

Edito

L'éthique au sein d'une équipe de soins : pour la recherche d'une éthique du talent

Il apparaît que l'éthique médicale se situe aujourd'hui très largement dans une dialectique entre la Loi et la Liberté, et dans une opposition assez pauvre entre éthique de conviction, qui serait basée sur des certitudes morales, et une éthique de responsabilité évaluant avec doute et précaution les conséquences de nos décisions.

Le risque est de réduire les questions éthiques aux choix de conscience en situations extrêmes : début et fin de vie, maladies dégénératives en perte d'autonomie, grossesse pour autrui... Or ce qui regarde le vivre ensemble, le travail collectif, la construction d'une équipe de soin efficace, qui relèvent du **"management"**, de la formation institutionnelle, et du développement personnel... sont tout autant du domaine de l'éthique, et de **l'éthique au travail !**

Une vision plus large de l'éthique doit appréhender le comportement du professionnel dans sa dimension humaine globale, c'est à dire au carrefour de son corps avec sa raison, son psychisme, sa spiritualité.

Communiquer avec le patient, sa famille, respecter leur intimité, leurs convictions, accueillir sans discrimination la précarité et le handicap... font partie de ce "tout humain" nécessaire à la pratique du soin. Pour un responsable, faire face à un conflit au sein d'une équipe, annoncer la maladie grave, la mort, aborder les questions d'argent avec son patient... autant **"d'éthos" (comportements)** qui nécessitent de la part de tous : soignants, patients, familles, une information franche mais parfois incertaine et une communication respectueuse, bienveillante, supportable mais vraie. C'est

la garantie d'une décision libre et partagée dans le respect mutuel.

Aristote décrit l'homme comme un animal "politique", c'est à dire fait pour vivre au sein de la communauté des "hommes", dont il tire sa propre humanité. De façon générale, par notre travail, nous nous rendons mutuellement service. Au coeur de la rencontre avec l'autre dont le visage est unique, mais qui est "homme" lui aussi, se réalise notre épanouissement... tout autant que le sien. C'est dire si notre vie humaine est par essence une vie sociale, une vie dans et par l'autre.

Or ces relations de personne à personne, éminemment subjectives, difficilement mesurables, peuvent être ignorées par des systèmes cherchant à établir une quantification du "travail" dans un souci purement économique. Le risque est grand, sous prétexte de recherche de la **"qualité des soins" réduite de fait à un "hygiénisme matériel et intellectuel"** de tomber (et d'entraîner l'équipe avec soi) dans un enfer relationnel et managérial pavé de bonnes intentions.

Laurent Degos, ancien président de l'HAS disait : "Aujourd'hui, on crée des protocoles pour tout. Il existe des protocoles pour des contrôles, des contrôles de protocoles, des contrôles de contrôles... ce qui conduit à une déresponsabilisation des professionnels. Il faut redonner la possibilité d'anticiper, et valoriser l'esprit d'équipe et le talent "

... C'est à dire faire s'exprimer les **talents au sein de l'équipe**, dans une démarche individuelle et collective, qui peut alors assumer sa **responsabilité humaine et soignante**.

Alain Percivalle, Psychologue - Service des Urgences du CHU de Nice - Bureau de l'EEA



L'éthique au sein d'une équipe de soins



Dossier du mois La collégialité : Une aide à la décision d'arrêt ou de poursuite de traitement lors d'une affection grave

P2

La collégialité:

Une aide à la décision d'arrêt ou de poursuite de traitement lors d'une affection grave



Lorsqu'un patient est hors d'état de s'opposer à une situation d'obstination déraisonnable dans la conduite de son traitement, une procédure collégiale doit être engagée conformément à la loi afin de préserver son intérêt et ses droits¹. Elle est déclenchée à la demande d'un tiers car le patient est inconscient et ne peut donc pas exprimer ses souhaits. Dans un premier cas le **patient n'est pas en fin de vie** (par exemple patient sédaté en réanimation ou dans le coma) mais il n'existe aucun espoir raisonnable d'un retour à une qualité de vie acceptable et digne, malgré la mise en œuvre de thérapeutiques de substitution des fonctions vitales devenues dépourvues de sens et donc en situation d'échec thérapeutique malgré une prise en charge optimale. La procédure collégiale porte alors sur la décision médicale d'arrêter ou de limiter un tel traitement au risque d'abrégier la vie². Dans un deuxième cas le **patient est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable**. Les traitements en cours peuvent être devenus inutiles, disproportionnés ou prolonger déraisonnablement l'agonie. La procédure collégiale porte sur la

