

## **Colloque d'éthique appliquée**

### **Décision médicale, processus décisionnels : une nouvelle approche de la personne malade dans le parcours de soin**

#### **1<sup>ère</sup> journée**

**16 décembre 2013, 9H-18H Espace éthique/IDF**

CHU Saint-Louis - Paris

La décision médicale renvoie aujourd'hui à des processus en pleine mutation. L'objectif de cette première journée thématique est de mieux comprendre en quoi la construction de la décision, au-delà du colloque singulier, évolue en intégrant la pluralité des acteurs, la pluralité des attentes, la pluralité des connaissances et la pluralité des expertises : celles de la personne malade, de ses proches comme celles des professionnels.

Les principes éthiques qui accompagnent aujourd'hui ces évolutions, l'analyse des dilemmes et des conflits, la construction d'une démarche de discussion et de décision collégiale et partagée justifient des approches à construire ensemble, dans un cadre à la fois collégial et partenarial. Les éléments qui orientent aujourd'hui sur la prise de décision et en font évoluer les procédures, comme la connaissance propre de la personne malade, la reconnaissance de son autodétermination, l'environnement juridique, la place des proches doivent, eux aussi, être pris en compte dans une nouvelle pensée de la décision médicale.

Quelques thématiques :

- Processus de décision
- Prise de décision collégiale
- Conflit, dilemmes, consensus, éthique de la discussion et place de la collégialité
- La place des proches dans la relation de soins et dans la décision
- Personnalisation des soins et implication des patients dans les choix
- Le cadre de la responsabilité professionnelle, l'impact des notions de faute
- Colloque singulier et autonomie : des concepts à relativiser ?

Etudes sur les  
Sciences et les techniques  
EA 1610

## 9H00

### Introduction

**Emmanuel HIRSCH**

*Professeur d'éthique médicale, université Paris Sud, directeur Espace éthique/IDF*

## 9H15

### Sur quelques caractéristiques de la décision médicale

**Jean-Pierre CLERO**

*Professeur de philosophie à l'université de Haute-Normandie*

Depuis désormais une décennie, les soins ne sont plus uniquement décidés par le corps médical, mais ils le sont par le patient. C'est autour de son avis — quand il est possible de le recueillir ou quand on l'a recueilli — que s'organisent les soins. Celui qui "ne sait pas" a désormais pris le pas — aux yeux du législateur et, déjà très sensiblement dans la réalité — sur celui "qui sait" et qui se trouve en position de conseiller actif, jouissant de beaucoup plus de responsabilité qu'un conseiller ordinaire dans d'autres secteurs (politique, administratif, par exemple).

De plus, la décision ne doit plus être monarchique. Certes, elle peut bien encore l'être, mais elle est alors fautive, aux yeux de la loi, quand elle a lieu, même quand celui qui la prend invoque sa responsabilité. Mais qu'est-ce qu'une décision collective ? Comment peut-on être sûr, quand c'est une collectivité qui la prend, que la décision convient le mieux à une situation donnée ?

## 10H

### Prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie

**Jean-Louis MISSET**

*Professeur d'oncologie, université Paris 7, EA 1610, université Paris Sud*

Les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie rassemblent les spécialistes impliqués dans le traitement de la maladie cancéreuse, chirurgien, oncologue médical, radiothérapeute, mais aussi d'autres spécialistes (anatomopathologiste, spécialistes de l'imagerie, etc.. Elles élaborent pour chaque patient un projet de soins en se basant sur les « référentiels » publiés par l'INCA ou les sociétés savantes. La décision finale revient au patient (loi relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé) généralement non présent lors de la RCP, assisté et éclairé par son « médecin référent ».

