

Café éthique

*Comment faire vivre le questionnement
éthique dans nos établissements ?*

Intervenant : Roland Chvetzoff, Consultant en santé,
Président du Réseau de soins palliatifs Résonance et
doctorant en philosophie

Animateur : Jean-Marc Botta

Mardi 22 Octobre 2013 de 19h à 21h

Café La Renaissance à Villeurbanne

*Soirée d'échanges destinée aux professionnels s'occupant d'enfants
en situation de handicap*

Entrée libre sur inscription obligatoire : contact@r4p.fr

Pour toute information : 04 72 11 52 58



www.r4p.fr

RÉSEAU R4P

Café éthique du 22 octobre 2013

COMMENT FAIRE VIVRE LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE DANS NOS ÉTABLISSEMENTS ?

Roland CHVETZOFF

Directeur et consultant du Cabinet LATITUDE SANTE

PLAN

- **PARTIE 1. L'ÉTHIQUE EN SANTÉ : UN RENOUVEAU ?**
- **PARTIE 2. QU'EST-CE QUE LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE ?**
- **PARTIE 3. EN PRATIQUE, COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE ?**
- **PARTIE 4. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE FACE AUX QUESTIONNEMENTS ETHIQUES EN INSTITUTIONS DE SANTÉ.**
- **PARTIE 5. LE CONTEXTE POLITIQUE FACE AUX QUESTIONNEMENTS ETHIQUES EN INSTITUTIONS DE SANTÉ.**
- **PARTIE 6. LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE EN INSTITUTIONS DE SANTE : LA QUESTION DE L'ALTÉRITÉ INSTITUTIONNELLE.**
- **PARTIE 7. LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE EN PRATIQUE ?**

PARTIE 1

L'ÉTHIQUE EN SANTÉ : UN RENOUVEAU ?

L'ÉTHIQUE EN SANTÉ : UN RENOUVEAU ?

- **Certification V2010 de la HAS : Chapitre 1 « Management stratégique » et Chapitre 2 « Prise en charge des patients »**
 - Les professionnels de l'établissement de santé **sont sensibilisés à la réflexion éthique**, et **les questions éthiques** se posant au sein de l'établissement sont traitées (Chapitre 1, critère 1.c).
 - Renforcement de la **politique des droits des patients** (Chapitre 1, critère 1.d).
 - Promotion de la **bienveillance** et prévention de la **maltraitance** (Chapitre 2, critère 10.a).
 - Respects de la **dignité** et de **l'intimité** du patient (Chapitre 2, critère 10.b).
 - Respect de la **confidentialité des informations** relatives au patient (Chapitre 2, critère 10.c).
 - **Respect des libertés individuelles** et **gestion des mesures de restriction de liberté** (Chapitre 2, critère 10.e PEP PSY).
 - Information du patient en cas de **dommage lié aux soins** (Chapitre 2, critère 11.c).
 - Rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes : **douleur et droits des patients en fin de vie** (Chapitre 2, critères PEP 12.a et 13.a).

L'ÉTHIQUE EN SANTÉ : UN RENOUVEAU ?

- **Recommandations de l'ANESM d'octobre 2010 : Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux**
 - Le **droit des usagers**.
 - La prise en compte de la **vulnérabilité**.
 - L'articulation entre la dimension **individuelle et collective**.
 - La **bienveillance** et la **prévention de la maltraitance**.
 - La gestion par les professionnels des **conflits éthiques en institution**.
 - La **démarche qualité** et l'**évaluation externe des ESSMS**.

L'ÉTHIQUE EN SANTÉ : UN RENOUVEAU ?

- **L'éthique en santé : une chance, mais aussi un risque !**
 - Une prise de recul vis-à-vis du « tout techno-scientifique », ou son **alibi** ?
 - Une prise en compte des aspirations des usagers, ou un **parapluie sécuritaire**?
 - S'il n'y a pas de spécialistes d'éthique médicale, **peut-on pour autant faire de l'éthique comme M. Jourdain de la prose** ?
 - **L'éthique est-elle soluble** dans la procédure, dans le droit, la déontologie, le « bien soigner » ?

PARTIE 2

QU'EST-CE QUE LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

QU'EST-CE QUE LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **Définition de l'éthique selon RICŒUR :**
« Appelons **visée éthique** la visée de la **vie bonne, avec et pour les autres**, et dans des **institutions justes** ⁽¹⁾ ».
- La réflexion éthique est déclenchée par des **situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.**

(1) Paul Ricœur. Soi-même comme un autre. Seuil. 1990.