décision médicale d'arrêter ou de limiter ces traitements au risque d'écourter une fin de vie inéluctable³. Dans ces situations la procédure peut aussi être sollicitée, sans être obligatoire, pour la mise en œuvre de nouvelles investigations ou thérapeutiques. Elle ne peut pas être engagée en situation d'urgence ou si le patient est conscient et donc capable d'exercer son autonomie en exprimant des choix rationnels.

La réflexion collégiale est un temps de discussion visant à éclairer la conscience du médecin en charge du patient afin qu'il prenne une décision dont il est responsable. La collégialité de la discussion n'entraîne donc pas de dilution de la responsabilité. Le médecin peut engager la procédure collégiale de son propre chef, au vu des directives anticipées rédigées par le patient, à la demande de la personne de confiance désignée par celui-ci et rapportant ses souhaits, à la demande de la famille, ou, le cas échéant, à la demande d'un proche. Un médecin consultant doit être sollicité et celui-ci peut éventuellement participer à la réunion de concertation. Il n'est pas nécessairement expert de la

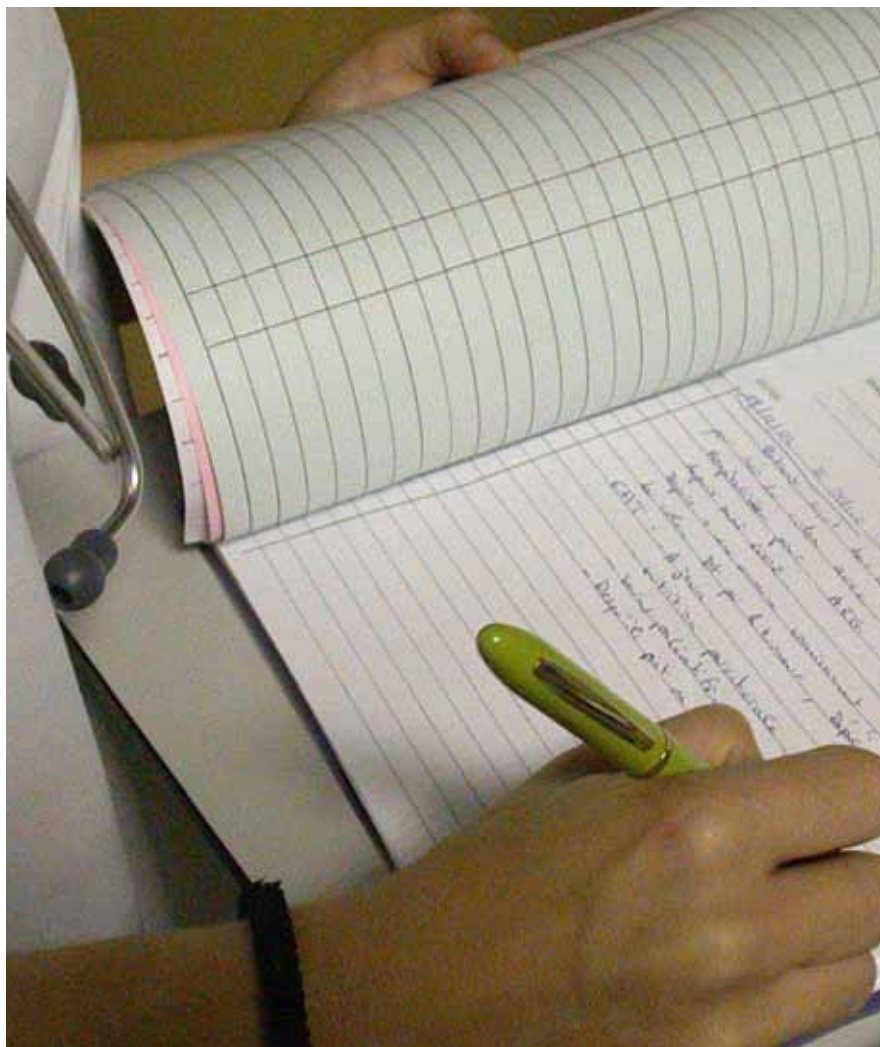
pathologie en cause mais doit en avoir une connaissance suffisante et posséder des capacités professionnelles et humaines éprouvées (recommandation du Code Déontologie Médicale). Il porte un « regard extérieur » sur la situation, échange avec le médecin responsable. Il peut rencontrer la famille, apportant ainsi une garantie d'impartialité dans le processus décisionnel et rédige un avis motivé. Le consultant peut être, par exemple, le médecin traitant du patient ou un médecin d'une autre unité d'hospitalisation. Il ne doit pas exister de lien administratif ou hiérarchique entre le consultant et le médecin responsable du patient. Si le médecin en charge du patient l'estime utile il peut faire appel à un deuxième consultant.

