

SFTG 77/91

8 juin 2010

Éthique médicale au cabinet du Généraliste

-Objectif principal :

Améliorer sa pratique de manière éthique
dans les prises des décisions médicales difficiles.

-Objectifs secondaires :

Connaître les grands principes d'une décision éthique

Animateurs:

André Quetil

Anne Carole de Singly

Médecins généralistes

Outils pédagogiques : cas cliniques

Documentations : site Internet <http://www.sftg7791.fr/>

Supports pédagogiques : power point

Organisateur : Dr. André Quetil : dr.andre.quetil@wanadoo.fr

Éthique Médicale :

■ La déontologie:

(du grec « deon » : ce qu'il faut faire)

- c'est la norme, juridiquement obligatoire, la formulation de règles, tournée vers le disciplinaire.
- Elle renvoie à une contrainte imposée de l'extérieur, elle appartient au domaine du droit.

■ L'éthique :

(du grec « *ethos* » qui signifie « *manière de vivre* »)

- fait l'examen de la justification rationnelle de nos jugements moraux,
- Cette réflexion sur la Morale qui se situe en amont, est liée aux valeurs, juridiquement facultatives.
- C'est un questionnement, une démarche positive et identitaire qui concerne le « cas de conscience »



Les 4 grands principes d'une décision éthique

- **Autonomie** : le choix du patient
- **Équité** : Principe de Justice
- **Bienfaisance / Malfaisance** : Rapport bénéfice
risque → Perte de chance
- **Légalité** : rester dans le cadre légal

A une condition : Permettre au soignant de rester en accord avec ses propres valeurs, sa propre morale > **respecter la clause de conscience**



Situations cliniques abordées

- **Conflits d'intérêts:** Quand le médecin est juge et partie
- **Tests génétiques :** quels enjeux individuels et collectifs, quelles conséquences
- **Secret médical :** Quand un risque collectif existe et que l'information n'est pas partagée
- **Vérité au patient :** du droit à l'information à la complexité de l'annonce dans la maladie grave
- **Refus de soins:** Limitation et arrêt thérapeutique

Principe d'équité :

Principe de Justice



Conflits d'intérêts

Conflit d'intérêts : *M. Portugais*

- Maçon en longue maladie (> 6mois) pour lombalgie chronique invalidante en AT, vous consulte avant son départ en vacances au Portugal pour sa prolongation d'arrêt de travail
- Il vous offre 2 bouteilles de Porto (rouge et blanc) et vous demande un certificat lui permettant de quitter son domicile pour ses congés...!
- Vous acceptez le Porto ! Et rédigé le certificat !

Votez !

Conflits d'intérêts: *Mme Pourquoiipas*

- Votre employée (pour le ménage) du cabinet médical vous consulte pour une éventuelle prolongation d'Arrêt de travail 3 mois après la pose d'une PTH.
- Son chirurgien lui aurait précisé de voir désormais avec son médecin traitant pour une prolongation si besoin.
- Cliniquement et radiologiquement tout va bien mais elle souffre encore un peu.
- Son absence est difficile à remplacer au cabinet et si elle doit s'arrêter souvent ensuite..!
- Vous proposez une reprise du W sans prolongation

Votez !



Conflits d'intérêts

- Toute situation qui met en difficulté un médecin pour accomplir une tâche avec impartialité
 - Intérêts personnels en concurrence avec sa mission
- >> Obligation de transparence
- >> Conséquences: confiance altérée



Exemples de conflit d'intérêts

- Être juge et partie
- Contrat avec soi même (propharmacien)
- Intérêts familiaux
- Cadeaux
- Soumission (Industrie Pharma, Capi ...)
- Acteur partie prenante dans l'entreprise

Principe de Bienfaisance / Malfaisance :

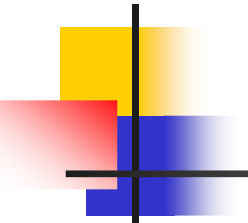
Rapport bénéfice / risque

Perte de chance

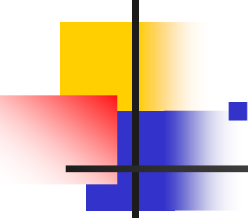
Les tests génétiques

Tests génétiques

Difficultés éthiques

- 
- C'est le fait d'annoncer un événement pathologique pouvant survenir chez un individu bien portant
 - But : mesures pour éviter, atténuer ou retarder son apparition
 - Quels bénéfices / risques pour l'individu ? la société ?
 - Quelles dérives possibles ?