QU'EST-CE QUE LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **En pratique, les réflexions et questionnements éthiques portent sur :**
 - Les **fondements** et les **valeurs**, explicites ou implicites, qui sous tendent notre action, individuelle et collective.
 - La **place de l'homme** dans l'institution et dans la relation de soin.
 - Le **sens du soin** (*to care, to cure*).
 - L'**accueil** de la vulnérabilité, de la vieillesse, de la finitude, du handicap ?
 - La construction patiente d'une décision dans les situations de **conflits éthico-pratiques**.

QU'EST-CE QUE LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **Ce n'est pas, même si ils en font partie et sont des pré-requis incontournables :**
 - Le droit et la déontologie.
 - La compétence technique (soignante, médicale, éducative, etc.).
 - Le respect des bonnes pratiques cliniques, l'EBM.
 - La démarche qualité avec ses procédures et protocoles.
 - Les bonne mœurs.
 - La morale.
- **Ce n'est pas :**
 - Le bon sens, la bonne volonté, la bonne conscience.
 - L'avis général.

PARTIE 4

EN PRATIQUE, COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **EN SITUATION PRATIQUE, COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?**
 - Quand ?
 - Sur quels fondements ?
 - avec quels acteurs ?
 - Avec quels outils pratiques ?

COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **QUAND INITIER UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?**

- **« À chaud » :**

- **Devant une situation complexe**, pour pouvoir prendre une **décision la moins mauvaise possible**.
- **Avantages** : prendre le temps de la réflexion avant l'action, implication forte des acteurs, modification progressive des pratiques.
- **Inconvénients** : délais, peu ou pas de participants extérieurs, émotions.

- **« À froid » :**

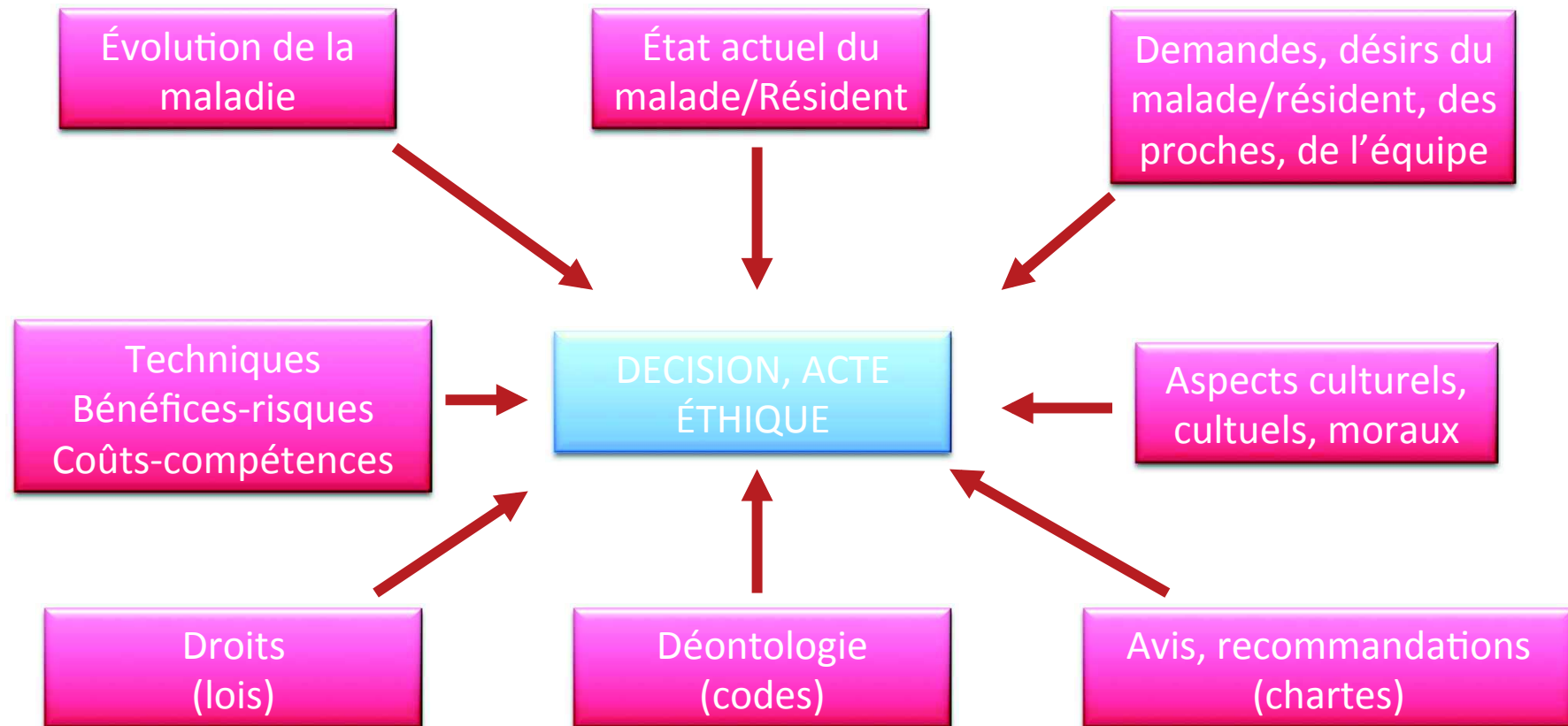
- **Relecture de situations pratiques**.
- **Avantages** : recul, distanciation, travail plus en profondeur, documentation.
- **Inconvénients** : peu de personnes connaissant la situation, diffusion de la discussion ou de l'avis, quel impact sur les pratiques ?

COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **SUR QUELS FONDEMENTS, PRINCIPES INITIER UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?**
 - Principes de la bioéthique de Beauchamp et Childress : Autonomie – Bienfaisance - Non malfeasance - Justice.
 - Philosophie d'intention (déontologique) / philosophie conséquentialiste (téléologique).
 - Philosophie hétéronomique/autonominique.
 - Ethique de la discussion (J. Habermas).
 - Ethique du Care (C. Gilligan).
 - Notion de dignité.

COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- AVEC QUELS OUTILS PRATIQUES ?



COMMENT STRUCTURER LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?

- **AVEC QUELS ACTEURS INITIER UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE ?**
 - **Pluridisciplinarité, interdisciplinarité :**
 - Soignants médicaux et paramédicaux, éducateurs connaissant le cas.
 - Soignants médicaux, paramédicaux éducateurs non impliqués dans le cas.
 - Non soignants : Usagers ? Juriste ? Philosophe ? Sociologue ? Membre de la société civile ? Administratif ? Représentant du culte religieux (christianisme, islam, judaïsme) ?
 - Un animateur soignant ou non, mais rompu à l'animation de groupes et au questionnement éthique.
 - **Et quelles traces ensuite ?**
 - Compte-rendu écrit ou non ?
 - Diffusion ou non des comptes rendus ?
 - Archivage ?

PARTIE 4

LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE FACE AUX QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES EN INSTITUTIONS DE SANTÉ

CONTEXTE REGLEMENTAIRE

Les textes essentiels

- **Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades.**
- **Code de déontologie médicale** (2010, Art R.4127 alinéas 1 à 112 du Code la Santé Publique).
- **Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.**

Le Code de déontologie médicale

5 articles importants

LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

- **Art. 2.** Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le **respect de la vie, de la personne et de sa dignité**. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.
- **Art 35.** Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information claire, loyale et appropriée** sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à des risques 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.

LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE (SUITE)

- **Art 36.** Le **consentement** de la personne examinée ou soignée doit être recherchée 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.
- **Art 37.** 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 et la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.
- **Art 38.** Le **médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments**, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.



La loi du 4 mars 2002

6 articles importants

LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AU DROIT DES MALADES

- **Art. L. 1110-2.** La personne malade a **droit au respect de sa dignité.**
- **Art. L. 1110-4.** Toute personne prise en charge (...) a droit au **respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.** 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.**
- **Art. L. 1110-4.** En cas de diagnostic ou de pronostic grave, **le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance** définie à l'article L. 1111-6 **reçoivent les informations nécessaires** destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, **sauf opposition de sa part.**

LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AU DROIT DES MALADES (SUITE)

- **Art. L. 1111-2.** Toute personne a le droit **d'être informée** sur son état de santé (...). Cette information incombe à tout professionnel de santé **dans le cadre de ses compétences** et dans le **respect des règles professionnelles** qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
- **Art. L. 1111-2.** 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.
- **Art. L. 1111-4.** 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 œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables**.

LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AU DROIT DES MALADES (SUITE)

- **Art. L. 1111-4.** 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.
- **Art. L. 1111-4.** Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa **volonté**, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.
- **Art. L. 1111-6.** Toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AU DROIT DES MALADES (SUITE)

- **Art. L. 1111-7. Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé** (notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.



La loi du 22 avril 2005

6 articles importants

LA LOI DU 22 AVRIL 2005 RELATIVE À LA FIN DE VIE

- **Art. 2 loi du 22 avril 2005.** Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale qu'en lui appliquant un **traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie**, il doit en informer le malade, la personne de confiance...La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.
- **Art L.1110-5.** Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui **faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté**. Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une **obstination déraisonnable**. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ces actes peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins prévus à l'article L1110-10.

LA LOI DU 22 AVRIL 2005 RELATIVE À LA FIN DE VIE (SUITE)

- **Art L1111-4.** Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la **limitation ou l'arrêt de traitement** susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisée sans avoir respecté la **procédure collégiale** et sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut un des proches et le cas échéant les directives anticipées de la personne aient été consultées. Sa décision motivée est inscrite dans le dossier médical.
- **Art L1111-10.** Lorsque 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 le dossier médical.
- **Art L1111-11.** **Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitements. Elles sont révocables à tout moment.

