

Ethique et santé

[Inspiré de C. Gilioli – Réflexions éthiques et pratiques soignantes.
Editions Lamarre]

Christian Toinard
Professeur des Universités en informatique
INSA Centre Val de Loire
Equipe SDS du LIFO

Introduction

- La santé n'est pas un domaine "métier" comme les autres, les composantes éthiques sont au centre des préoccupations
- Il faut comprendre ces aspects éthiques et y répondre :
 - Définir l'éthique de façon générale
 - Histoire de la médecine
 - Aspects éthiques de la médecine
 - Définir le langage et les objectifs du domaine de la santé (différentes acceptions du soin)
 - Définir le réseau des différents acteurs
 - Percevoir les liens entre législation, éthique, déontologie et institutions

Notion d'éthique

Définition de l'éthique

- Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)
 - Didier Sicard :
 - « l'éthique n'est **pas un ordre moral que l'on peut transmettre** comme un corpus auquel les étudiants doivent se soumettre »
 - « la **tentative permanente** d'interrogation sur le sens d'une pratique permettant de faire le lien entre le **bénéfice** ou le **maléfice** suscité par le progrès pour une personne ou une société »
- L'éthique est la **question du respect d'autrui** (notamment lorsqu'il est affaibli)

Définition philosophique [1]

- Paul Ricoeur définit le triangle éthique
 - Rencontre de deux libertés
 - « je » : je suis libre vis à vis de la nature et de ses lois
 - « tu » : rencontre d'une autre liberté
 - Dans un environnement :
 - « il » : contexte de la rencontre (structure, réglementation)
- Pour modifier la relation entre *je* et *tu* il est souvent utile de modifier le contexte *il* (loi du 4 mars 2002 place le patient comme libre et informé)
- L'éthique n'est pas figée, elle évolue

Définition philosophique [2]

- Moyen d'accéder au Bien (téléologie) ou constitue le Bien (déontologie)
- La santé permet elle d'accéder au Bien ou correspond elle au Bien ? (Réponse : non)
- Le Bien n'est pas définissable, il est sociétal, la Santé, n'est pas plus définissable, elle est subjective
- D'où la certitude que l'éthique évolue avec les notions de Bien et de Santé

Vision générale de l'éthique

- Concerne tous les domaines de l'activité humaine
- Ne pas confondre l'éthique et le droit
- Charles Péguy invite à nous méfier des rappels à l'éthique (imposture) qui cache souvent un dogme et des intérêts personnels
- Il faut poser l'ensemble du problème ce qui ne signifie pas trouver une solution

Méthodologie

- La vérité éthique est une imposture mais tout ne se vaut pas
- On n'impose pas un système de valeurs : totalitarisme.
- Il faut trouver un accord.
- Par exemple, en France :
 - Respect dû à la personne humaine (PB : au détriment de qui ou de quoi ?)
 - Refus de profiter de la faiblesse d'autrui (PB : la faiblesse ne devient elle pas une arme ?)
 - Traiter également les personnes (PB : l'égalité est elle possible ? Au nom de l'égalité on peut produire des inégalités ?)

Processus éthique

- Monique Canto-Sperber :
 - Évaluer les buts visés par l'action
 - Examiner les autres options
 - Considérer le contexte de l'action
 - Envisager les solutions en cas d'échec
 - Evaluer ou tenter d'évaluer les aspects néfastes
 - Envisager si les effets sont réversibles
 - Expliciter les raisons de l'action
- ⇒ Décider de l'action qui risque d'être la plus éthique...
- ⇒ Posture de modestie : rien n'est sûr...

Lien entre éthique et sciences

- En fait on trouve les mêmes raisonnements en sciences dites “dures” et les mêmes impossibilités
 - Exemple : La sécurité/sûreté informatique absolue n'existe pas
 - Position de modestie à avoir (un ingénieur est modeste...)
 - On va évaluer les objectifs et les hiérarchiser (un ingénieur dialogue...)
 - On va examiner les différentes solutions pour les atteindre (un ingénieur comprend que ce n'est pas lui la finalité mais l'autre...)
 - On va évaluer des solutions de secours (Plan de Reprise d'Activité) (un ingénieur pense toujours au pire...)
 - On va tenter (bien que souvent on ne le fait pas) de définir les aspects néfastes (sécurité vs disponibilité) (un ingénieur ne vend pas du rêve...)
 - On va envisager si les solutions sont réversibles (peut on défaire ce qui a été mis en place... la numérisation vieillit mal) (un ingénieur pense aux possibilités de revenir en arrière...)
 - Expliquer les raisons (risques positifs ou négatifs) (un ingénieur essaie d'avoir un vision globale... ne pas se noyer dans le détail)
 - ⇒ Evaluer si la solution n'est pas mauvaise à long terme... (solution non pérenne, dépendance à un fournisseur, complexité, coût, ...)