Quels tests génétiques ?

- 
- **Test diagnostic:** Ex mucovicirose, hémophilie
 - **Test présymptomatique:** Ex maladie de Huntington
 - **Test d'identification :** Ex anomalie génétique récessive transmissible (Béta thalassémie, mucovicirose)
 - **Test de prédisposition :** Ex pour les maladies poly géniques (Gène BRCA 1 et 2)

Pour quels individus:

- Les malades,
- les asymptomatiques,
- les futurs parents,
- les embryons, les foetus

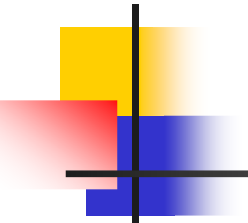
Médecine prédictive: Tests génétiques :

Dr Tousavoir

- Il est du devoir de tout médecin d'inciter à faire un test génétique par le biais éventuellement d'une consultation spécialisée dans les cas suivants:
- Test pré symptomatique (Ex : M de Huntington, Hémochromatose)
- Test d'identification (Ex : Béta thalassémie, Mucovisidose)
- Test de susceptibilité (Ex : Test BRCA 1 et 2 dans le cancer du sein familial)
- **Votez !**

Tests génétiques:

Questions à se poser avant



- **Autonomie du sujets:** Pb des Mineurs, Majeurs protégés
- **Cadre légal :** Ex Recherche de paternité uniquement en France à la demande des tribunaux. Mais offre étrangère sur Internet !
- **Bénéfice / Risque** parfois très différent
 - Hémochromatose asymptomatique > don du sang
 - Maladie de Huntington
- **Quelles conséquences:** Ex HT 21, BRCA 1 et 2

Principe de Bienfaisance

(Malfaisance)

Perte de chance

Le secret médical

Secret Médical: *Melle Candide*

- Melle Candide 25 ans prend sa contraception orale de façon irrégulière, (ATCD d'IVG)
- Elle souhaite avoir rapidement un enfant de Héros
- Héros que vous connaissez, (ancien ?) toxicomane, séropositif VIH, n'a toujours pas révélé sa séropositivité à Candide ayant peur de la perdre malgré votre insistance dernièrement
- Vous mettez en garde Candide sur la nécessité de faire un certain nombre d'examens avant de mettre en route cette grossesse en particulier un test VIH

Votez !



Difficultés posées

- Contradiction entre 2 principes éthiques :
 - la perte de chance pour
 - La partenaire (si non contaminée)
 - Le future enfant (traitement possible éventuel)
 - L'obligation de secret du médecin
pas de dérogation au secret médical dans ce cas

Principe d'Autonomie

Refus de soins

Vérité au patient

Refus de soins: *M. Maison*

- 82 ans, sa femme est placée en institution pour démence sévère depuis qq semaines, ne le reconnaît plus.
- Seul, diminué, dépendant, il a depuis longtemps une sonde de gastrostomie pour complément alimentaire, ayant des troubles de la déglutition depuis une nécrose laryngée après une intubation prolongée.
- Il est dénutri, amaigrit et refuse ou interrompt très souvent son alimentation alimentaire malgré l'aide des Infirmières.
- Il refuse catégoriquement et à plusieurs reprises une hospitalisation pour prise en charge de sa dénutrition majeure
Je ne finirai pas comme ma femme !

Vous le faites hospitaliser avec l'aide de ses enfants
contre son avis **Votez !**

Refus de soins : *M. Delair*

- 58 ans, Marié, atteint d'une SLA, sa fonction respiratoire est très précaire. A la moindre surinfection, il est en insuffisance respiratoire aiguë et hospitalisé en réanimation.
- Plus aucun effort même minime n'est possible. Il est limité au fauteuil et à quelques pas.
- Se pose la question d'une trachéotomie définitive
- Il refuse cette perspective ! Il vous demande de ne plus l'hospitaliser craignant que la trachéotomie ne lui soit imposée alors qu'il ne serait plus libre voir inconscient.
- Vous lui proposez de décider le moment venu, avec sa femme (personne de confiance désignée) quelle solution sera la meilleure

Votez !