LA LOI DU 22 AVRIL 2005 RELATIVE À LA FIN DE VIE (SUITE ET FIN)

- **Art L1111-11.** A condition qu'elles aient été établies moins de 3 ans avant l'état d'inconscience, **le médecin tient compte des directives anticipées** pour toute décision (...).
- **Art L1111-12.** Lorsqu'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté (...) a désigné une **personne de confiance**, **l'avis de cette dernière prévaut sur tout autre avis non médical à l'exclusion des directives anticipées**, dans les décisions prises par le médecin.



PARTIE 5

LE CONTEXTE POLITIQUE FACE AUX QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES EN INSTITUTIONS DE SANTÉ

LA DÉMOCRATIE : C'EST LE RÉGIME QUI ACCEPTE SES CONTRADICTIONS AU POINT D'INSTITUTIONNALISER LE CONFLIT

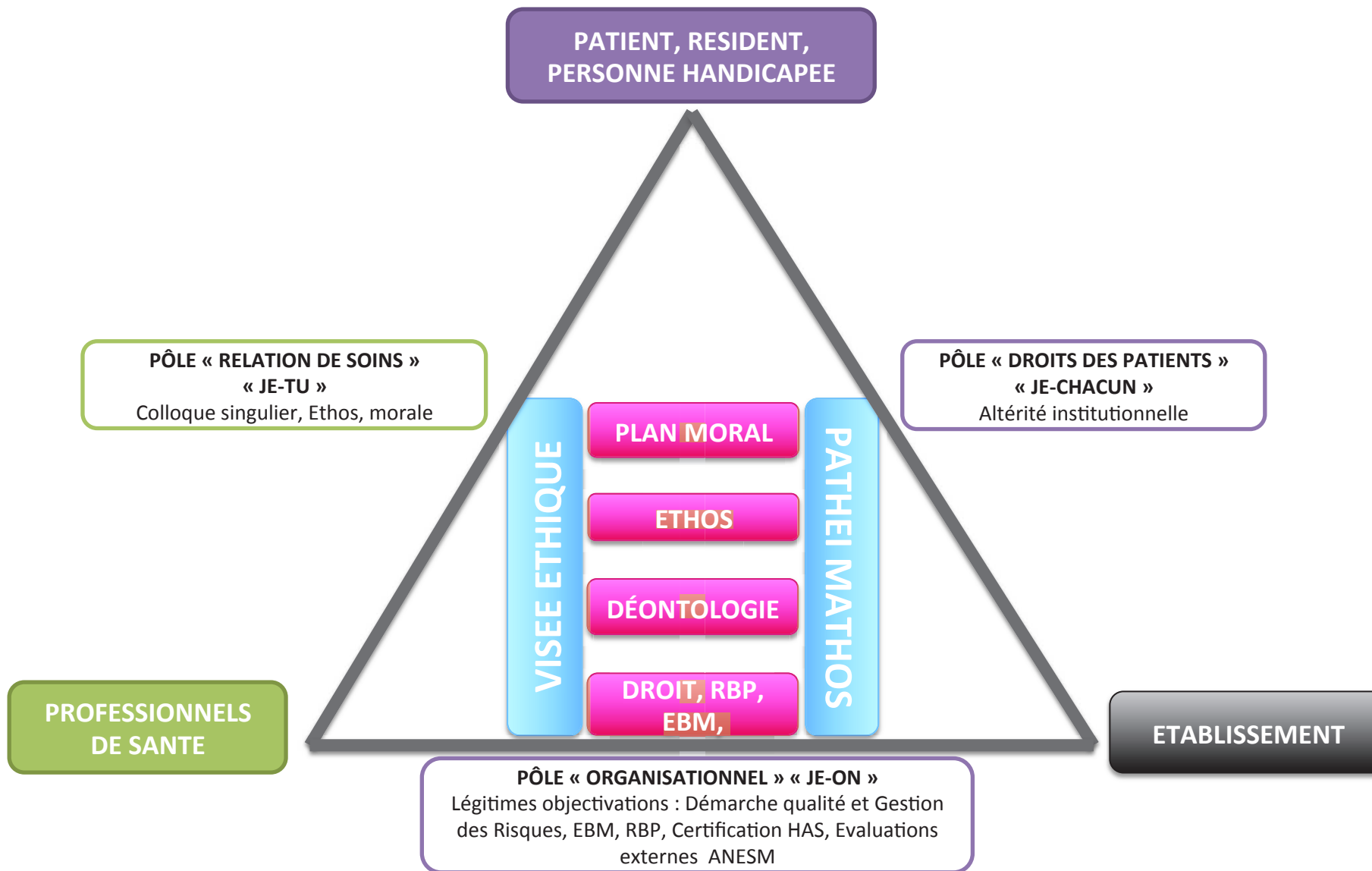
Les établissements de santé comme « nouvelles boîtes de Pandore »...