Ethique, morale et déontologie

- Paul Ricoeur : “Avant la loi morale, l'éthique”
 - L'éthique précède la loi morale (lois, normes, impératifs)
 - La morale introduit souvent une notion d'obscurantisme (si elle ne s'appuie pas sur une démarche éthique)
- Cicéron : “comme l'éthique touche aux mœurs (mores) que l'on nomme en grec ethos, nous appelons habituellement cette partie de la philosophie, philosophie des mœurs, mais il convient d'accroître notre langue en la nommant ‘morale’ (moralem)”

⇒ Contours moraux du monde

⇒ Pas d'acceptation unique

L'éthique et la loi

- Schopenhauer “rendre justice à autrui n’est possible que si l’on a renoncé à lui faire du tort”
 - Ne rend on justice que lorsque l’on est contraint par la loi ? (Non : les lois peuvent être scélérates ou détournées...)
 - Peut on rendre justice sans faire du tort ? (Non : Selon Max Weber l’état s’arroe le monopole de la violence)
- ⇒ Si l’on peut trouver des intersections non vides entre éthique et loi, les deux sont à dissocier

Notion de faiblesse et de force

- Paul Audi
 - “le faible est celui dont les désirs excèdent la puissance”
 - “le fort ne désire que ce dont il est capable”
- En principe, le faible et le fort se doivent respect mutuel.
 - Ce principe d'équilibre n'est pas toujours respecté notamment lorsque l'on considère que la faiblesse légitime des droits illimités (un “handicapé”/malade peut il exiger un état de santé conforme à la moyenne ? Idée d'équité inatteignable et irréaliste)

Ethique et santé

- La médicalisation augmente donc l'éthique de la santé augmente en correspondance
- Fantasme de la santé parfaite lié aux possibilités de réparation voir d'augmentation des performances humaines (homme augmenté)
- Santé parfaite = objectif non atteignable
 - Michel Foucault : le désir de santé est infini mais fait fasse à des moyens finis
- Donc il faut définir ce que la société veut (gestation pour autrui), c'est à dire le « il »

Origines Philosophiques

- Descartes : discours de la méthode, l'homme doit se rendre maître du monde
 - Pour cela il faut « l'exempter d'une infinité de maladies, tant du corps que de l'esprit, et même aussi de l'affaiblissement de la vieillesse »
- Francis Bacon : nouvelle Atlantide
 - avènement de la science (prolonger la vie, rendre la jeunesse, guérir les maladies incurables, amoindrir la douleur, transformer les corps, métamorphose dans un autre corps, transplantation entre espèces)
 - recul du religieux (acceptation de la fatalité)

Protection sociale

- Plan Beveridge en Grande-Bretagne en 1942
- Santé devient une fonction régaliennne :
 - Droit à la santé
 - L'état garantit la santé
- Problème d'équilibre
 - Trop grande assistance = dépendance de l'état
 - Non intervention = autonomie complète

Enjeux politiques

- Michel Foucault : « la santé devient l'objet d'une véritable lutte politique »
- Contrôle social délimitant l'accès à l'école (vaccination obligatoire) et à l'emploi (visite médicale obligatoire)
- Passage d'une théocratie (loi divine) à une somatocratie (loi médicale)
- L'état définit alors ce qui est de l'ordre du normal est de l'anormal (maladie)
- La notion de maladie est normalisée de façon culturelle

Enjeux économiques

- L'industrie de la santé est la première industrie mondiale (soins, diététiques, bien être, ...) (plusieurs milliers de milliards de dollars)
- Chaque français dépense un peu plus de 5 000 dollars et les américains de l'ordre de 10 000 dollars
- La consommation de médicaments et les dépenses de santé n'ont pas un lien direct avec l'espérance de vie (on consomme moins au Pays Bas avec la même espérance, on vit moins vieux aux Etats Unis)
- Les ermites vivent très longtemps sans soins et sans dépenses !!