Dire la Vérité : *Mme Mavie*

- Porteuse d'une colostomie depuis le traitement d'une fistule vagino rectale maintenant tarie, secondaire à un cancer colique actuellement asymptomatique cliniquement depuis la fin de sa chimiothérapie
- 52 ans, divorcée depuis 3 ans, elle porte seule sa maladie et veut refaire « sa vie » avec un nouveau compagnon présent maintenant dans sa vie,
- Mais cette foutue poche n'arrange pas les choses ! Dure la lune de miel !
- Elle est décidée à faire rétablir la continuité et c'est sans appel !
- Et pourtant les marqueurs s'élèvent à nouveau !

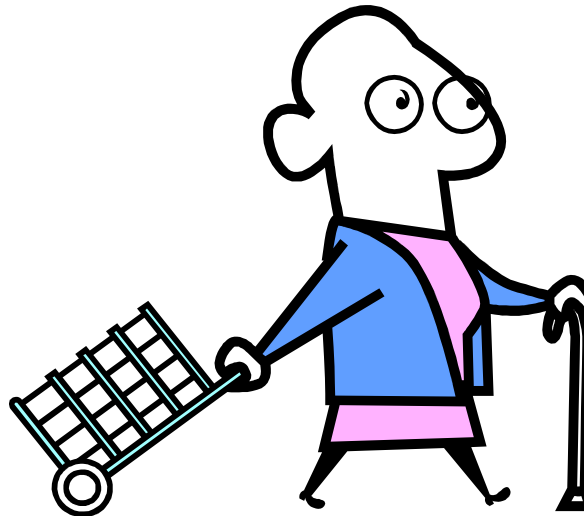
Vous lui expliquez que ce n'est pas raisonnable et vous vous opposez à son choix **Votez !**

AUTONOMIE



Faculté mentale et raisonnée
d'exprimer des choix de vie personnels

DÉPENDANCE



Nécessité d'une aide extérieure
pour réaliser satisfaire un besoin
fondamental

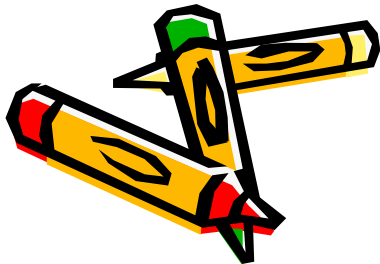
Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- « Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.
- Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus...
- « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