- **Gestion de la tension entre l'autonomie des résidents et leur protection** : Comment privilégier une autonomie des personnes âgées/handicapées accueillies sans tomber dans un abandon de celles-ci. Comme assurer une bienfaisance de la part des professionnels de l'établissement sans pour autant tomber dans le paternalisme ?
- **Gestion de la tension entre la liberté des résidents/ handicapés et leur sécurité** : Comment garantir la liberté d'aller et venir des résidents/handicapés tout en garantissant leur sécurité ?

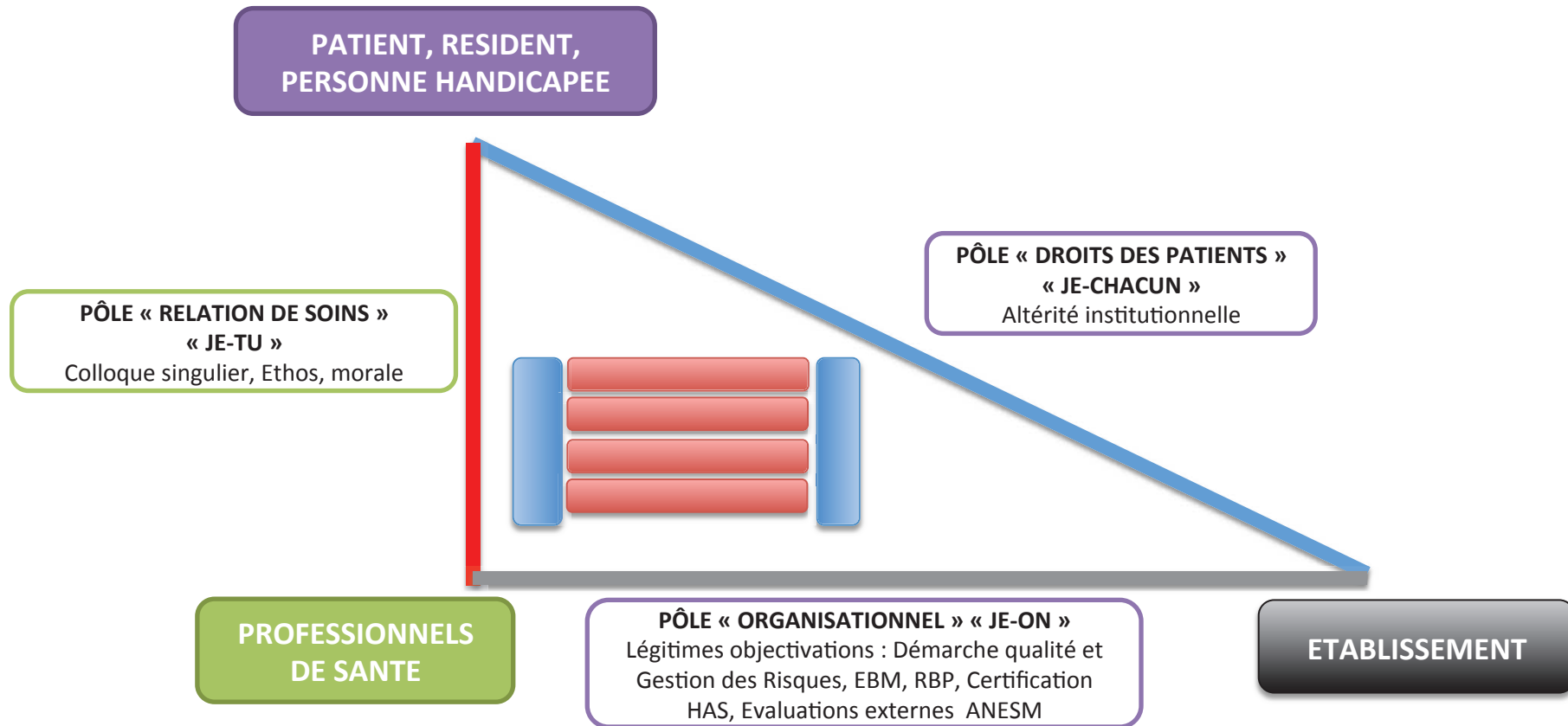
- **Gestion de la tension entre la personnalisation de l'accompagnement et les règles de vie en collectivité :** Le Projet de vie personnalisé et le respect des règles de la collectivité. Le résident, handicapé « chez lui » au sein d'une collectivité.
- **Gestion de la tension entre le respect des convictions religieuses des résidents/handicapés et celui de la laïcité :** Positionnement de l'Association sur le respect de la laïcité de l'ensemble de ses établissements, tant pour les résidents/handicapés que pour les professionnels.