Evolutions scientifiques

- 16^{ième} siècle, anatomie, Italie (Vésale)
- 19^{ième} siècle, les villes disposent de médecins (ailleurs radiesthésistes, rebouteux, sorcellerie, ...). Egalité : prêtre (douleur morale), médecin (douleur physique). Notabilisation des médecins (ex : Clémenceau).
- 20^{ième} siècle, découverte des antibiotiques. Rayonnement du médecin => utopie d'une lutte contre toutes les maladies

Difficile remise en cause

- Prouesses christiques : possibilité de faire marcher les paralytiques (membres bioniques)
 - Numérique pour le médical, on peut aller jusqu'à faire les diagnostics et automatiser les soins.
 - Effets délétères (Foucault, la médecine a toujours tuée) : les services de réanimation produisent plus de handicapés que les accidents de la route, infections nosocomiales, résistance aux antibiotiques
- ⇒ La médecine absorbe les remises en cause (médecines douces, philosophie, ...)
- ⇒ Signe d'ouverture ou tentative de maîtrise ?

Dimension iatorogène

- *latros* : médecin ; *génès* : qui est engendré
 - Paul Virilo : “l’effet négatif est non pas accidentel mais contenu dans la technoscience et inéluctable”
- ⇒ Les médecins de réanimation alertent sur les questions d’acharnement thérapeutique car ils les pratiquent !!

Désir vs maîtrise

- Désir de santé insatiable : Nietzsche l'homme est un "animal malade"
- L'offre induit la demande : B. Dormont "progrès médical est la cause de l'augmentation des dépenses"
- La nature humaine est sommée de se plier au désir. D. Lebreton, procréation "si je veux" et "quand je veux".

⇒ On passe du désir au droit

Médecine vs philosophie

- Olivier Razac “la médecine cherche à repousser les agents morbides loin de l’individu... alors que le souci de soi (éthique) est acceptation du temps infiniment rapide et d’une mort imminente”
- ⇒ Les études en neurosciences s’appuient maintenant sur la philosophie pour vérifier leurs modèles, résultats, ...

Concept de maladie [1]

- 18^{ième} siècle avant JC, Egypte des pharaons traitement des maladies dégagé du surnaturel
- 5^{ième} et 6^{ième} siècle avant JC, Hippocrate (grec) désenclave le religieux et le pathologique
- Ecole hippocratique : équilibre des humeurs (sang, bile jaune, bile noire, le flegme) et avec l'environnement (climat, miasmes) "il y a une santé parfaite quand ces humeurs sont une juste proportion. Il y a maladie quand l'une de ces humeurs est en trop petite ou trop grande quantité et qu'elle s'isole au lieu de rester mêlée à toutes les autres".

=> le médecin et le malade doivent former une union sacrée

Concept de maladie [2]

- Traité de l'Art médical de Galien "On est malade quand on ne plus vaquer librement à ses occupations par un empêchement total ou partiel"
- Georges Canguilhem : la santé est une capacité d'adaptation à un processus pathologique.
 - La maladie réside dans une insuffisance de dynamique par rapport à la pathologie
 - Etat intermédiaire entre santé et maladie qui est le plus fréquent
 - L'homme moderne n'accepte pas cet entre deux...

Science de la médecine

- 16^{ième} siècle, on mesure des paramètres physiologiques avec normes et écarts. Mathématisation du corps.
 - 19^{ième} siècle : concept de microbes. Vaccination des moutons avec Pasteur. La médecine devient la lutte contre les agents infectieux.
 - 20^{ième} siècle : antibiotiques en 1940.
 - Modernisme : souci majeur de santé conduit à une dépendance (on sacrifie sa liberté et on s'en remets à l'état)
- ⇒ La médecine moderne revient à l'aspect global et l'implication du malade (Hippocrate)
- ⇒ Les soignants doivent faire comprendre qu'ils ne peuvent pas tout
- ⇒ Les solutions technologiques doivent se ranger à cette position de modestie

Modèles éthiques de la médecine [1]

- Modèle paternaliste
 - Principe de bienveillance
 - Le médecin ne peut vouloir que le bien
 - Modèle téléologique (but universel)
 - Peu importe les moyens seul compte le but de guérison ou l'accompagnement vers la mort
 - Obligation de protection de l'état

Modèles éthiques de la médecine [2]

- Autonomie du patient
 - Indigent -> malade -> personne malade -> usager
 - Loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) exige le consentement du malade
 - Loi du 22 avril 2005 (loi Leonetti) met le patient au centre même si celui-ci est dans l'impossibilité de s'exprimer
 - Respect inconditionnel de la liberté (modèle anglo-saxon)
 - ⇒ Difficilement applicable quand la pathologie touche l'autonomie de la personne (enfant, handicapé "mental", gérontologie, ...)