La discussion collégiale est organisée avec l'équipe soignante qui relate les souhaits antérieurement exprimés par le patient ou ses proches. Si le patient est mineur ou majeur protégé, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur est requis. L'équipe pluridisciplinaire médico soignante apporte les éléments médicaux, scientifiques, psychologiques,

relationnels, sociaux, spirituels, légaux, éthiques et administratifs utiles à la conduite de la réflexion. Dans les situations complexes il peut être fait appel à un groupe habitué à ce type de discussion (espace éthique, équipe mobile de soins palliatifs). Aucun de ces éléments n'est en soi décisif ou opposable mais un travail de pondération et de contextualisation permet au médecin responsable de prendre, en conscience, une décision éclairée et motivée. A toutes les étapes la famille et les proches doivent être informés de la mise en œuvre de la procédure collégiale, être écoutés et recevoir des explications claires et adaptées afin de comprendre la nature et les motifs des décisions.

Le **dossier médical** doit comporter : le motif de la procédure collégiale, la recherche des souhaits du patient, l'avis du ou des consultants, le conseil éthique s'il est sollicité ainsi que tous les éléments utiles à la réflexion collégiale, la décision motivée du médecin responsable et le compte rendu formalisé de la réunion de concertation validé par les participants. La mention d'une réunion de concertation et les éléments instruisant la réflexion doivent aussi être tracés dans le dossier de soin. Cette traçabilité témoigne d'une **transparence** qui protège le patient d'une décision médicale solitaire et arbitraire. Le respect de la collégialité met aussi le **médecin responsable à l'abri d'une procédure pénale**.

La procédure collégiale mobilise des principes et des pratiques éthiques de la médecine et du soin. Le principe d'autonomie est fondé ici sur le respect des éléments de preuve d'expression des souhaits exprimés antérieurement par le patient empêché. Le principe de non-malfaisance est matérialisé par la prévention de l'obstination déraisonnable et de l'arbitraire d'une décision ainsi que par le non abandon du patient et de sa famille. Le principe de justice s'actualise par l'égalité de considération faite aux patients dans leurs droits et leurs intérêts quelque que soient leurs capacités cognitives et leur vulnérabilité. Le principe de bienfaisance se révèle dans le respect de la dignité des patients et par la mise



en œuvre de soins palliatifs en relai des soins à visée curative (art.38 du C.D.M.). La mise en œuvre d'une procédure collégiale aboutissant habituellement au décès du patient, il est indispensable de prévoir un **dispositif d'écoute** de la famille, des proches et du personnel qui en éprouve le besoin. L'éthique dans l'argumentation et la nécessité de motiver la décision.

Elle met en présence des rationalités différentes mais complémentaires et consacre la **prééminence de la raison** sur l'émotion. Elle vise à écarter les opinions non argumentées et les simples convictions. Idéalement elle aboutit à une **décision consensuelle** ou tout au moins ne soulevant pas d'objection forte.

On peut espérer qu'une évolution prochaine de la loi ouvre aux soignants la possibilité de solliciter directement une procédure collégiale.