- **Gestion de la tension entre l'autonomie des résidents et la place des proches du résidents/handicapé** : Ne pas tomber dans l'infantilisation des résidents/handicapés avec une inversion de la structure parentale « parents/enfants », mais également des soignants/résidents.
- **Gestion de la tension entre la démarche qualité normative et l'éthique** : Comment mettre en place une démarche éthique, par définition singulière, au sein d'une institution collective nécessitant la mise en place de normes et de recommandations de bonnes pratiques ?
- **Gestion de la tension entre le lieu de vie institutionnel et le lieu de soin** : EHPAD, MAS, FAM, etc. : lieux de vie ou lieu de soins ?
- **Etc. etc.**

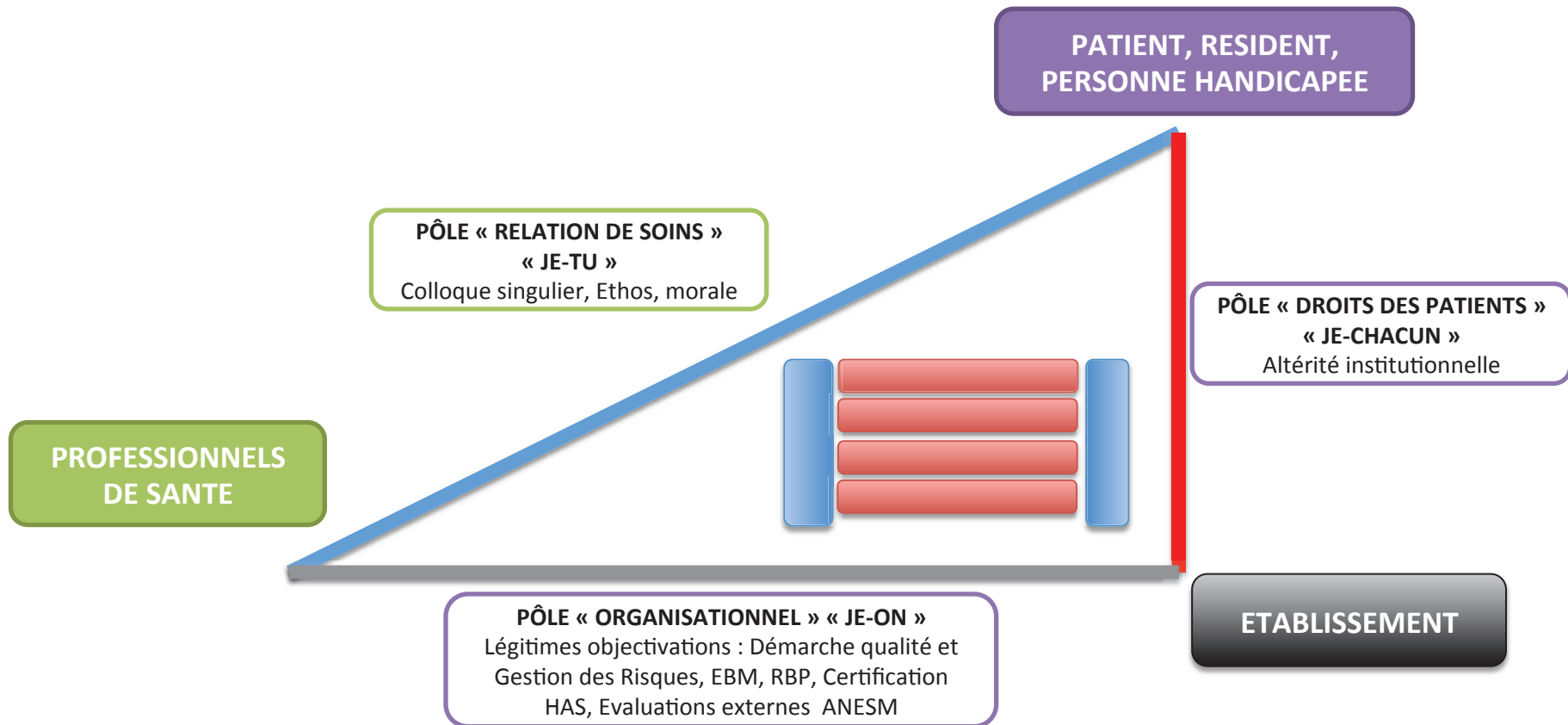
PARTIE 6
LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE
EN INSTITUTIONS DE SANTÉ :
LA QUESTION DE L'ALTÉRITÉ INSTITUTIONNELLE