## 10H40

### Pause

## IIH00

### **Modélisation informatique de la décision en cancérologie**

**Emmanuelle KEMPF**

*Interne en oncologie médicale, CHU Henri Mondor, AP-HP*

Symbole de l'expertise médicale, le temps de la décision surplombe la dynamique du soin. Les patientes atteintes de cancer du sein opéré confrontent les oncologues au choix délicat de traitements potentiellement toxiques mais seules armes contre les risques de rechute cancéreuse. Comment légitimer pareille décision ? La référence à une science fondamentale objective définit aujourd'hui le soin d'excellence. Dans une logique de standardisation des pratiques médicales, un logiciel d'aide à la décision online offre aux médecins la modélisation des devenir des patientes en fonction des différentes options thérapeutiques. Quelle est la juste place de l'outil informatique dans le processus décisionnel ? À qui incombe, *in fine*, la responsabilité de cette décision ? Comment articuler objectivité scientifique et subjectivité soignante à l'heure d'une quête systématique d'innovations biotechnologiques dans le domaine du soin ?

## IIH30

### **Inclusion et non-inclusion des patients dans les essais précoces en cancérologie : quels critères de décision ?**

**Valérie GATEAU**

*Philosophe, chercheur associé au CERSES*

La recherche a été encadrée au plan légal et éthique selon des critères distincts du soin, et particulièrement autour de la *protection* des personnes qui acceptent de s'exposer à des risques pour des fins scientifiques et collectives. Or, depuis peu, de nouvelles formes de recherche, notamment celles qui s'intègrent à la médecine dite « personnalisée » viennent questionner ces distinctions. C'est particulièrement vrai des essais précoces en cancérologie, qui peuvent être conçus aussi bien comme des recherches risquées sans autre but que scientifique que comme des options raisonnables d'innovation thérapeutique pour des patients en phase terminale. (Miller F.G., Joffe S., 2008).

Dans ce contexte, la question des modalités et critères de décisions des équipes, des patients et de leurs proches se trouve reformulée. En effet, certains patients demandent non pas à être protégés des risques de ces essais, mais à obtenir le droit d'y participer, tandis que certains chercheurs suggèrent des critères d'inclusion plus ouverts, permettant à plus de patients de « bénéficier » de ces essais.

C'est à la discussion de ces nouvelles demandes et des conceptions des essais qui y sont liées que se consacre l'exposé.

## I2H10

### **Place du patient insuffisant rénal chronique dans la décision de transplantation rénale**

**Marie-France MAMZER BRUNEEL**

*Directrice adjointe du Laboratoire d'éthique et de Médecine Légale, université Paris Descartes*

La complexité et la segmentation actuelle du parcours de soins des patients insuffisants rénaux chroniques ont été récemment dénoncés à l'occasion des États généraux du rein comme étant à l'origine de disparités importantes dans la prise en charge des patients, à l'origine d'inégalités d'accès aux soins. Si la mise en place d'un Dispositif d'orientation pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, proposée dans les conclusions de ces États généraux, comme « garantie d'une égalité des chances de bénéficier des traitements les plus adaptés, d'une évaluation pertinente de la possibilité d'accès à la greffe et à l'autonomie et de la réalité du libre choix » peut permettre d'espérer une rationalisation des prises en charge, quel pourrait être l'impact d'un tel dispositif sur la place du patient dans la décision médicale de transplantation rénale ?

## I3H

### **Pause**

## I4H15

### **La décision dans l'incertitude : l'éclairage d'Aristote**

**Paul-Loup WEIL-DUBUC**

*Chercheur en philosophie, Espace éthique/IDF, laboratoire d'excellence DISTALZ*

Le principisme conçoit l'acte médical au sens large (annonce diagnostique, proposition de traitement, intervention) comme un processus purement technique, là où le moment de la décision précédant l'acte serait le moment proprement moral du processus de soin. L'art du médecin procéderait comme suit : analyse d'une situation particulière, recherche inductive d'un principe, projet d'action (ou intention) et action. La moralité résiderait dans l'intention.

Le syllogisme pratique pensé par Aristote consiste à situer la moralité non plus dans le projet mais dans l'action elle-même, considérée comme la conclusion d'un raisonnement pratique (le syllogisme: majeure = fin, mineure = moyens, conclusion = action). La moralité de l'acte ne réside pas alors seulement dans l'intention, dans la fin visée par l'action, mais aussi dans l'action elle-même mettant en jeu la prudence de l'agent en sa capacité à faire face à une situation d'incertitude.