Ethique médicale vs techniques

- Soigner peut il ne pas être éthique ?
 - Emmanuel Levinas “tout rapport éthique est un rapport de soin”
 - La dérive se situe dans les possibilités techniques
 - Jacques Testard “Moi, chercheur en procréation assistée, j’ai décidé d’arrêter; je revendique aussi une logique de la non-découverte, une éthique de la non recherche.”
 - Procréation assistée en Italie pour des femmes de plus de 60 ans.
- ⇒ Georges Bernanos parle “d’escroquerie de l’espérance” du progrès
- ⇒ Jacques Julliard “la religion du progrès est bien morte. Nous voilà agnostique en matière d’avenir”
- ⇒ Max Weber “la science a désenchanté le monde”
- ⇒ Idée que l’on ne remplace pas une espérance (religion) par une autre (progrès)
- ⇒ L’idée est plutôt dans l’acceptation de nos limites (pour le faible comme pour le fort) et dans le doute (rien n’est parfait... il faut éviter les dogmes)

Langage du domaine de la santé

Définition de la santé selon l'OMS

- “La santé est un état de complet bien être physique, psychique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité”
 - Il s’agit d’élargir la notion de maladie :
 - Pour prendre en compte des aspects environnementaux
- ⇒ On peut être en bonne santé en étant malade
- ⇒ L’absence de bien être peut entraîner des maladies

Lien entre santé et handicap

- Pour résumer, on peut dire :
 - Que la santé se mesure en terme de handicap c'est à dire de perte d'autonomie
 - Exemples :
 - maladie virale (fièvre augmente la fatigue, limite la résistance au froid, ...)
 - maladie génétique (perte d'une capacité respiratoire, anémie=perte de vitalité, ...)
 - handicap social (faible accès à l'emploi, non scolarisation, manque de couverture sociale, ...)
 - Que toute personne handicapée a un problème de santé puisqu'il a une perte d'autonomie
- ⇒ Une personne en bonne santé satisfait ses besoins pour être *autonome dans la société*
- ⇒ La santé ne se mesure pas, il y a une part de subjectivité, même dans la notion d'autonomie (on est tous dépendant de son environnement...), pas de baromètre objectif (ceux existants partent d'un point de vue)

Terminologie anglo-saxonne

- **CARE** : en anglais « To care » : avoir soin de...
Soins : alimentaire, chaleur, lumière, affectif, psychosocial, ...

Sujet politique et philosophique

- **CURE** : en anglais « To cure » : traiter la maladie... soins de réparation ou de traitement de la maladie.

Sujet médical et déontologique

⇒ On ne peut pas traiter la maladie sans prendre soin
(travail global d'un médecin qui s'intéresse au contexte)

⇒ Mais on peut prendre soin sans traiter la maladie (travail
d'un éducateur qui accompagne un handicapé moteur ou mental)

La notion de santé en Europe

- Maladie mais aussi autonomie sociale
 - European Health Report 2015 (World Health Organisation / Organisation Mondiale de la Santé) mesure mortalité infantile, vaccination, addiction, obésité, santé mentale mais aussi scolarisation, revenus, couverture sociale, chômage,

Table 1.1. Overview of the Health 2020 monitoring framework

Area	Target	Quantification	Core indicators
Burden of disease and risk factors	Reduce premature mortality in Europe	Reduction of premature mortality	Premature mortality, tobacco use, alcohol consumption, overweight/obesity
		Elimination of vaccine-preventable diseases	Vaccination coverage for measles/rubella and polio
		Reduction of mortality from external causes	Mortality rate from external causes
Healthy people, well-being and determinants	Increase life expectancy in Europe	Increase in life expectancy	Life expectancy at birth
	Reduce inequities in Europe	Reduction in the gaps in health status associated with social determinants	Infant mortality, life expectancy at birth, proportion of children not enrolled in primary school, unemployment rate, (sub)national policy addressing health inequities, GINI coefficient (income distribution)
	Enhance the well-being of the European population	To be set	Life satisfaction, social support, population with improved sanitation facilities, GINI coefficient (income distribution), unemployment rate, proportion of children not enrolled in primary school
Processes, governance and health systems	Universal coverage and right to health	Moving towards universal coverage	Private households' out-of-pocket payments on health, vaccination coverage for measles/rubella and polio, total health expenditure
	National targets or goals set by Member States	Establishment of processes for the purpose of setting national targets	Establishment of process for target-setting, national policies aligned with Health 2020

La notion de santé en France

- Beaucoup plus proche de la notion de maladie en prenant moins en compte l'autonomie sociale
 - Baromètre de la santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) mesure vaccination, addiction (cigarettes, alcool, jeux, ...), santé mentale, situation professionnelle et équipement téléphonique.