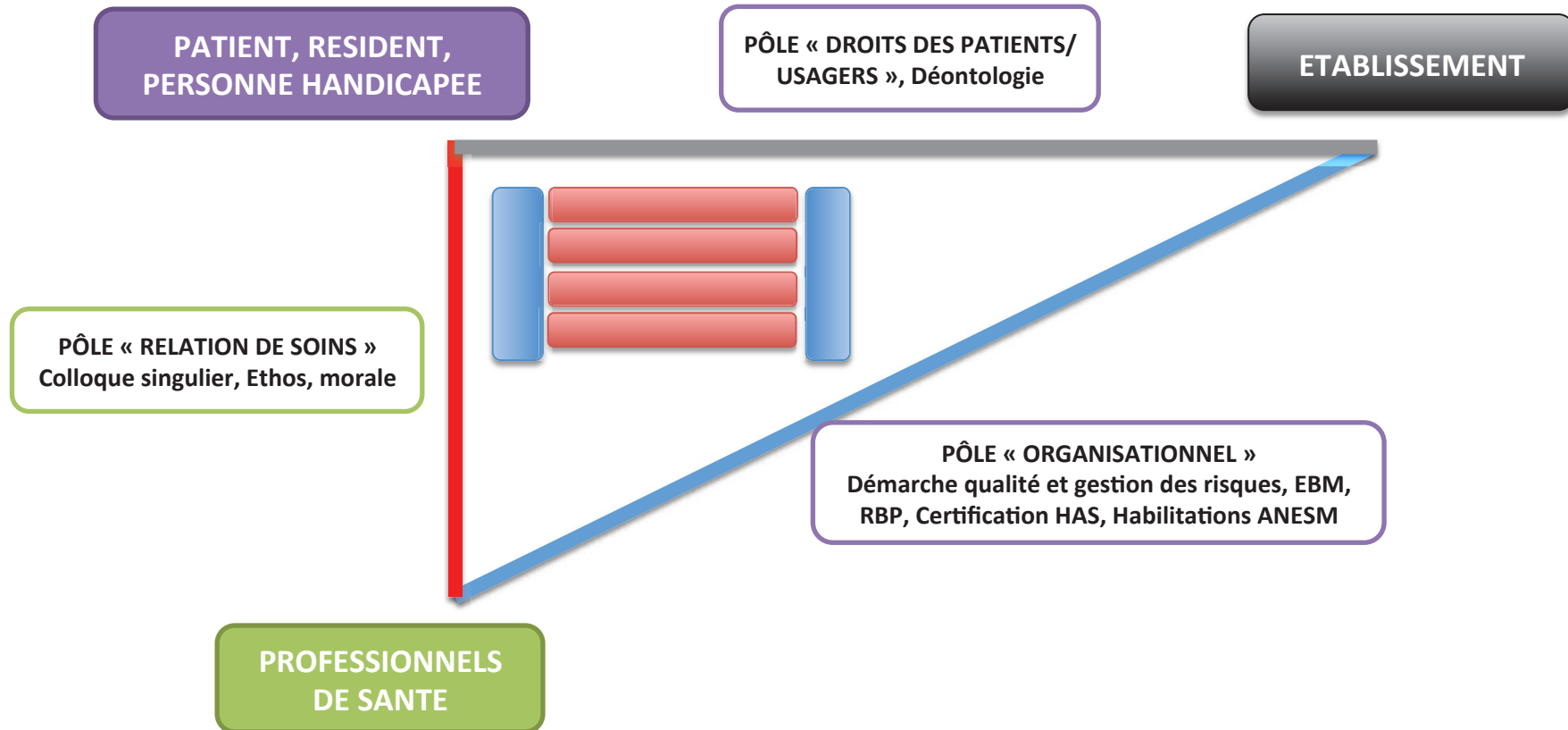
TRIANGULATION ETHIQUE DE TYPE « AUTONOMIE »



TRIANGULATION ETHIQUE DE TYPE « PATERNALISTE »



TRIANGULATION ETHIQUE DE TYPE « QUALITE »