## **I4H50**

### **Décider dans l'urgence**

**Aline SANTIN**

*Urgentiste, praticien hospitalier, Groupe hospitalier Paris Centre, AP-HP, EA 1610, université Paris Sud*

Si la médecine d'urgence peut se définir comme une discipline inscrite dans l'immédiateté, elle doit également être perçue comme celle de la réflexion. Décider en pareilles circonstances implique d'avoir anticipé les éléments indispensables à la décision dans le respect des valeurs intrinsèques du soin. Sans cette délibération, la décision ne saurait être adaptée et encore moins pertinente.

## **I5H30**

### **Approche éthique des décisions d'arrêt de traitements à la phase aiguë des AVC graves**

**Sophie CROZIER**

*Neurologue, praticien hospitalier, CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP, EA 1610, université Paris Sud*

L'accident vasculaire cérébral, est une pathologie aiguë et grave, qui peut conduire au décès rapide du patient ou à un handicap neurologique sévère, moteur et/ou cognitif. Dans les situations les plus sévères, l'action médicale amène à envisager des limitations ou arrêt de certains traitements si le pronostic s'avère « catastrophique », signifiant le plus souvent le risque d'un handicap « inacceptable ». L'action médicale dans ces situations est particulièrement complexe et pose de nombreuses questions éthiques que nous nous proposons de discuter.

## **I6H00**

### **Le tragique de l'indécidable**

**Véronique LEFEBVRE DES NOETTES**

*Psychiatre du sujet âgé, centre hospitalier Émile Roux, AP-HP*

Quand on ne peut ni ne peut : « je ne peux te garder à la maison, mais je ne peux me décider à "te placer" », on se situe dans le tragique de l'indécidable. Or les faits sont là : perte d'autonomie, troubles des fonctions cognitives, mise en danger par des chutes ou des errances ; l'impossibilité du maintien au domicile s'impose dans une brutalité temporelle qui est celle de l'urgence. Très vite s'esquisse la possibilité, puis la probabilité, puis la nécessité d'un "placement" : le temps et l'espace vont se déchirer à l'aune des conflits d'intérêts entre le patient, sa famille, l'hôpital et l'institution d'accueil. Qui décide alors et pour qui, quand l'autonomie est blessée par les vulnérabilités cumulées ?

Etudes sur les  
Sciences et les techniques  
EA 1610

**16H30**

**Consensus et confusion : l'expérience de la psychothérapie institutionnelle**

**Aymeric REYRE**

*Psychiatre, praticien hospitalier, Hôpital Avicenne, AP-HP, EA 1610, université Paris Sud*

Les évolutions récentes de la médecine dans nos sociétés conduisent à la promotion d'un mode de décision médicale plus collégial que par le passé. Ces décisions semblent se fonder à la fois sur des discours d'expertise et sur une dispersion de la responsabilité, avec le consensus comme horizon. Malgré le gain de rationalité et l'apparente amélioration de la discussion au sein des équipes de soin, ces pratiques ne paraissent pas toujours atténuer l'angoisse des patients ni celle des professionnels.

A partir de l'expérience singulière du mouvement dit de « la psychothérapie institutionnelle » né dans la France de l'après-guerre, nous proposerons une réflexion sur la potentielle émergence d'une confusion angoissante au sein de groupes soignants en recherche de consensus et de non-conflictualité.

En nous référant aux travaux de Paul Ricœur et à l'approche psychanalytique du fonctionnement des groupes, nous explorerons des issues potentielles à cette confusion.

**17H00**

**Processus de décision, prise de décision collégiale**

**Emmanuel PICAUVET**

*Professeur d'éthique appliquée à l'université Paris I Panthéon-Sorbonne*

Le lien entre organisation du dialogue et structuration de la décision, dans un champ de décision complexe (pour lequel les enjeux, les problèmes principaux, les buts, etc. ne sont pas toujours données d'avance ou de manière évidente).

**17H45**

**Conclusion**

**Emmanuel HIRSCH**

**Inscriptions gratuites mais impérative**

[http://www.espace-ethique.org/actualites/événements-de-lespace-éthique-pour-les-mois-de-novembre-et-décembre-2013](http://www.espace-ethique.org/actualites/evénements-de-lespace-éthique-pour-les-mois-de-novembre-et-décembre-2013)