1 GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE	31 PROBLÈMES LIÉS AUX JEUX
2 CONTACT	31 1. Jeu problématique
3 SIGNALÉTIQUE	32 2. Demande de services
3 Description du foyer	33 3. Jeu au cours de la vie
4 SENTIMENT D'INFORMATION (SE1)	33 4. Problèmes liés au jeu
5 INTERNET ET SANTÉ (SE1)	34 JEU SANS ARGENT - PART DE HASARD DANS LES JEUX
7 VACCINATION	35 SANTÉ MENTALE
7 TABAC	35 QUALITÉ DE VIE / SANTÉ GÉNÉRALE
12 CIGARETTES ÉLECTRONIQUES	36 DOULEUR (SE2)
16 ALCOOL	37 SANTÉ BUCCO-DENTAIRE (SE3)
19 SUICIDE	38 CARACTÉRISTIQUES
24 PRATIQUES DE JEUX D'ARGENT ET DE HASARD	38 Profession de l'interviewé
25 PRATIQUES PAR TYPE DE JEU	39 Profession chef de famille (CdF)
25 1. Jeux de tirage	42 ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE
26 2. Jeux de grattage	42 Échantillon fixe
26 3. Paris hippiques	42 Échantillon mobile
27 4. Paris sportifs	44 TEST D'ACCEPTABILITÉ DU RECUEIL DE L'IDENTITÉ
27 5. Poker	
28 6. Machines à sous	
28 7. Autres jeux de casino	
29 8. Jeux de cartes ou d'adresse	
30 9. Module jeux en ligne	

Politique de santé publique (Article L1411-1 du code de la santé)

- 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
 - 2° La lutte contre les **épidémies** ;
 - 3° La prévention des **maladies**, des **traumatismes** et des **incapacités** ;
 - 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des **personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes** ;
 - 5° **L'information et l'éducation à la santé** de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
 - 6° L'identification et la réduction des **risques éventuels pour la santé** liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
 - 7° **La réduction des inégalités de santé**, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
 - 8° **La qualité et la sécurité des soins** et des produits de santé ;
 - 9° **L'organisation du système de santé** et sa capacité à répondre aux besoins de **prévention et de prise en charge des maladies et handicaps** ;
 - 10° La démographie des **professions de santé** ;
- ⇒ Notion de **santé publique en France très proche de la maladie** et beaucoup moins des risques sociétaux (chômage, bien être, ...)
- ⇒ Notion de **santé publique** en France très liée aux **professions médicales**

La maladie

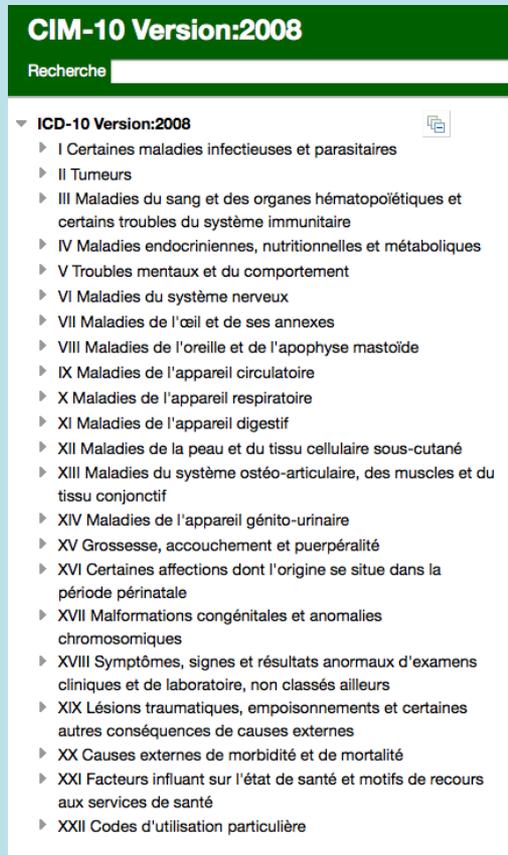
- La maladie est le domaine de la médecine
 - ⇒ Il faut avoir la définition des différentes maladies et le lien avec le handicap
 - ⇒ Avoir une idée des relations entre malades et médecins
 - ⇒ Relations entre médecins, personnel paramédical et intervenants sociaux

Maladie

- Pas de définition parfaite
 - La liste des maladies évolue
 - L'homosexualité était considérée comme une maladie
 - L'hyperactivité des enfants est aujourd'hui considéré comme une maladie
- ⇒ On voit que la maladie est une question sociétale
- ⇒ Une maladie repose sur une composante éthique et culturelle