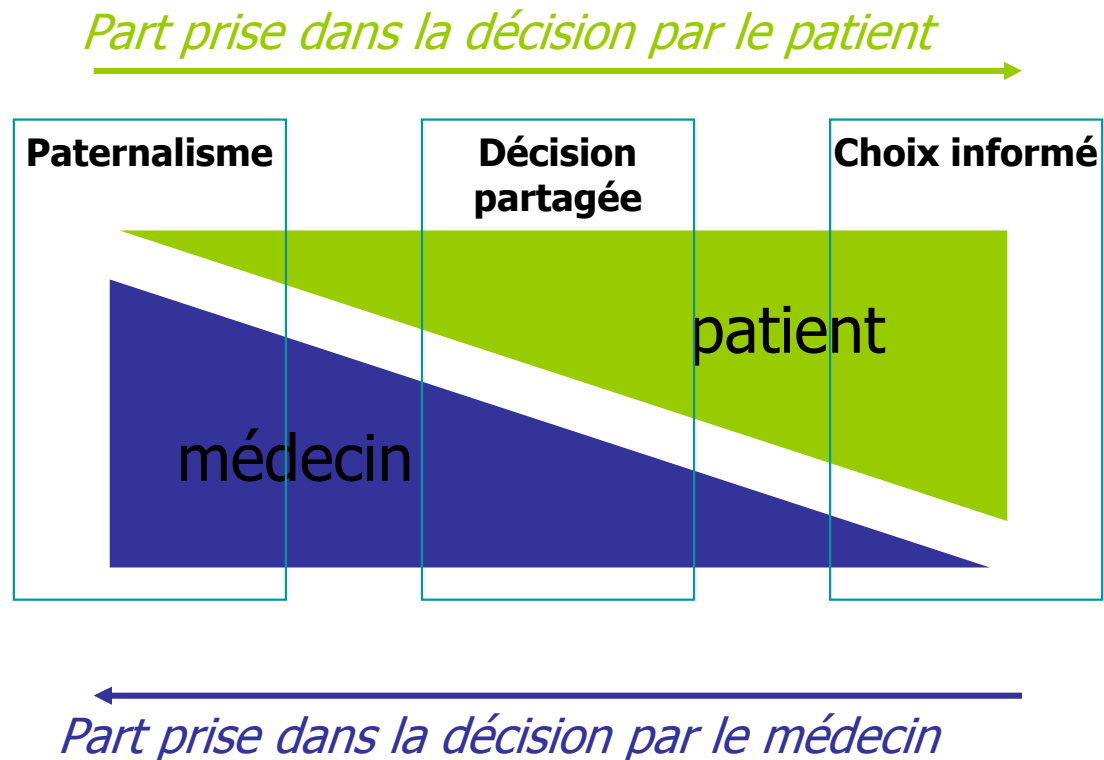


Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

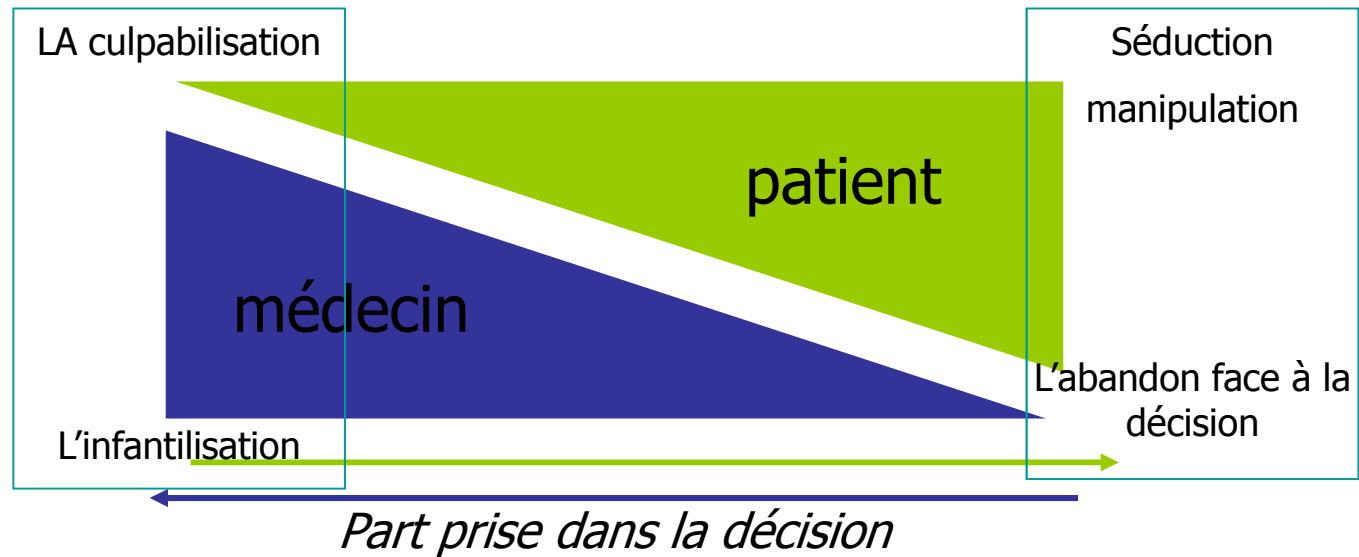
- « Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
- « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.
- « 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.



L'implication des patients : une interaction à géométrie variable



Risques pour les patients: paternalisme <-> choix informé





Mécanismes du refus

- A Vouloir PLUS on récolte MOINS, c'est la restriction cognitive décompensée ou le phénomène de la réactance psychologique
- Le progrès augmente la complexité des prises en charge
- C'est l'incertitude des soignants en particulier dans les pronostics qui ouvre l'espoir au soigné et pas l'inverse
- Ce n'est pas facile de se déterminer quand on est malade !
- Chez un malade, la vulnérabilité est génératrice de marginalisation, source d'exclusion et donc de refus
- Refus = souvent secondaire à une perte de sens et rupture du lien