LA VISEE ETHIQUE EN PRATIQUE



RÉPONSES ETHIQUES DE TYPE DROIT, DÉONTOLOGIE

CAS CLINIQUES

- Patiente de 94 ans vivant seule à domicile, en bonne santé physique mais présentant des troubles mnésiques et temporo-spatiaux. Possède une fortune personnelle considérable non protégée (objets d'art) pouvant entraîner un risque important de spoliation et un risque pour la sécurité de la patiente en cas d'agression au domicile.
- Patiente de 62 ans en bonne santé physique, connue depuis 5 ans et consultant au Cabinet du Médecin Généraliste pour mise en place de ses directives anticipées avec un formulaire type fourni par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD).
- Femme de 50 ans, vivant en couple « stable » chez qui est découverte une maladie probablement sexuellement transmise. Quelle responsabilité du médecin dans l'information, dans les bilans à proposer à la patiente et à son mari et quelle prise en compte des problèmes relationnels éventuellement générés ? Le consensus scientifique sur une conduite à tenir exonère-t-il le médecin de la réflexion sur un cas individuel ?
- Patiente de 48 ans infirme moteur cérébral, parents décédés et sous tutelle de ses frères et sœurs qui s'occupent seuls d'elle. Mais suspicion par le médecin traitant de maltraitance et de perte de chances en soins. Question du médecin traitant d'institutionnaliser ou non la patiente ?
- Médecin généraliste consulté dans le cadre de ses vacances en Planning Familial pour la réalisation de certificats de virginité chez des filles nord-africaines le plus souvent.
- Sœur d'un patient alcoolique chronique et refusant de consulter son médecin généraliste (la dernière consultation du patient datant par ailleurs de plus de 5 ans). La sœur du patient menace le médecin de l'attaquer en justice pour non assistance à personne en danger si le médecin n'intervient pas.
- Maman d'un patient de 25 ans demande une prescription d'un anxiolytique à distance pour son fils, sans examen clinique préalable par le médecin.
- Patient de 66 ans, musulman non pratiquant, grand sportif, cadre d'entreprise, chez qui on découvre une hypertension artérielle systolique à 22 mm Hg et asymptotique. Décision de mise en place d'un traitement hypertenseur. Mais le patient refuse de le prendre, et ce quelque soit le traitement à partir du moment où apparaît sur la notice des effets indésirables un risque d'impuissance. Le patient souhaite privilégier une vie sexuelle accomplie, au risque de survenue d'un AVC.

RÉPONSES ETHIQUES FACE A L'ALTÉRITÉ RADICALE

CAS CLINIQUES

- Femme de 52 ans tétraplégique avec gastrostomie et trachéotomie, à domicile avec son mari, des infirmières libérales et des aides à domicile 24h/24. Problème de la place du médecin dans cette organisation lourde. Problème de sa capacité à recueillir, à accepter et à faire appliquer la volonté du malade. Risque d'instrumentalisation de la malade par l'équipe et l'entourage. Problème du sens pouvant être donné aux soins d'un patient pauci-relationnel, et de la responsabilité portée par les soignants.
- Patient atteint de sclérose en plaques et d'un cancer de la thyroïde avec récurrence. Le patient ne souhaite pas être traité pour son cancer. Question du médecin traitant quant au refus de soins réel du patient ?
- Patient et épouse voulant imposer leurs propres règles de fonctionnement avec les professionnels, en Chef d'entreprise qu'était le patient. La situation dramatique que vivaient ce patient et son épouse donne-t-elle le droit d'être odieux avec les professionnels ? Jusqu'où le soignant peut-il être humilié sous prétexte que la situation est dramatique ?
- Patient hospitalisé en hématologie pour leucémie en phase terminale, en échec thérapeutique, et faisant la confidence suivante à un ami proche : « Je leur ai fait confiance mais ils m'ont menti ! ».

RÉPONSES ETHIQUES DE TYPE AGONISTIQUE

CAS CLINIQUES

- Famille consultant régulièrement son Médecin généraliste homéopathe et qui refuse la vaccination de leurs deux enfants âgés de 20 et 6 mois suite au décès de leur premier à l'âge de 9 ans après une vaccination obligatoire.
- Patient relativement jeune, instituteur, suivi depuis plus de 15 ans par son médecin traitant, et présentant une crise éthylique majeure depuis plusieurs mois. Survient un **appel téléphonique** du médecin réanimateur du CHU car patient en insuffisance hépatique terminale nécessitant une greffe de foie en urgence, et pour laquelle il est demandé au médecin traitant un avis sur l'intérêt ou non d'une telle greffe pour ce patient. La réponse du médecin est, sur le moment, d'un doute réel quant à l'intérêt d'une telle greffe pour un patient qui risque de continuer de s'alcooliser malgré sa greffe. Mais le patient décédera peu de temps après, non greffé. Le questionnement du médecin traitant était alors le suivant : « Qui suis-je, moi médecin traitant, pour décider si tel ou tel autre patient mérite plus qu'un autre une greffe hépatique ? ».

PARTIE 7

LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE EN PRATIQUE ?

LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE EN PRATIQUE ?

- Une démarche **exigeante**, de **longue haleine**.
- Nécessite des **compétences techniques** des différents professionnels, et **humaines** (dans la gestion des événements indésirables, comment rendre l'événement désirable...).
- **Rôle clé** de l'animateur.
- Temps, écoute, respect, bienveillance, enrichissement et apprentissages permanents (*Pathei mathos*).
- La réflexion éthique : une « *phronesis* à plusieurs », une **prudence collective** (Ricœur).
- L'éthique ce n'est pas uniquement choisir entre « le bon et le mauvais », mais aussi **faire un choix entre « le mauvais et le pire »** (le gris et le gris)...
- Et à l'issue des propositions toujours imparfaites et discutables **mais qu'il faudra assumer collectivement !**