«Le respect de la collégialité de la prise de décision de fin de vie [...] peut permettre de répondre aux craintes les plus intimes des patients comme la peur de mourir dans la souffrance, la peur d'être victime d'une obstination déraisonnable ou au contraire d'une décision de fin de vie arbitraire.»⁴

Dr Olivier.Rabary

Service d'Algologie du CHU de Nice,

Bureau de l'EEA

¹ *Références légales pertinentes : articles L. 1111-4, L. 1111-11, 1111-13, R 1111-20 R. 1111-17 à 20 et R. 4127-37 du Code de Santé Publique*

² *E. Ferrand, F (2002), Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation, 11 : 442-9.*

³ *Devalois, B (2005). Lecture commentée de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. Supplément au BULLETIN de la SFAP n°48. Récupéré de <http://www.sfap.org/pdf/VI-A2a-pdf.pdf>*

⁴ *Quenot. JP (2008) Actualités et mises au point sur le thème : « La collégialité de la prise de décision en fin de vie ». Récupéré de cnsd.cnsr.fr/sites/default/files/texte_jp_quenot.pdf*

Bienvenue

Bienvenue au bureau de l'EEA

◆ Docteur **Michel Kaidomar**, Anesthésiste Réanimateur, Chef du Service de Réanimation du Centre Hospitalier intercommunal de Fréjus-

Saint-Raphael, responsable du Comité d'éthique local.

◆ Professeur **Gilles Bernardin**, Réanimateur médical, Chef du service de Réanimation médicale à l'Hôpital l'Archet, responsable du Pôle de Médecine interne (CHU de NICE).

Agenda

5^e Printemps Ethique « Sexe et Genre » : 20 mars 2015

Ce thème, qui fait l'objet de prises de positions publiques et médiatiques diverses mais volontiers marquées par un défaut manifeste d'information scientifique, sera abordé dans le cadre de l'éthique médicale et des enjeux professionnels pour l'ensemble du secteur médical et de la santé.

Des orateurs et des oratrices renommé(e)s, historien(ne)s, juristes, psychanalystes, endocrinologues, discuteront de l'ensemble des questions éthiques relatives au transexualisme, à l'intersexualisme, à la discrimination sexuelle, à l'orientation sexuelle, à la médicalisation des questions de genre et d'identité sexuelle, afin d'éclairer la pratique de soin et les décisions médicales à la lumière des connaissances actuelles scientifiques pluridisciplinaires

portant sur les notions de genre et de sexe.



◆ **Amphithéâtre Valrose**
(limité à 600 places)

◆ **Préinscription :**
espace-ethique-azureen@chu-nice.fr

Programme:

◆ **9h00 :** Accueil et allocutions de bienvenue

Modérateur : G. DARCOURT.

◆ **9h30 :** Karine LAMBERT, Historienne, MCF d'histoire moderne, Nice, Conférence inaugurale : présentation des notions essentielles.

◆ **10h15 :** Colette CHILAND, Psychiatre et Psychanalyste, « Les grands enjeux autour du transsexualisme ».

◆ **11h00 :** PAUSE

Modérateur : P. GAUDRAY.

◆ **11h30 :** Géraldine AIDAN, Juriste, Chargée de recherches CNRS, PARIS 2, « L'identité psychique dans le genre ».

◆ **12h15 :** Marie – Xavière CATTO, Juriste, Docteure en droit, Nanterre, « L'intersexualité à la naissance, le regard du droit ».

◆ **13h00 :** REPAS

Modérateur : A. QUADERI.

◆ **14h15 :** Michel PUGEAT, Professeur d'Endocrinologie, CHU de Lyon, « La différenciation sexuelle et l'identité du genre ».

◆ **15h00 :** Ivana ISAILOVIC, Juriste, docteure en droit, post-doc en droit économique et en droit international, Université Libre de Bruxelles, « Pour en finir avec la psychiatrisation du transsexualisme ».

◆ **15h45 :** TABLE RONDE et CONCLUSION (Animées par le Professeur P.Y. QUIVIGER – Professeur de philosophie – Université de Nice).

◆ **17h00 :** Fin de la journée

*Herbes de l'été...
C'est tout ce qui reste
Des rêves des guerriers*

Basha



Président : Pr. Dominique Grimaud
grimaud.d@gmail.com
espace-ethique-azureen@chu-nice.fr

N° ISSN : 2259-1370