Quelques études

- **Différencier deux points dans l'autonomie du patient :**
le désir d'information
le désir de participer à la décision médicale
car les patients ont souvent une attitude divergente.
(Moumjid-Ferdjaoui (2000))
- **Le désir d'information du patient est presque constant,**
et la majorité des patients a un comportement actif de recherche
de l'information
(Ende et al, 1989).
- **Cependant, en position de vulnérabilité,**
certains patients ne recherchent pas l'information
alors qu'ils déclarent vouloir être informés
(Ryan,1992).
- **Des études sur la qualité de l'information et les modalités de cette
information au patient relèvent une qualité insuffisante de cette
information**
l'information écrite peut, par des effets de présentation entraîner
des décisions différentes.
(Coulter et al, 1998)

Devoir d'informer / droit d'ignorer

Ne passons pas :

de la dictature du « non-dit »,
à la dictature du « tout dire »

- Bien dire, c'est d'abord écouter, laissons le malade nous montrer la voie
- Il n'existe pas d'annonce anodine
- S'approcher au plus près de la réalité psychique du malade
- La relation soignant (médecin)-malade n'est ni égale ni symétrique. Dans l'annonce le rôle du médecin se tient à la place où il est attendu par le malade.
- Seule la vérité peut-être dite, mais seulement au rythme du patient
- Concilier information, loyauté et humanité

Les règles d'or de l'annonce

d'après I Moley Massol

- Une information progressive, petit à petit
- Une information cohérente, une communication sincère et vraie:
Ne rien dire qui ne soit vrai.
- Une information compréhensive, adaptée à chaque patient, à sa demande, respectueuse de ses mécanismes de défense
- Une information répétée
- Ouverte vers un espoir réaliste
- Donnant des objectifs à court terme
- Aidant à construire de nouveaux projets de vie

Principe de Légalité

Limitations Thérapeutiques

Limitation traitement : *M. Jean EMAR7*

- 45 ans grabataire en échappement thérapeutique d'une LLC
« Stop ! je me retire... » :
C'est la demande réitérée du patient d'arrêter les traitements curatifs inefficaces (chimio orale), les soins de support sans fin (transfusion X 2 / Semaine), conscient du pronostic, de la charge, du calvaire qu'il inflige à ses proches
- et... à coté un conjoint pas encore résigné à laisser partir l'être cher... qui s'alcoolise en cachette pour tenir... et demande le maintien des transfusions ! Au nom de ses enfants ...
- Vous accédez à la demande de Monsieur **Votez !**

La vérité, à qui ? : *M. Cesmoi*

- Sa femme autonome mais dépendante en phase terminale d'un cancer évolué est hospitalisée en HAD régulièrement pour la prise en charge d'une chimiothérapie lourde qui entraîne des effets secondaires importants et dangereux (vomissement, anorexie, aplasie transitoire...)
- Elle est en échappement thérapeutique
- Elle a désigné son mari comme personne de confiance. Mais la communication est de plus en plus difficile dans le couple, chacun se mure dans sa souffrance et son silence !
- Celui-ci refuse qu'on aborde avec sa femme son pronostic désastreux et l'inutilité de son traitement. « Il faut lui laisser de l'espoir et continuer »
- Vous maintenez la Chimiothérapie à domicile prescrite initialement **Votez !**

Perte de chance : *Mme P. M*

- 90 ans en EHPAD depuis 5 ans,
- atteinte d'une démence dégénérative très sévère (MMS infaisable et donc <3) quasi mutique mais encore déambulante,
- a présenté des pertes de connaissance à 2 reprises brutales entraînant la chute et des contusions
- Un ECG au décours alors qu'elle a repris connaissance montre un BAV II
- Vous appelez la famille, qui désespérée s'en remet à votre décision.
- Mme n'a pas laissé de directives anticipées.

