déclaration universelle des droits de l'homme (encore une fois, les dates ne sont pas très importantes à retenir, la prof ne vous piègera pas dessus).

En 1964, l'Association médicale mondiale publiera la Déclaration de Helsinki, qui vise avant toute chose à **protéger les sujets humains participant à la recherche biomédicale**. Cette déclaration vient compléter et renforcer le code de Nuremberg et prend en compte non seulement les risques directs pour les participants humains, mais aussi les risques indirects. Aujourd'hui encore, la Déclaration de Helsinki, qui a connu plusieurs révisions, est la **référence en matière de recherche biomédicale**. Toutes les études biomédicales qui font appel à des participants humains doivent, pour être approuvées et publiées, **déclarer leur conformité avec les principes de la Déclaration de Helsinki**.

Ce qu'il faut comprendre et ce qu'il faut retenir, c'est qu'au fur et à mesure des progrès scientifiques depuis la seconde moitié du XXe siècle, mais aussi avec l'évolution de la société, on va approfondir et développer les codes de bioéthique, les rendant de plus en plus compréhensifs et spécifiques.

Il faudra attendre 2005 pour que le premier document international à vouloir embrasser les principes de bioéthique dans la recherche et au-delà, c'est la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, parue sous l'égide de l'UNESCO. Si cette déclaration est moins connue de celle de Helsinki, elle s'efforce de **recouvrir tout le champ de la bioéthique** tel que nous la définissons dans ce cours. Ni le code de Nuremberg, ni les déclarations de Helsinki et de l'UNESCO n'ont de portée juridique, car il revient à chaque pays de définir leur législation en matière de bioéthique. Cependant, ces deux documents demeurent une référence et continuent à avoir un impact à travers le monde.

Bon... Je conçois que la partie sur la page d'avant soit un peu fastidieuse. Je vous fait donc un résumé :

- Crimes contre l'humanité par les nazis pendant la Seconde guerre mondiale = Code de Nuremberg qui a fortement influencé naissance de la bioéthique (déjà vu dans le cours d'avant)
- Déclaration de Helsinki (1964) = référence en matière du respect de la dignité humaine dans la recherche biomédicale (spécifique à la recherche)
- Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005) = s'efforce de recouvrir tout les champs de la bioéthique (qui sont très vastes on le rappelle, donc pas seulement la recherche biomédicale comme la déclaration de Helsinki)

Car l'UNESCO l'a compris : **la bioéthique ne se limite pas à la recherche +++**, elle s'étend aussi à la pratique clinique et aux politiques sanitaires, et elle est **intimement liée aux droits de l'homme**. Souvenez-vous du COVID-19 et de toutes les problématiques éthiques posées par le confinement, le port du masque, le nouveau vaccin, le pass sanitaire, sans parler des personnes âgées isolées dans les EHPAD ou celles qui sont décédées sans que leurs familles soient autorisées à les accompagner. Il y avait bien sûr des raisons pour toutes ces mesures, mais elles ont toutes soulevé des questionnements éthiques majeurs.

Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur la dignité humaine et le respect de la personne. Et nous allons voir que, très souvent, **le respect de la personne passe par le respect de la communauté à laquelle elle appartient**. Pourquoi ? Parce que qui dit communauté dit **culture**. Et nous savons que **différentes cultures attachent différentes valeurs aux questions de morale +++**, comme nous l'avons vu dans le tout premier cours.

Vous souvenez-vous des quatre piliers de la bioéthique ? Mnémono : ABNJ

- A pour **AUTONOMIE** (= libre arbitre du sujet, respect de la volonté du patient)
- B pour **BIENFAISANCE** (= rechercher le bien du patient, agir pour son bénéfice)
- N pour **NON-MALFAISANCE** (= ne pas nuire au patient, éviter les actes inutiles, dangereux)
- J pour **JUSTICE** (= rechercher les solutions les plus équitables, traiter les patients justement)

➔ Mais alors, lesquels de ces 4 piliers sont les plus impliqués dans le respect de la dignité humaine ?

Les quatre principes de bioéthique entrent dans l'équation de la dignité humaine, mais il convient néanmoins de privilégier d'une part **l'autonomie** et d'autre part **la bienfaisance +++**.