Classification des maladies selon l'OMS

- Permet de distinguer la santé de la maladie (disease). La santé est subjective, la maladie peut être diagnostiquée par des médecins (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/U80-U89>)



CIM-10 Version:2008

Recherche

▼ **ICD-10 Version:2008**

- ▶ I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
- ▶ II Tumeurs
- ▶ III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
- ▶ IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- ▶ V Troubles mentaux et du comportement
- ▶ VI Maladies du système nerveux
- ▶ VII Maladies de l'œil et de ses annexes
- ▶ VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- ▶ IX Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ X Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ XI Maladies de l'appareil digestif
- ▶ XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- ▶ XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- ▶ XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
- ▶ XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▶ XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- ▶ XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
- ▶ XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
- ▶ XX Causes externes de morbidité et de mortalité
- ▶ XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
- ▶ XXII Codes d'utilisation particulière

Maladie et handicap

- loi du 11 février 2005 dans son Article 114 considère que *”constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un poly-handicap ou d’un trouble de santé invalidant”*
- ⇒ Le handicap est mieux défini que la maladie dont il est la conséquence
- ⇒ Une personne malade a un handicap puisqu’elle présente une altération d’une fonction (handicap transitoire ou durable)
- ⇒ Une personne malade ou handicapée peut cependant être considérée en bonne santé si sa maladie ou son handicap lorsqu’il y a une bonne guérison ou compensation

Réseaux des différents acteurs

Différents types d'acteurs

- Médecins seuls à même de faire des ordonnances de soin (notion de prise en charge par les assurances), de qualifier une maladie ou une situation de handicap
 - Professions paramédicales peuvent faire des actes à la suite ou non d'ordonnance
 - Professions sociales peuvent contribuer au soin sur le plan du bien être global
- ⇒ Interactions entre tous ces acteurs (notion de médecine collégiale) pour contribuer au soin (CARE et CURE)

Médecins

- Profession réglementée (exercice légal) qui possède un code d'éthique soumis à l'évaluation par les pairs (ordre des médecins)
 - Inscription nécessaire à l'ordre des médecins pour exercer la médecine
 - Spécialités sont nécessaires pour certaines ordonnances (prescriptions prises en charge que pour une spécialité)
 - Les médecins ont la charge de vérifier la bonne pratique des professions paramédicales (responsabilité)
- ⇒ Il faut bien distinguer l'ordonnance et sa prise en charge (prescription en dehors de la spécialité non remboursée)
- ⇒ La prise en charge est liée en principe à la notion d'efficacité (rapport coût/bénéfice)

Paramédical

- Certaines professions sont soumises aux mêmes contrôles que les médecins (ordre, inscription à l'ordre, éthique, ...). Exemple : kinésithérapeutes
- D'autres professions sont libres car non reconnues officiellement et donc non remboursée (médecines alternatives, ...)
- La liste des professions reconnues évolue

Acteurs sociaux

- Des acteurs sociaux (assistant(e) social(e), éducateurs, enseignants, ...) sont particulièrement impliqués dans le soin plus sur la partie CARE que CURE
 - Lien avec les professions médicales et paramédicales. Exemple : établissements spécialisés (EPAD, handicap, ...)
- ⇒ Les acteurs sociaux interagissent avec la médecine collégiale et contribuent au soin
- ⇒ frontière difficile à établir entre le CARE et le CURE et contrainte de la législation (l'éthique est confrontée à ces frontières, à l'applicabilité de la législation, ...)

Bénéficiaire et entourage

- Le bénéficiaire est au centre du soin
 - C'est lui l'acteur principal (on ne soigne sans l'assentiment ni la confiance du bénéficiaire) et qui décide au final
 - L'entourage a aussi un rôle important
 - Parents pour les mineurs
 - Famille au sens large, personnes de confiance, ...
- ⇒ La médecine collégiale s'intéresse au bénéficiaire et à son entourage
- ⇒ Les décisions de prise en charge ne peuvent pas être imposées (au delà de l'aspect légal notion de liberté individuelle du bénéficiaire et de l'entourage)

Législation, déontologie, institutions

Différents niveaux de texte

- Qui visent à garantir une liberté au médecin sous réserve de respect de déontologie
 - Le médecin a un haut niveau de responsabilité évalué sur le plan pénal et disciplinaire
- ⇒ La partie pénale est du ressort de la justice, la partie disciplinaire est entre les mains du conseil de l'ordre des médecins. Les deux parties sont indépendantes

