

Correction QCS

1 : E

La réponse A = fausse. Hérophile, à l'époque de la grande bibliothèque d'Alexandrie, il a pratiqué les premières dissections. C'est Dioscoride (né entre 20 et 40 après J.C. et mort vers 90) le « grand pharmacologue » de l'antiquité. Il précède Galien (129-201).

La réponse B = fausse. A partir du XVIIème siècle, l'origine des médicaments va changer : c'est d'abord le début de la chimie organique, puis la naissance de la chimie extractive (morphine 1817, atropine 1831) et enfin l'arrivée de la chimie thérapeutique qui obtient par synthèse des substances douées d'une activité thérapeutique.

La réponse C = fausse. La profession naît dans la Grèce ancienne grâce à la gymnastique médicale (cf les préconisations d'Hippocrate). Puis, le thermalisme dans l'empire Romain fait intervenir un certain nombre d'auxiliaires dédiés aux massages.

La réponse D = fausse. Albucacis ou Abulcacis ou Aboulcassis (940-1013) est l'un des plus grands chirurgiens du monde musulman à l'origine de la cautérisation ou encore du gargarisme.

2 : D

3 racines au soignant : la racine chamane, la racine « homme de science », la racine thérapeutique.

Dans la racine « homme de science », il y a 4 étapes qui sont :

- L'étape empirique avec la trépanation
- L'étape de la « pensée logique » avec Hippocrate et son corpus
- L'étape expérimentale avec le muséum d'Alexandrie
- L'étape d'organisation collective de la recherche

3 : E

La réponse A = fausse car il décrit des contrats de droit privé.

La réponse B = fausse. Il est mentionné dans le corpus hippocratique. « ... celui que veut arriver à une connaissance intime de la médecine doit réunir les dispositions naturelles, une science acquise, un séjour favorable (aux études), une instruction commencée dès l'enfance, l'amour du travail et une longue application... »

La réponse C = fausse car c'est dans le code d'Hammourabi. Article 221 : « si un médecin a guéri un membre brisé d'un homme libre et a fait revivre un viscère malade, le patient donnera au médecin cinq sicles d'argent. »

La réponse D = fausse. Il est fait mention de l'obligation de moyen et non de résultat.

La réponse E = juste. Elle est décrite dans le code d'Hammourabi, texte babylonien daté d'environ 1750.

4 : B

La réponse A = fausse car à l'origine l'hôpital bénéficiait de la charité chrétienne.

La réponse C = fausse car l'hôpital est l'œuvre de la bienfaisance uniquement et non de la piété.

La réponse D = fausse, la direction épiscopale (le Grand aumônier) des hôpitaux cesse en 1543, au profit des officiers royaux qui vont gérer les hôpitaux généraux créés par Louis XIV.

La réponse E = fausse car les léproseries sont des lieux de réclusion. C'était synonyme de mort puisque l'entrée en léproserie s'accompagnait d'une cérémonie funéraire et d'une ouverture à la succession.

5 : B

La réponse B = fausse car c'est en 1961 que l'hôpital de Poitiers devient un CHU soit 3 ans après la réforme Debré.

6. D.

Il s'agit de l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. Cette responsabilité s'établit sur une base contractuelle.
Cf. Cours Pain 3, page 4.

7. D.

Cet arrêt de la Cour de Cassation reconnaît pour la première fois la notion de droit du malade. La Cour affirme le principe du respect du consentement préalable du malade à des examens ou à la mise en place d'une thérapeutique.

Cf. Cours Pain 3, page 4.

8. A.

Publié en mars 2000, le rapport Etienne Caniard, après avoir rappelé l'existant en matière de représentation des usagers, propose des orientations :

- privilégier les lieux de dialogue plutôt que d'expertise,
- rechercher la participation aux processus de décision,
- permettre l'exercice d'une fonction de vigilance, des lieux de partage de l'information.

Il insiste également sur la nécessité d'une structuration du mouvement associatif dans le domaine de la santé avec une mission reconnue par la création d'un institut de la consommation de l'environnement et de la santé, mais aussi sur la nécessité de réformer les commissions de conciliation, de mettre en œuvre des procédures d'études systématiques de plaintes.

Cf. Cours Pain 3, page 5.

9. C.

Par cet arrêt du 17 novembre 2000, la Cour de Cassation reconnaît le préjudice subi par Mme Perruche et son droit à faire une demande d'indemnisation. Cependant, cet arrêt ne fera pas jurisprudence dans la loi du 4 mars 2002.