En ce qui concerne la dignité humaine, ce sont ces deux principes qui vont nous aider le plus à structurer nos questionnements éthiques, à analyser les options qui s'offrent à nous et à choisir les solutions les plus adaptées à la personne concernée ou patient concerné et à la situation dans laquelle elle se trouve.

II) LE RESPECT DE LA PERSONNE



Il est important de comprendre que, du moins dans les pays occidentaux, la nature de la relation entre le soignant et le malade a beaucoup évolué. Il n'y a pas si longtemps, encore à l'époque où vos grands-parents étaient jeunes, la relation entre le médecin et le malade était une **relation paternaliste +++**.

On entend par « paternaliste », un père de famille qui est censé faire ce qui est bien pour son enfant, mais **sans nécessairement lui demander son avis**. Autrefois, le médecin détenait à lui seul la connaissance. Il était censé savoir ce qui était bon pour vous. Le plus souvent, il **ne partageait pas les critères qui le poussaient à choisir telle ou telle option de soin**. Et vous, en tant que patient, vous n'étiez pas censé remettre en cause ses s. Pour faire court et de manière un peu simpliste, les médecins donnaient des ordres et vous étiez censé les suivre (un peu comme un soldat obéit aux ordres du général). Une **non-adhérence au traitement était considérée comme une faute de votre part** et les raisons de cette non-adhérence, par exemple les effets secondaires insupportables du traitement, étaient rarement prises en compte. D'un autre côté, dans le but d'épargner le malade, le médecin paternaliste **partageait rarement avec lui son pronostic si ce pronostic était mauvais**. Parfois, encore dans un souci de bienfaisance et de bienveillance, le médecin ne disait pas à son patient de quel mal il souffrait si ce mal, encore une fois, était associé avec un mauvais pronostic.

Aujourd'hui, nous avons tendance à critiquer cette pratique, parce que nous attribuons beaucoup de valeur à la transparence. **Mais une transparence totale correspond-t-elle toujours à ce qu'il y a de mieux pour le patient ou du moins pour tous les patients sans exception ?**

Bien évidemment, les malades sont **avant toute chose des personnes** avec leur propre vécu leur propre, psychologie et caractère et leurs propres émotions. Certaines personnes vont vouloir tout connaître de leur diagnostic et de leur pronostic pour différentes raisons mais pour d'autres personnes, l'annonce d'un mauvais diagnostic ou d'un mauvais pronostic va générer une angoisse insupportable qui transformera le temps qu'il reste à vivre en cauchemar (*on va le revoir après avec un exemple 🤔*).

Blaise Pascal (pas besoin de retenir son nom) : « le respect de la dignité humaine se fonde sur son caractère irremplaçable ». +++

Donc finalement, le respect de la dignité de chaque personne, dans son intégrité, est FONDAMENTALE en bioéthique, car chaque vie est irremplaçable et se doit ainsi d'être respectée.

➔ Mais alors, comment respecter au mieux la dignité d'un patient ? *C'est la question centrale du cours*

On peut prendre conseil auprès des proches du patient, ou tenter d'évaluer l'état émotionnel ou psychologique du malade en utilisant des questionnaires validés, voire faire appel à un psychologue... Dans tous les cas, **l'écoute respectueuse du patient est primordiale pour le respect de sa dignité ++**. Une vraie écoute implique **bien comprendre ce que le patient vous dit**, mais aussi **repérer ce qui passe sous silence**. Cette écoute doit faire partie de la **pratique centrée sur le patient** (la pratique individuelle).

La **HAS** dit (*pas besoin de retenir HAS encore une fois*) :

« La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une **relation de partenariat avec le patient, avec ses proches et avec le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle**, pour aboutir ensemble à la **construction d'une option de soin, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps**. Cette démarche s'entraîne sur le patient, considère qu'il existe une **complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience des patients +++**. »

Donc là on retient bien que l'on recherche une relation partenariale entre le médecin et le patient, qui s'éloigne bien de la conception paternaliste qui prédominait auparavant.

Prenons un exemple :

Mme Dupont est atteinte d'un cancer en phase terminale. Elle veut tout savoir afin de pouvoir profiter au mieux des jours qui lui restent. Elle demande donc d'elle-même au médecin une honnêteté totale. Dans son cas, il sera **important d'être totalement transparent**. De cette façon, le médecin **respectera sa dignité**.