Code de déontologie médicale [1]

- Ensemble de 111 articles de loi qui précise le serment d'Hippocrate
- Au cœur de l'approche du CURE
- Le code de déontologie est contrôlé par le conseil de l'ordre des médecins au niveau départemental, régional et national
- Il s'agit d'un code d'éthique qui rend l'exercice de la médecine particulièrement exigeant et à très haut niveau de responsabilité
- En contre partie, le médecin bénéficie d'une grande indépendance, on ne peut limiter sa liberté professionnelle tant que celle-ci reste conforme à ce code (idée encore plus forte que le code de l'éducation)

Code de déontologie médicale [2]

ARTICLE 1^{ER} (ARTICLE R.4127-1 DU CSP)

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Code de déontologie médicale [3]

ARTICLE 2 (ARTICLE R.4127-2 DU CSP)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

ARTICLE 3 (ARTICLE R.4127-3 DU CSP)

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine .

ARTICLE 4 (ARTICLE R.4127-4 DU CSP)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

ARTICLE 5 (ARTICLE R.4127-5 DU CSP)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Code de déontologie médicale [4]

ARTICLE 8 (ARTICLE R.4127-8 DU CSP)

Dans les limites fixées par la loi *et compte tenu des données acquises de la science*, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

ARTICLE 35 (ARTICLE R.4127-35 DU CSP)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Code de déontologie médicale [5]

ARTICLE 36 (ARTICLE R.4127-36 DU CSP)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Code de déontologie médicale [6]

ARTICLE 37 (ARTICLE R.4127-37 DU CSP)

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. - Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111- 4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en oeuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en oeuvre la procédure collégiale.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement 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.

Code de déontologie médicale [7]

ARTICLE 45 (ARTICLE R.4127-45 DU CSP)

I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. — A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

ARTICLE 70 (ARTICLE R.4127-70 DU CSP)

Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Code de déontologie médicale [8]

ARTICLE 72 (ARTICLE R.4127-72 DU CSP)

Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

ARTICLE 73 (ARTICLE R.4127-73 DU CSP)

Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu.

Code de déontologie médicale [9]

ARTICLE 95 (ARTICLE R.4127-95 DU CSP)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

ARTICLE 96 (article R.4127-96 du CSP)

Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis.

ARTICLE 97 (ARTICLE R.4127-97 DU CSP)

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

ARTICLE 98 (ARTICLE R.4127-98 DU CSP)

Les médecins qui exercent dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle.

Secret médical [1]

- Article R4127-4 du Code de la Santé
 - Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi
 - Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris
- Article L.1110-4
 - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant

Secret médical [2]

- le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret
- cette obligation ne cesse pas après la mort du patient
- le secret s'impose même devant le juge
- le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins
- le secret s'impose à l'égard de personnes elles-mêmes tenues au secret professionnel (agents des services fiscaux)
- le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom : le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services.

Secret médical [3]

- *Le médecin est obligé :*
 - de déclarer les naissances
 - de déclarer les décès
 - de déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire
 - d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques
 - d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences
 - de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite
 - de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...)
 - de communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires
 - de communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité

Secret médical [4]

- *Le médecin est autorisé :*
 - à signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques
 - à transmettre au président du Conseil départemental toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être
 - à communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection
 - à transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé
 - à informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une

Secret médical [5]

Peut-on partager le secret médical en cas de médecine collégiale ?

En principe, le secret appartient au patient et en conséquence, les médecins entre eux ne peuvent pas en disposer librement.

Toutefois, il existe des dérogations au secret médical dans le cas de la médecine collégiale :

- Ainsi l'article L1110-4 CSP dispose : "*Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.*"
- dans le cas où un malade recourt à un dispensaire, un hôpital public, et un groupe mutualiste, il a toujours été admis que les informations circulent au sein de l'équipe et de l'organisme, sauf les notes confidentielles du médecin

En ce qui concerne le personnel administratif, la secrétaire médicale, l'assistante sociale, l'éducateur spécialisé :

- l'art. 72 du Code de déontologie fait obligation au médecin de veiller à ce que les personnes qui l'assistent soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment : ce texte s'applique au personnel administratif et à la secrétaire médicale, qui sont donc soumis au secret médical
- La loi du 4 mars 2002 ne prévoit pas de secret partagé avec les travailleurs sociaux, par exemple.

Pas de partage avec les travailleurs sociaux, enseignants, etc...