Le titre 1 de la loi Kouchner est intitulé "Solidarité envers les personnes handicapées. L'article 1 dit : « Nul ne peut porter plainte du seul fait de son handicap ».

Cet article a été abrogé en 2005 à l'occasion de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cf. Cours Pain 3, page 5.

10. B.

Il s'agit de la loi dite Claeys-Leonetti.

Cf. Cours Pain 3, page 5.

11. C.

Cf. Code de déontologie médicale (version actuelle), article 6 : « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

Cf. Cours Pain 3, page 8.

12. E.

Les ayants droit ont accès uniquement à des informations limitées permettant de connaître les causes du décès, d'honorer la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits suite à son décès. Le secret reste réel même après le décès.

Cf. Cours Pain 3, page 11.

13. E.

L'article L.1110-5 du CSP stipule que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

Le texte ajoute que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle

qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches.

»

L'article 37 du CDM indique qu'« 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 ».

Cf. Cours Pain 3, page 17.

14. E.

Né en 1943, cet anthropologue est professeur émérite de l'université française.

Cf. Cours Pain 6-1, page 16.

15. E.

Cf. Cours Pain 6-1, page 18.

16. D.

Il s'agit là de la conséquence d'une perspective purement organique.

Cf. Cours Pain 6-1, page 18.

17. C.

Apparu les années 1970 dans un contexte de revendication générale et de remise en cause des experts, ce nouveau modèle de la relation médecin/malade théorisé par E. Freidson, un sociologue « interactionniste » de l'école de Chicago dans son ouvrage *La profession médicale* s'appuie sur une hypothèse : les différents groupes sociaux (les malades/les médecins) ont des intérêts divergents et s'opposent. Médecins et patients sont des acteurs qui développent des stratégies en fonction de leurs propres intérêts. Dès lors, son modèle est conflictuel alors qu'il est consensuel chez Talcott Parsons.

Cf. Cours Pain 6-1, page 22.

18. A.

En anglais, *behavior* signifie comportement.

Cf. Cours Pain 6-2, page 10.

19. D.

Loi n° 2013-715 tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires. Le texte prévoit de passer du régime actuel d'interdiction de la recherche sur l'embryon avec dérogation à une autorisation encadrée :

- Les recherches pourront être menées à partir d'embryons surnuméraires conçus dans le cadre d'une procréation médicalement assistée (fécondation in vitro), ne faisant plus l'objet d'un projet parental, après information et consentement écrit du couple concerné.

- Le consentement du couple doit être confirmé à l'issue d'un délai de réflexion de trois mois et peut être révoqué sans motif par les deux membres du couple ou le membre survivant tant que les recherches n'ont pas débuté.

- La recherche sur ces embryons est limitée à cinq ans et doit avoir pour seul objectif de permettre des progrès thérapeutiques. Les protocoles de recherche sont autorisés par l'Agence de biomédecine qui transmet sa décision, assortie de l'avis du conseil d'orientation aux ministres chargés de la santé et de la recherche qui dans un délai d'un mois peuvent conjointement demander un nouvel examen du dossier.

Cf. Cours Pain 5, page 5. Question 11 des annales de 2020.

20. A.

Cf. Cours Pain 2, page 44, 45. Question 12 des annales de 2020.

QCM

21 : C - E

La réponse A = fausse car on fait remonter l'étape expérimentale à l'époque de la grande bibliothèque d'Alexandrie (-288 avant notre ère) et non de la ville d'Alexandrie.

La réponse B = fausse, c'est à sainte Rita qu'il faut s'adresser. Saint Roch étant plus « spécialisé » dans les pathologies dermatologiques et infectieuses. Les Saints guérisseurs font partis de la racine chamane du soignant et fin XIXème siècle il y en avait environ 1000.

La réponse D = fausse. Si les prémices sont les avancées en chirurgie, la lutte anti-infectieuse, les traitements contre la douleur mais la vraie naissance du pouvoir thérapeutique est la découverte des antibiotiques et la naissance de la sécurité sociale.

La réponse E = juste. L'étape expérimentale est stoppée pendant 1000 ans, soit durant le Moyen Age. Il faudra attendre la Renaissance pour voir « renaître dans les universités avec le concours de l'imprimerie les conditions propices au développement de la science.

22 : B - E

La réponse A = fausse. En 1895 la distinction entre officiers de santé et docteurs en médecine sera supprimée. Mais les premières années pourront se faire en école les dernières devront obligatoirement être dispensées en faculté.