Maintenant, Mme Dubois, qui est de nature, anxieuse. Si le médecin lui annonce brutalement un mauvais pronostic, elle va sûrement vivre le temps qui lui reste comme un véritable cauchemar. Là encore, en adoptant une **approche centrée sur la personne**, en **épargnant la personne de certaines informations**, le médecin fera un **acte de bienveillance** et **respectera sa dignité**.

Ainsi, dans le cas de la première patiente (*Mme Dupont*), on va **respecter sa dignité et son autonomie +++** (premier pilier de la bioéthique) : puisqu'elle veut la vérité, vous **agissez dans son intérêt**, et vous respectez, le deuxième pilier de la bioéthique, la **bienfaisance +++**.



Dans le cas de la seconde patiente (*Mme Dubois*), on **interfère clairement dans son autonomie** en lui cachant la gravité de son état. Cependant, si les concertations avec ses proches et l'ensemble de l'équipe médicale indiquent qu'il ne vaut mieux pas qu'elle sache, **ce manque de transparence est dans son intérêt, et respecte sa dignité, et constitue ainsi un acte de bienveillance ou, plus précisément de non-malfaisance +++**. (*Attention, dans sa vidéo, la prof dit un acte de bienfaisance, mais c'est bien un acte de non-malfaisance car on s'empêche d'informer pour ne pas nuire au patient !!*).

La conclusion à tirer de tout cela et qu'il n'existe **pas de prêt-à-porter en matière d'éthique**.

Les mêmes principes, le respect de la dignité et la bienfaisance peuvent se décliner différemment selon le patient, et selon le contexte ++++.

Ensuite, la prof raconte une histoire super intéressante d'un chirurgien humanitaire.

Je vous en fait un résumé :

Le chirurgien se trouvait dans une zone de guerre et il prenait en charge un jeune soldat qui avait été gravement blessé. Le chirurgien lui explique que pour lui sauver la vie, il faudra lui amputer une jambe (car elle était infectée et gangrénée). Après une mûre, réflexion le jeune homme, lui dit que sa vie sera gâchée, s'il n'a qu'une seule jambe (il ne pourra pas se marier, pas travailler, etc...). Le patient lui demande de revenir le voir le soir, car il est en situation d'urgence vitale et que le médecin ne peut pas attendre. Le soir venu, le médecin déploie tous ses arguments pour tenter de convaincre le patient de se faire amputer : « vous êtes jeunes, vous pouvez encore vivre longtemps. Voulez-vous réellement sacrifier votre vie au nom d'une demi-jambe perdue ? ». Le lendemain matin, on lui apprend que son patient est décédé dans la nuit (car il n'a pas voulu amputer sa jambe).

Dans cette situation, le médecin a-t-il bien fait de respecter la volonté du patient, c'est-à-dire son autonomie, ou aurait-il dû lui imposer l'amputation pour lui sauver la vie ? Après tout, le jeune homme se rendrait peut-être compte plus tard que la vie valait la peine d'être vécue même avec une seule jambe. Que vous soyez d'une opinion ou d'une autre, **on ne peut pas dire que l'une des options est intrinsèquement supérieure à l'autre**. Ici, comme dans presque tous les dilemmes éthiques, **on opte pour une solution en fonction des valeurs engagées +++**. Dans cet exemple, le médecin n'a pas imposé son autorité. Il a été transparent avec le patient et n'est pas intervenu contre son gré. Il a donc pleinement respecté l'autonomie du patient.

Dans les deux scénarios que nous venons de voir, celui des deux femmes en phase terminale d'un cancer et celui du soldat, on peut dire que les situations sont extrêmes, même si elles ne sont pas rares. En tant que futur soignant, vous serez **confrontés tous les jours à des questions de respect du patient, de son autonomie, et de sa dignité** dans une multitude de situations.