Secret médical [6]

- Le secret médical vis à vis de l'éthique
 - Limite entre loi et éthique
 - Il peut dans certains cas être nécessaire à un médecin de partager une information médicale avec un personnel social, un éducateur ou un enseignant (il encourt alors un risque juridique !!) pour réduire les risques pour le patient (son devoir d'assistance et de moyens !!)
 - L'éthique doit guider la loi, pas le contraire...
 - Limite de la loi... nécessaire évolution de la loi vis à vis de la qualité des soins

Institutions et médecins

- Nombreuses : Ministère de la santé, Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments, Haute Autorité de Santé, Comité économique des produits de santé, Agence Régional de Santé, Union nationale des caisses d'assurance maladie, MDPH, conseil de l'ordre des médecins, ...
- Qui n'imposent rien : le médecin reste libre et prend ses décisions en conscience, il engage sa **responsabilité** (obligation de moyens plutôt que de résultat... même si discuté juridiquement, le médecin agit avec mesure en évaluant les risques, les exposants et n'imposant rien, ...)

Mise sur le marché et sûreté

Mise sur le marché d'un médicament

- L'Autorisation de Mise sur la Marché d'un médicament est octroyée soit par la Commission européenne (CE), après évaluation par le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) pour les médicaments **relevant obligatoirement ou facultativement de la procédure dite centralisée d'autorisation**, soit par par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de Santé (ANSM) pour les demandes de mise sur le marché **limitées au territoire national.**

Mise sur le marché d'un dispositif

- La mise sur le marché des dispositifs médicaux (**DM**), des dispositifs médicaux implantables actifs (**DMIA**), et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (**DMDIV**) est subordonnée à un marquage CE préalable.
- Le marquage CE est sous la responsabilité du fabricant. Pour apposer le marquage CE, celui-ci doit soumettre les dispositifs à une procédure d'évaluation de conformité aux exigences essentielles décrites dans les directives européennes applicables. Ces dispositions européennes ont été transposées en droit français dans le Code de la Santé Publique.
- Pour certains dispositifs, une évaluation par un organisme tiers, appelé organisme notifié, désigné par l'autorité compétente est nécessaire avant d'apposer le marquage CE. Pour la France, l'autorité compétente est l'ANSM.
- Points spécifiques concernant :
 - logiciels et applications mobiles en santé
 - dispositifs médicaux sur mesure
 - communications des dispositifs médicaux de classe IIa, IIb, III
 - dispositifs médicaux implantables actifs
 - traçabilité des dispositifs médicaux
 - incorporation d'une substance médicamenteuse dans un dispositif médical

Notion de risques

- Lorsque l'on soigne l'on prend un risque que cela marche mais aussi que cela échoue
- Tout soin constitue une prise de risque qui doit être partagée
- Les soignants ou les bénéficiaires peuvent ne pas vouloir prendre le risque

Risques informatiques et soin

- Nombreux projets (interface pour polyhandicapés, gestion des activités pour les autistes, assistance à l'écriture, assistance troubles bipolaires, ...)
- Limites :
 - Evaluer la recevabilité
 - Résultats tronqués (candidats compétents, encadrement dans les outils, ...)
 - Ignore certains effets délétères (régression, perte d'autonomie, défaillance, vulnérabilité, coût sociétal, ...)
 - De plus en plus d'interrogations ? (Exemple : pas d'informatique pour la conduite des TGVs, signifie qu'avant d'introduire une technologie informatique on devrait en évaluer les avantages ... au regard de la fiabilité attendue... et du coût)

Références

- Christian Gilioli. “Réflexion éthique et pratiques soignantes”. Editions Lamarre. 2015. ISBN 978-2-7573-0810-3.
- Paul Audi. “Supériorité de l'éthique”. Flammarion. 2007. ISBN 978-2-0812-0078-4.
- “The European Health Report 2015”. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- “Questionnaire du Baromètre de santé 2014”. INPES éditions.
- F. Kohler, E. Toussaint. “Module 1. Item 6. Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.” Faculté de médecine de Nancy. Septembre 2005.
- <http://www.sante.gouv.fr/autorisation-de-mise-sur-le-marche-amm.html>
- <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
- Jean-Yves Antoine, Dr Marie-Elisabeth Labat, Anaïs Lefeuvre, Christian Toinard. “Vers une méthode de maîtrise des risques dans l'informatisation de l'aide au handicap”. Envirorisk 2014. 9 pages. Paru dans : Gestion des risques naturels, technologiques et sanitaires, Cépaduès, ISBN 978-2-36493-159-6, 08-12-2014.