La réponse B = juste

La réponse C = fausse c'est Louise Bourgeois qui était la sage-femme de Marie de Médicis et qui rédigea l'ouvrage de *Bons conseils aux sages-femmes*. Tandis qu'Angélique Le Boursier du Coudray est l'auteur du mannequin grandeur nature permettant d'affiner la formation.

La réponse D = fausse. Elle s'achète en payant la patente qui est un impôt.

La réponse E = juste. Au cours du Moyen Age, la profession prend de l'essor et s'organise en corporation.

23 : B - E

La réponse A = fausse. Le patient est un partenaire de soins, la relation est horizontale.

La réponse B = juste puisque à partir du XIXème siècle, de plus en plus d'auteurs ont commencé à dénoncer la conspiration du silence autour du malade. Ce fut le début du modèle autonomiste.

La réponse C = fausse. L'information est au cœur de la transformation de la relation soignant/soigné passant du modèle paternaliste vers le modèle autonomiste. Le modèle « consumériste » est une dérive du modèle autonomiste poussé à l'extrême.

La réponse D = fausse car souvent sans explication le médecin jugeait de ce qui était bon pour le patient. Ce paternalisme protecteur et bienveillant à l'égard du profane affaibli et vulnérable a dominé la relation soignant/soigné pendant des siècles.

La réponse E = juste puisque de l'Antiquité jusqu'au Moyen Age, les faibles connaissances scientifiques et le poids de culte religieux (polythéiste puis monothéiste) ont fait du médecin l'exécuteur de la volonté divine.

24 : A - C - D - E

La réponse A = fausse car l'hôpital dépend de la charité chrétienne. Le principe étant que tout établissement et toute fonction ecclésiastique devait consacrer le quart de ses revenus aux pauvres.

La réponse B = vraie : l'apparition de l'hôpital s'explique par deux facteurs : les voyages et les villes.

La réponse C = fausse. Sur les grandes routes (voyages vers les lieux de pèlerinages ou Croisades) sont apparus des établissements appelés hôpitaux ou hospices et dont la vocation première était l'hébergement et la restauration.

La réponse D = fausse. C'est dans les léproseries que l'entrée était considérée comme une espèce de mort et s'accompagnait d'une cérémonie funéraire et d'une ouverture de la succession.

La réponse E = fausse. Jusqu'au XVIIIème siècle, la médecine censée résider dans la faculté de médecine, restera étrangère au monde hospitalier.

25 : A -D - E

La réponse A = juste. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation créée en 1997, devient la Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, pour renforcer la qualité et la pérennité de notre système de santé. Elle agit pour améliorer la qualité de santé afin d'assurer à tous un accès équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible. Une volonté de maîtriser les dépenses de santé.

La réponse B = fausse. Le 30 décembre 1958, la réforme initiée par le professeur Robert Debré crée les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins à temps plein hospitalo-universitaires.

La réponse C = fausse. C'est la loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 qui consacrent juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne.

La réponse D : juste. Des recherches inédites démontrent l'importance, dans la deuxième moitié du XIXe siècle, de l'hospitalisation de campagne dans les guerres modernes. Dans la période-charnière des années 1850-1860, ces premières guerres modernes que furent la Guerre de Crimée et, surtout, la Guerre de sécession, démontrèrent la faible mortalité dans les hôpitaux de campagne.

La réponse E = juste. En 1796, le Directoire met en place une commission municipale qui depuis 1970 se nomme conseil d'administration. Mise en place d'une gestion budgétaire.

26. B, E.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

L'information se fera de façon privilégiée par un entretien individuel. Toutefois, le patient peut se faire assister s'il en ressent le besoin.

Cf. Cours Pain 3, page 9.

27. A, C.

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) ont été mises en place par la loi du 4 mars 2002 (articles L.1142-4 à L.1142-8 du CSP). Elles sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes ou aux infections nosocomiales.

Toute personne s'estimant victime d'un acte médical (de prévention, de diagnostic ou de soins), son représentant légal, ou ses ayants droit en cas de décès, peut saisir la CRCI. La CRCI est présidée par un magistrat et composée de représentants des usagers, des professionnels de santé et des responsables d'établissements de soins. En parallèle, la victime peut aussi choisir de porter plainte par la voie judiciaire ou administrative.

La victime saisit la CRCI grâce à un formulaire type. La commission étudie alors la recevabilité de la plainte, en fonction de sa nature, de la gravité des dommages (atteinte à l'intégrité physique et psychique supérieure à 24 % ou arrêt temporaire des activités professionnelles d'au moins 6 mois, inaptitude professionnelle, déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 50 % sur une durée de six mois consécutifs ou non consécutifs sur une période d'un an). De plus, l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit s'être déroulé après le 4 septembre 2001.