Mais parfois, ce n'est pas si simple :

- **Contrainte du temps** : le soignant est souvent **limité dans le temps** qu'il peut consacrer à un patient. Très souvent la salle d'attente est déjà bien remplie.
- **Contraintes liées aux protocoles de soins** : il n'est **pas toujours possible de réconcilier les souhaits du patient et le parcours de soins proposés**. Le protocole de soins peut parfois ne pas nous laisser beaucoup de marge pour l'adapter à la spécificité du patient.
- **Changement du modèle du médecin de famille au « médecin traitant »** : avec la spécialisation de la médecine, vous n'avez **plus l'avantage du médecin de famille**, c'est-à-dire un médecin qui connaît notre contexte de vie, antécédents, familiaux, etc.... (*c'était donc beaucoup plus facile d'adapter les soins à son patient*).
- **L'imagerie et les analyses biologiques aux dépens de l'examen clinique** : le médecin s'appuie **davantage sur les résultats de divers examens d'analyse et d'imagerie** qui font que **l'examen clinique est moins important**. Le fait que littéralement le médecin touche beaucoup moins son patient contribue à mettre encore plus de **distance** entre le médecin et son patient, pouvant donner l'impression au patient qu'il est **anonyme** et qu'il se résume aux résultats d'analyses.
- **L'équilibre difficile entre empathie et compassion ++++** : en tant que futur soignant, vous devez vous protéger, vous ne pouvez pas porter le poids de la souffrance de tous vos patients. S'il est **important d'exercer de l'empathie**, c'est-à-dire une écoute sensible et intelligente, il faut **se garder de trop de compassion**, car elle ne servira ni votre patient ni vous-même.

Ça peut paraître un peu contre-intuitif cette différence entre empathie et compassion, mais je vais essayer de vous expliquer :

En gros, on doit montrer de l'empathie, c'est-à-dire comprendre ce que le patient ressent, l'écouter sans le juger, reconnaître sa souffrance mais tout en gardant une certaine distance. C'est pour cela que trop de compassion peut vous nuire : si vous compatissez trop pour un patient, vous allez porter sa douleur comme si c'était la votre, et vous sentir responsable de son malheur (ça vous empêche de dormir la nuit donc c'est vraiment handicapant pour vous). Ça dessert aussi votre patient, car il se sent coupable, et ne se sent plus accompagné : il a besoin d'un soignant stable et capable de répondre à ses problèmes.

Il faut se souvenir aussi que la plupart des gens se sentent **en position de vulnérabilité** chez le médecin. Des personnes continuent même à avoir **peur du médecin**. Cela bien évidemment n'est pas souhaitable, car le patient, par peur ou par embarras, peut **passer sous silence certaines informations clés**. La peur du médecin est clairement **associé à la peur de la maladie** : on va chez le médecin avec des symptômes, mais il arrive qu'on quitte son cabinet avec une maladie et des traitements susceptibles de changer le cours de notre vie.

Mais la réticence du patient peut aussi venir de la **peur d'être jugé**, il a peur qu'on le **responsabilise pour sa propre maladie** (par exemple sous prétexte qu'il fume, qu'il boive de l'alcool...). Pourtant, un médecin ne doit **jamais juger un patient +++**, surtout s'il veut **respecter sa dignité** et se faisant, gagner sa **confiance** (*on va voir que c'est pas si facile avec la prochaine partie qui arrive de suite...*).



III) LES STÉRÉOTYPES

Comme on l'a dit, **un médecin se doit de ne pas juger son patient +++**. (*logique jusqu'à présent*)
Or, même quand on nous persuadons que nous ne jugeons pas les autres, il est **difficile, voire impossible de se défaire totalement de toute forme de jugement**. En effet, le cerveau humain apprend par des **associations d'idées** dans le but de nous protéger et de nous maintenir en vie (par exemple, on a peur du feu, de la mer, on est répulsé par les cafards, attiré par les chiots et ainsi de suite), et ce fait nous conduit, même inconsciemment, à produire des **stéréotypes +++** (*en fait on associe des idées entre elles, par exemple feu = dangereux donc on a peur / cafard = sale donc on est dégoûté par leur présence / chiot = mignon donc on est attiré etc..., ce qui va créer des stéréotypes, des idées préconçues*).

Par exemple vous rentrez tard dans la nuit, et vous voyez quelqu'un de cagoulé : forcément, vous avez peur et vous fuyez, car nous associons les gens cagoulés avec le vol et la violence. Mais une fois rentré chez vous, vous vous souvenez que c'est la nuit d'Halloween.