Vous décidez de pas proposer la mise en place d'un stimulateur cardiaque **Votez !**

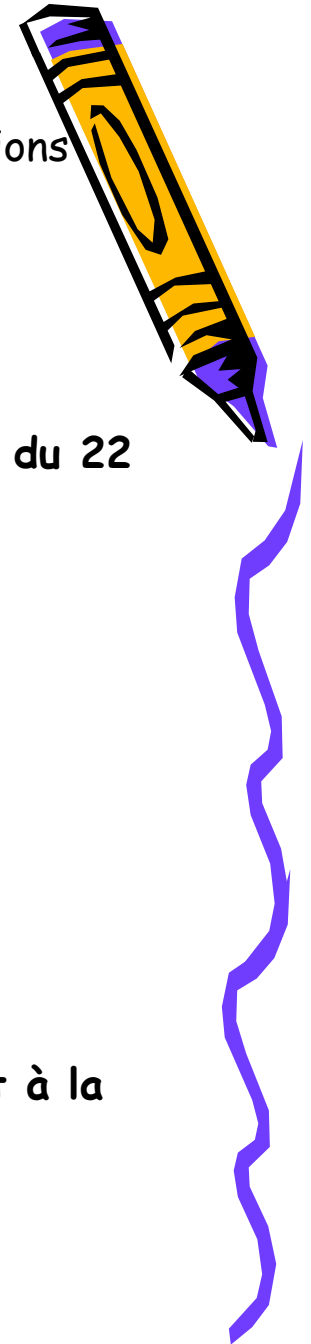
Textes officiels

- Rapport de la Mission Léonétti remis le 2 décembre 2008: 20 Propositions
- Décret n° 2006-119 relatif aux **directives anticipées**
- Décret n° 2006-120 relatif à la **procédure collégiale**
- **Loi relative aux Droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 22 avril 2005 Loi Léonétti**

Le texte clarifie ou renforce les dispositions existantes sur

- l'obstination déraisonnable
- l'obligation de dispenser des soins palliatifs,
- sur le double effet,
- sur la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie,
- sur la collégialité de la décision de l'arrêt de traitement du malade inconscient,
- sur la procédure d'interruption ou de refus de traitement,
- sur le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie,
- sur la personne de confiance.
- Elle instaure les directives anticipées relatives à la fin de vie.

- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Loi Kouchner**

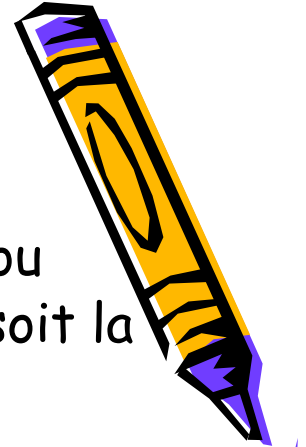


Respect de la volonté du malade en fin de vie (Art 4)

- « Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

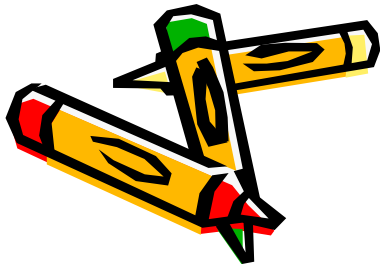
- « Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.



Directives anticipées (Art 7)

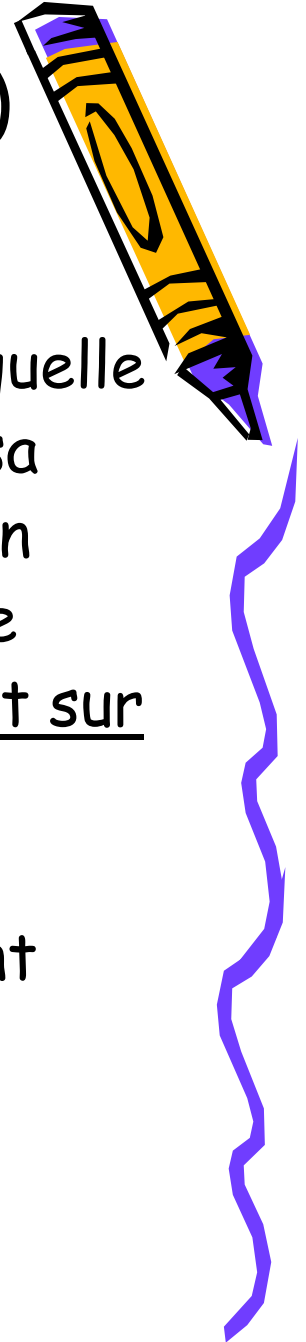
- « Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant... »