Cf. Cours Pain 3, pages 13, 14.

28. D.

L'article L.1111-3 du CSP précise que : "Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas

échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite."

S'il n'a pas respecté ses obligations d'affichage et d'information ou bien s'il n'a pas fixé ses honoraires avec tact et mesure, il est notifié au professionnel de santé un rappel de réglementation. Le praticien qui persisterait dans ces manquements encourrait une amende administrative de 3 000 euros. Dans ces deux cas, le médecin encourt des sanctions disciplinaires ordinaires (par l'Ordre des Médecins).
Cf. Cours Pain 3, page 16.

29. A, D.

Les deux premières dimensions sont l'émotionnel (dont l'affectif) et le cognitif ; mais il faut également prendre en compte le perceptif (les sensations que perçoit le patient à travers son corps), le métacognitif (le regard que le patient porte sur sa santé, sa maladie, son traitement et ses soignants). Une autre dimension à ne pas oublier est appelée l'« infra », car elle se trouve souvent implicite ou cachée pour la personne elle-même. Elle se décline en plusieurs facettes, dont l'infrocognitif, c'est-à-dire les raisonnements intimes, les évidences, les soubassements de la pensée. L'infra comporte également une part affective (ce sont cette fois les dimensions émotionnelles qui sont refoulées). Dans le cas d'un infraperceptif, ce sont les sensations corporelles qui sont inhibées par la pathologie.
Cf. Cours Pain 6-1, page 6.

30. C, E.

C'est un groupe de médecins et/ou d'autres professionnels de la santé qui en général ne dépasse pas quinze participants. Il est animé, si possible, par un analyste (médecin de préférence) ou par un psychiatre et un autre médecin ayant acquis une bonne expérience du groupe Balint.

Ce n'est pas un groupe thérapeutique : si le soignant a un problème personnel, il doit chercher à le résoudre ailleurs, mais pas dans le groupe Balint ; car celui-ci n'est pas un groupe qui soigne le soignant. Ce n'est pas un séminaire de cas cliniques : ce n'est pas la maladie ou le malade qui est au centre des discussions, comme c'est le cas à l'hôpital ou en clinique psychiatrique. L'histoire du malade est un point de départ pour étudier la relation du soignant avec son patient et voir, par exemple, comment tel médecin peut aider le mieux tel patient à évoluer favorablement.

Ce qui est important dans le groupe Balint, c'est non seulement de reconnaître les émotions du malade mais aussi celles du soignant et de voir comment l'interaction entre les deux peut être favorable et utile au malade. Enfin, on recherche à déceler les phénomènes inconscients tels que les non-dits, les actes manqués, les passages à l'acte, les mots employés et leurs répercussions sur la relation.

Cf. Cours Pain 6-1, page 8.

31. D, E.

Dans le modèle bio-médical, les maladies sont des entités spécifiques, indépendantes. Peu importe la personne : tout le monde souffre de la même maladie. Le rôle du médecin est alors de ne s'intéresser qu'à la maladie. Dans ce modèle le meilleur des médecins est le chirurgien : il ôte la maladie, et tout redevient comme avant.

Ce modèle considère la maladie comme :

- Ontologique : renvoie à l'anatomie, au microscope et à l'anatomopathologie : la maladie a un « être », une existence solide : la lésion anatomique
- Exogène : la maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile à l'intérieur du corps ou de l'esprit du malade (modèle de Pasteur).
- Maléfique : la maladie constitue une agression extérieure, un ennemi qu'il faut éliminer.

Cf. Cours Pain 6-1, page 16.

32. A, B.

C'est un modèle de la négociation dans lequel les positions ne sont pas figées.

L'idée d'une opposition de culture est propre à la pensée conflictuelle de Freudson.

Cf. Cours Pain 6-1, page 24.

33. E.

Historiquement le premier sociologue à s'être intéressé à la relation médecin/malade est Talcott Parsons dans un ouvrage paru en 1951, *The social system*.