Un autre exemple : vous voyez dans un café, une personne obèse en train de manger un gâteau à la crème. Vous vous dites : « dans son état, c'est la dernière chose à faire ! S'il mange comme ça, ce n'est pas étonnant qu'il soit en surpoids. ». Il s'avère que ce patient est schizophrène et qu'il a pris énormément de poids depuis qu'il a changé de traitement (parce que les anti psychotiques font souvent prendre beaucoup de poids). Cette personne est finalement un véritable battant qui souffre de psychose depuis l'adolescence et qui s'efforce de mener une vie aussi normale que possible, car il doit prendre des traitements lourds avec des effets secondaires très pesants, mais ils octroie de temps en temps un petit plaisir (et c'est à ce moment-là que vous l'avez vu manger son gâteau).

Ainsi, bien que nous fonctionnons tous par **association d'idées** (souvent, inconsciemment), et donc avons tous **tendance de créer des stéréotypes**, malgré nous, il faut en être **conscient +++**. **On ne peut pas empêcher les associations d'idées** (car elles sont le plus souvent inconscientes), mais en ce qui concerne les stéréotypes du patient, aussi instinctifs qu'il puissent être, il faut rester **vigilant** et **conscientiser que ces jugements rapides peuvent nous induire en erreur**, peuvent être **trompeurs** et peuvent être **très dangereux**.

Il relève donc d'un devoir éthique d'**essayer de s'en prémunir**, ou au moins de s'efforcer de **remettre en question** les stéréotypes et les a priori, car la tendance qui vise à stéréotyper les malades peut t'aboutir à une **stigmatisation** du patient **injustifiée** et **injustifiable +++**.

Restons donc **extrêmement vigilants pour ne pas nous laisser guider par nos idées préconçues** à l'égard d'un patient qui présente telle ou telle caractéristique !!

Par exemple :


- Le patient des problème cardiaque, car il est obèse, c'est de sa faute
- Le patient est dépressif donc les douleurs physique dont il se plaint sont dans sa tête
- Le patient n'a pas fait d'études supérieures, donc il n'est pas capable de comprendre la nature de sa maladie, donc ça ne vaut pas la peine de lui expliquer

La présomption que le patient puisse être « responsable de sa maladie », incapable de la comprendre, ou encore qu'il s'invente des symptômes est **déraisonnable** car elle porte **gravement atteinte à la dignité de la personne et au respect du malade**. De tels stéréotypes peuvent aussi nous exposer au risque de **passer à côté du véritable problème** dont on souffre le patient et de le **priver ainsi de soins**

N'oublions pas les ravages causés par le passé, en voulant **attribuer une origine psychologique ou mentale à diverses pathologies +++**.

Par exemple :

- Il n'y a pas si longtemps, on pensait que les ulcères gastriques apparaissait chez des personnes incapables de contrôler leur anxiété (*d'où l'expression « je vais me faire un ulcère à l'estomac », lorsque l'on est trop stressé*). Aujourd'hui on sait que c'est dû principalement à une bactérie.
- Le psychanalyste Freud considérait que les convulsions hystériques cachait des frustrations sexuelles inconscientes.
- D'autres médecins ont accusé pendant longtemps les mères d'enfants autistes de ne pas avoir suffisamment cajolé leur bébé.

 Dans tous ces cas, on **renvoyait la faute sur le patient** ou bien sur son entourage : à la souffrance provoquée par la maladie, s'ajoutait la **culpabilité de s'en sentir responsable**, sans rien pouvoir faire pour améliorer la situation.

⚠ On ne prétend évidemment pas que le mental n'interfère pas avec le physique, cependant, il faut rester sur ses gardes et **éviter les amalgames entre le type de maladie et le type de personne**.

IV) AUTRES ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX

- Nous avons vu que le respect de la dignité du patient, passe par le **respect de son autonomie et de ses choix**.
- Nous avons aussi considéré l'importance de **l'écoute du patient**, et l'importance de **se méfier des amalgames et des idées reçues**, qui tendent à **assimiler le patient à sa maladie dont il souffre** (*le patient serait responsable de sa condition*).