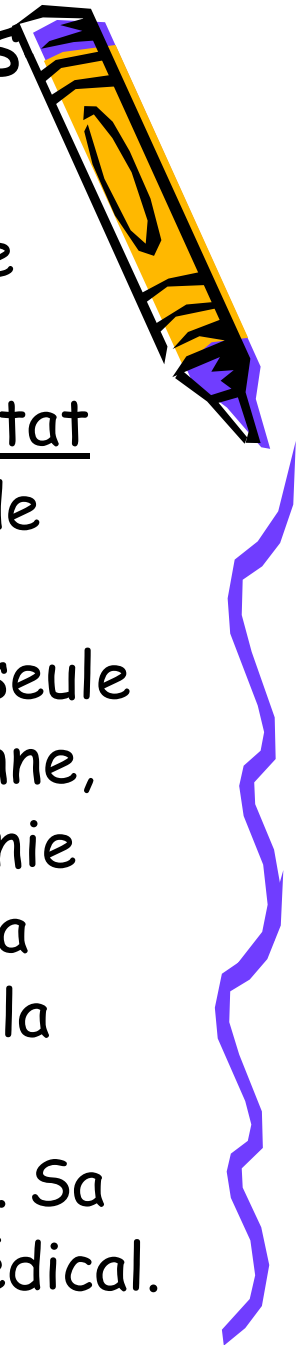
« Personne de confiance » (Art 8)

- «- Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »



LATA: limitation ou arrêt de traitements actifs (Art 5 et 9)

- « Art. L. 1111-13. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.





Quelques précisions: LATA

- C'est le fait d'arrêter, de ne pas majorer ou de ne pas entreprendre un ou des traitements. La nutrition artificielle tout comme l'hydratation artificielle est un traitement
- L'objectif est de servir la qualité de vie du malade
- Ce n'est pas un abandon de soins !



Obstination déraisonnable

- Les actes de prévention, d'investigations ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances actuelles, faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté
- S'il n'ont d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.
- Le médecin doit dispenser des soins palliatifs.
- Toute décision médicale doit servir la sécurité, la qualité de vie et l'efficacité

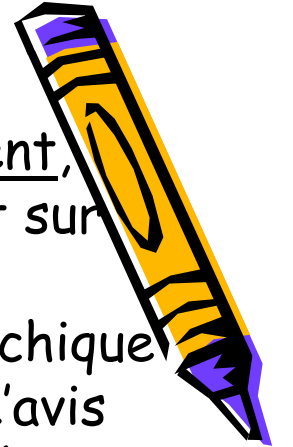


Euthanasie

- Administration volontaire, à la demande d'une personne incurable, d'un prodiit mettant rapidement fin à sa vie, afin d'abrégger ses souffrances.
- Tout acte visant à provoquer délibérément la mort d'un sujet.
- L'arrêt ou la limitation des traitements ne constitue pas une pratique euthanasique

Décision collégiale

- « La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.
- « La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. »
- « La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »



4 situations différentes 2 procédures différentes

	Malade en <u>capacité</u> d'exprimer sa volonté	Malade en <u>incapacité</u> d'exprimer sa volonté
Malade maintenu artificiellement en vie	<u>Obligation</u> de respect de la décision du malade (art 4)	<u>Possibilité</u> de limitation ou d'arrêt. Décision collégiale intégrant les indications des souhaits du patient (art 5)
Malade en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable	<u>Obligation</u> de respect de la décision du malade (art 5)	<u>Possibilité</u> de limitation ou d'arrêt. Décision collégiale intégrant les indications des souhaits du patient (art 7, 8 et 9)



La souffrance des soignants

- Le soignant s'annonce d'abord à lui-même la mauvaise nouvelle
- Renoncement au fantasme de la réparation.
(A vouloir tout solutionner)
- Deuil de la toute puissance. (Savoir passer la main, sans rejeter, sans abandonner)
- Reconnaissance de ses propres limites, de sa souffrance, de sa vulnérabilité



Mécanismes de défense des soignants

- Le mensonge
- La banalisation et la dérision
- La fausse réassurance
- La rationalisation et l'évitement (jargon médical)
- La fuite en avant
- L'identification

En conclusion

L'éthique n'est pas contemplative.

Elle est l'exercice d'une morale active,

en quête d'un point d'équilibre

entre la compassion et la raison.