Il nous reste à présent à voir deux autres éléments cardinaux dans le respect de la dignité humaine :

- Le premier, c'est de comprendre que respecter la dignité de la personne peut-être **plus difficile, si le patient vient d'un autre pays, d'une autre culture avec d'autres normes sociétales, donc d'autres types de valeurs que les nôtres +++**.
- Le second, c'est la question de **comment respecter la dignité humaine en respectant l'intégrité mentale et physique de la personne +++**, et cela nous mène aux questions les plus **sensibles** et les plus **difficiles** en bioéthique, à savoir celles **autour de la vie et de la mort**.

Puisque ces questions autour de la vie et de la mort sont **très influencées par nos valeurs et par les sociétés et les cultures** auxquelles nous appartenons, commençons par considérer ces différences de culture, et comment elles peuvent interférer avec les soins :

Si en France, un médecin s'occupe d'un patient français, de langue maternelle française et ayant grandi en France, il peut supposer que le patient va comprendre ce qu'il lui dit, qu'il est au courant de comment se passent les consultations en France et qu'il partagent tous les deux les mêmes références sociétales et culturelles.

La suite de l'exemple sur la page suivante...

Maintenant, toujours en France, imaginons un médecin homme, qui reçoit une femme d'âge moyen et sa fille adulte, récemment arrivées comme réfugiées en France. La patiente (la mère) ne parle pas un mot de français, mais sa fille se débrouille pour faire l'interprète. D'emblée, la fille vous demande de voir un médecin femme. Vous leur expliquez que ce n'est pas possible car il n'y en a pas ce jour-là. Ensuite vous demandez où est-ce que la dame a mal : la fille vous répond que sa mère a mal au ventre. Vous demandez alors si la douleur est forte ou difficile à supporter et la fille vous répond que non. Vous proposez donc un examen clinique. La fille vous répond que sa mère ne veut pas être touchée et qu'elle veut simplement un médicament pour son mal de ventre. Là, vous commencez à vous énerver, et vous lui répondez qu'il est impossible de prescrire un médicament, sans savoir de quoi la patiente souffre. La fille s'offusque, et vous répond que dans son pays, une femme médecin aurait su exactement quoi faire.

Or, ce que vous ne savez pas, c'est que dans le pays dont ces femmes sont originaires, une patiente est toujours examinée par une femme et les hommes ne doivent jamais la toucher. Dans leur culture, avoir mal au ventre peut signifier des douleurs gynécologiques, car par pudeur, on ne fait jamais référence aux parties génitales ou à la santé sexuelle. Enfin, dans cette culture, dire qu'on a mal est un tabou, car on est censé supporter la douleur que Dieu nous envoie.

En réalité, cette patiente avait été violée pendant son voyage vers la France, et elle était venue à l'hôpital en urgence avec l'idée qu'elle aurait automatiquement accès à une femme médecin, que cette femme comprendrait implicitement ce qu'il s'était passé, où elle avait mal, et qu'elle ferait les examens nécessaires.

Ainsi, même si l'on attend pas d'un médecin qu'il connaisse les pratiques et les valeurs de cultures étrangères, il convient de reconnaître, **dans l'intérêt du patient**, lorsqu'il peut y avoir un **problème de communication ou de compréhension** dû à des **différences culturelles** +++.

V) CONCLUSION

Le respect de la dignité humaine a donc de **très nombreuses facettes** : il passe par les **valeurs de la société** et de la **culture**.

Mais la dignité humaine, relève aussi de la **subjectivité** : **chacun vit sa dignité et celle de ses proches autrement** +++ :

- Certaines personnes vont ressentir une perte de dignité, lorsqu'elles deviennent dépendantes d'autrui, mais ce n'est pas le cas pour tout le monde.
- D'autres personnes vont ressentir une perte de dignité si on leur ampute une jambe par exemple, mais pour d'autres, leur handicap, n'interférera pas avec leur dignité.
- Encore, d'autres personnes peuvent considérer qu'une mort en soins palliatifs, même lorsque la douleur est contrôlée, porte atteinte à leur dignité, mais encore une fois cette vision des choses n'est pas universelle.

Enfin, nous avons tous notre **propre approche** et notre **propre ressenti** au niveau de la **pudeur**.

Résumé des points essentiels : ++++

- Le respect de la dignité humaine s'articule principalement autour des deux premiers piliers de la bioéthique : **l'autonomie et la bienfaisance.**
- Respecter la dignité humaine, c'est avant tout :
 - Respecter le patient en tant que **personne avec ses propres valeurs** ;
 - Reconnaître le **libre arbitre** du patient, en ce qui concerne ses préférences de traitement ;
 - Permettre aux patients s'ils le souhaitent **d'accéder à toutes les informations** le concernant, mais aussi concernant la maladie dont il souffre et les soins proposés
- Respecter la dignité humaine, c'est aussi s'assurer du **consentement éclairé** du patient
- Il faut se souvenir que la dignité est vécue **subjectivement**, et donc différemment selon la personne, la culture et les normes sociétales

Respecter la dignité d'autrui, c'est avant tout faire preuve d'humilité en supposant que nous saurions par définition ce qui est « bon » pour lui.

VOILÀ !!! C'est la fin pour ce cours, je vous mets les exercices de la prof sur la page juste après...

Avant toute chose, voici les dédis 🎉

Dédi à Norah aka Norahdrénaline et à ses rencontres toujours aussi farfelues

Dédi à Janna aka Jannastomose qui a pas vu l'anat depuis 2 ans (18 fois qu'elle le répète)

Dédi à Gaël qui va un peu trop aux toilettes à mon goût (petite vessie)

Dédi à Score ASIA que je croyais québécoise au début de l'année

Dédi à Marion aka Marionblaste et à sa collection de tubes de vinaigrette sodebo (placement de produit)

Dédi à moi-même (oui mon ego est plus gros que mon ventre)

Dédi à Lisa, Lilou et Safa

Dédi à Vaïana qui est ma foi très sympathique

Dédi à Charlotte et Marwa et leur fac de maïeutique en piteux état

Dédi à Ralph, Louis, Nathan et Malik qui vont défoncer le S2 (et qui ont pas intérêt à impasser l'éthique)

Maintenant les anti-dédis :

Anti-dédi à l'éthique (boycott de ma propre matière) J'EN PEUX PLUS DES NOUVEAUX COURS

Anti-dédi aux horaires matinaux

Anti-dédi aux babybel c'est immonde

Anti-dédi à la BU pasteur, cet endroit est morbide

Anti-dédi à Macron

Bon allez, trêve de plaisanteries, place aux exercices !!!

QRU 1 : Un accidenté grave de la route arrive aux urgences et va devoir subir une opération très risquée. Dans cette situation, l'ordre des priorités devrait être :

A) 1/ se renseigner pour savoir si le patient a enregistré ses volontés en cas d'urgence, par ex : pas d'acharnement thérapeutique, ne pas ressusciter... (la non-malfaisance et l'autonomie)
2/ contacter les proches du patient afin de prendre les décisions qui pourraient s'imposer (le consentement éclairé - l'autonomie différée)
3/ procéder à l'opération et placer en comma artificiel (la bienfaisance)

B) 1/ procéder à l'opération et placer en comma artificiel (la bienfaisance)
2/ se renseigner pour savoir si le patient a enregistré ses volontés en cas d'urgence, par ex : pas d'acharnement thérapeutique, ne pas ressusciter... (la non-malfaisance et l'autonomie)
3/ contacter les proches du patient afin de prendre les décisions qui pourraient s'imposer (le consentement éclairé - l'autonomie différée)

C) 1/ contacter les proches du patient afin de prendre les décisions qui pourraient s'imposer (le consentement éclairé - l'autonomie différée)
2/ procéder à l'opération et placer en comma artificiel (la bienfaisance)
3/ se renseigner pour savoir si le patient a enregistré ses volontés en cas d'urgence, par ex : pas d'acharnement thérapeutique, ne pas ressusciter... (la non-malfaisance et l'autonomie)
4/ contacter les proches du patient afin de prendre les décisions qui pourraient s'imposer (le consentement éclairé - l'autonomie différée)

QRU 2 : Des triplés, naissent très prématurés. On parvient à sauver leur vie, mais on ignore de quel maux il pourrait souffrir s'il survivent. Cependant, l'expérience montre qu'il est peu probable que ses enfants se développeront normalement. Lequel de ces énoncés correspond mieux à votre appréciation de la situation ?

A) Sauver la vie et la chose la plus importante, peu importe ce qu'il adviendra après
B) Les progrès de la science font qu'on est à même de conserver des vies de plus en plus prématurées, sans pour autant pouvoir, garantir une qualité de vie aux êtres maintenus artificiellement en vie
C) Il suffit de demander aux parents ce qu'ils souhaitent

QRU 3 : une femme enceinte apprend qu'elle a une maladie cardiaque et que la grossesse peut mettre sa vie en danger. Vous souhaitez l'aider à prendre une décision sans pour autant l'influencer indûment. Quelles sont les principaux éléments à prendre en compte ?

A) L'âge de la patiente / si elle a d'autres enfants / le stade de la grossesse
B) La probabilité de complications mortelles de cette maladie pendant la grossesse / les valeurs de la patiente / son désir de maternité
C) Si sa religion permet l'avortement / si son mari est au courant / si elle est tombée enceinte par accident

QRU 4 : Indiquez la proposition exacte :

- A) Du modèle paternaliste du médecin qui savait, par définition, ce qui est bon pour le patient, nous sommes passés au XXI^e siècle, à une vision de partenariat entre le malade et le soignant, puisque chacun a ses connaissances et chacun son rôle à jouer
- B) La dignité humaine, c'est avant tout respecter la pudeur du patient
- C) Le respect de la dignité humaine, s'appuie avant tout sur les deux piliers de la bioéthique que sont la bienfaisance et la justice

QRU 5 : Afin de ne pas stéréotyper, voir stigmatiser un patient, il convient de :

- A) Ne pas faire l'amalgame entre la personne et la maladie dont elle souffre
- B) Ne faire aucune association d'idées
- C) Respecter le secret médical et ne pas lui dire de quoi il souffre

QRU 6 : Choisissez l'énoncé qui vous paraît le plus correct

- A) La conception que l'on a de la dignité humaine est à la fois subjective et culturelle. Elle peut aussi évoluer en raison de notre âge et de notre vécu.
- B) Pour préserver la dignité humaine, il faut toujours être parfaitement transparent avec le patient

CORRECTION**QRU 1 : B**

- A) Faux
- B) Vrai : par ordre de priorité, il faut d'abord essayer de sauver le patient (comme on est en situation d'urgence) et respecter sa volonté (autonomie) avant de demander celle des proches
- C) Faux

QRU 2 : B

- A) Faux : on doit TOUJOURS réfléchir aux conséquences
- B) Vrai : les progrès de la biomédecine introduisent aussi de nombreux problèmes éthiques qui n'existaient pas auparavant
- C) Faux : non, on doit penser aussi aux conséquences pour les enfants etc...

QRU 3 : B

- A) Faux : ces informations peuvent être utiles mais il s'agit avant tout d'aider la patiente en lui apportant le plus d'éléments. Il faut estimer le niveau de risque parler avec elle de ses valeurs et il faut parler avec elle de la maternité (a-t-elle d'autres enfants ? pourrait-elle penser à l'adoption ? etc...)
- B) Vrai : il faut aider la patiente en lui apportant le plus d'éléments d'objectifs pour l'assister dans ce choix difficile
- C) Vrai : ces informations peuvent encore une fois être utiles, mais ce n'est pas la priorité

QRU 4 : A

- A) Vrai : la démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de **partenariat** avec le patient est proche et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle +++
- B) Faux : pas seulement, il faut prendre en compte les valeurs, les choix, le consentement et l'intégrité physique et mentale du patient
- C) Faux : le respect de la dignité humaine, passe bien par la **bienfaisance** à l'égard du patient, mais également par l'**autonomie** qui veut que chaque personne puisse faire ses propres choix

QRU 5 : A

- A) Vrai : +++ par exemple il ne faut pas faire la amalgame entre l'obésité et une personne qui ne saurait pas se restreindre en matière d'alimentation (l'obésité peut être due à d'autres facteurs)
- B) Faux : on peut pas complètement s'affranchir des associations d'idées car elles sont souvent inconscientes
- C) Faux : aucun rapport, le secret médical ne s'impose pas vis-à-vis du patient !!!

QRU 5 : A

- A) Vrai : la conception que l'on a de la dignité humaine est inculquée avant tout par nos valeurs, et celles de la société à laquelle on appartient
- B) Faux : non, on doit s'adapter à chaque profil, car chaque patient est un être unique