Il part d'une hypothèse : médecin et malade ont le même but : la guérison. A partir de l'observation des pratiques, Parsons déduit un modèle qui permet de comprendre la relation médecin/malade. Il analyse le rôle et la place de la maladie et de la médecine dans la société :

- la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société : l'individu est un travailleur, il doit être en bonne santé, la maladie est une déviance, un trouble de l'ordre social,
- la médecine est l'institution moderne qui permet de gérer en douceur cette menace, en proposant un compromis :

- elle donne au malade le droit de s'exempter de ses responsabilités pendant un temps court,
- elle fait cesser au plus vite le scandale de la maladie afin que les intérêts de la société soient préservés,

- la médecine joue un rôle de contrôle, de régulation sociale,

- ce rôle est bénéfique : le malade peut se soigner et la société retrouve rapidement un travailleur.

Dans le modèle de Parsons comme médecin et patient partagent le même but, ils respectent des rôles. Le médecin est l'expert, il est paternel et prend les décisions. Le patient veut guérir et suit donc les prescriptions. Leur relation est basée sur un consensus.

Cf. Cours Pain 6-1, page 22.

34. A, D, E.

La psychanalyse est l'exploration de l'inconscient, fondée par Freud en 1895. C'est une cure par la parole, car ce sont « les mots qui vont nous sauver de nos maux ».

Elle établit que le premier stade de formation de la personnalité est le stade oral puis vient le stade anal et enfin le stade phallique.

Jean Piaget appartient au courant cognitiviste (ou constructiviste).

Cf. Cours Pain 6-2, pages 16 & 26.

35. B, C.

C- FAUX : Le principe du don croisé (loi bioéthique de 2011) signifie que finalement l'organe peut revenir à un tiers mais que le don n'est pas dirigé initialement vers un tiers.

D- VRAI : le malade a le droit de refuser un soin pour quelque motif que ce soit.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé tend à réaffirmer la place du patient en tant qu'acteur actif de ses propres soins.

En ce sens l'article L.1111-4 du Code de la santé publique consacre le droit du patient au refus de soins. Il dispose que "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment."

Le droit au refus de soins connaît deux exceptions légales dans les hypothèses suivantes :

- ▶ La personne est hors d'état de manifester sa volonté et ses proches devront être consultés sauf urgence ou impossibilité ;

- ▶ S'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle lorsque le refus de soins risque d'entraîner pour ce dernier des "conséquences graves."

L'article 36 du Code de déontologie médicale reconnaît expressément ce droit au patient.

E- VRAI : le fait de consulter la famille pour savoir si la personne était effectivement hostile au don d'organe est une attitude humaine exigée par la loi, mais la présomption du fait d'être donneur prime

sur toute autre présomption faute de preuves. La loi Caillavet du 22 décembre 1976 établit cette présomption renforcée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Il est possible de refuser le don simplement de certains organes spécifiques.

Cf. Cours Pain 8, page 4.

36. C, E.

A- FAUX : la question a été soulevée mais nous restons sur le principe de 94.

B- FAUX : Les CECOS ont ces informations mais ne les communiquent pas sauf nécessité médicale a posteriori. Sans quoi, des enfants pourraient retrouver la trace des donneurs. Sans cet anonymat, il risquerait de ne plus y avoir de donneurs. Déjà, ils sont peu : 363 hommes en 2016 et 550 femmes pour 1760 couples ayant bénéficié d'au moins une tentative d'AMP.

C- VRAI : Environ 75 % ne le savent pas et les autres l'apprennent souvent par hasard.

D- FAUX : elles sont consignées aux CECOS (Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme).

E- FAUX : un appariement, dans la mesure du possible, est effectué selon l'origine ethnique, la couleur des yeux et des cheveux, le groupe sanguin. Mais le receveur ne peut consulter ces informations qui pourraient le mettre sur la piste du donneur.

L'insémination est par définition la technique de procréation médicalement assistée la plus ancienne et la moins invasive. **L'insémination artificielle avec don de sperme (IAD)** revient à déposer dans l'utérus de la patiente un échantillon de sperme provenant d'un donneur anonyme. Ce protocole de reproduction assistée est préconisé en cas de stérilité masculine au sein du couple hétérosexuel, de risque de transmission d'une pathologie génétique ou d'absence de partenaire masculin dans le projet de grossesse.

L'insémination artificielle avec don de sperme est conseillée lorsque :

- l'éjaculat ou la biopsie testiculaire révèle une azoospermie (absence de spermatozoïdes) ;
- le partenaire masculin est porteur d'une maladie génétique indétectable sur l'embryon ;
- le sperme ne peut être débarrassé du virus d'une maladie sexuellement transmissible ;
- le sperme présente des anomalies chromosomiques ;
- les rhésus des partenaires sont incompatibles (avec risque d'iso-immunisation) ;
- le projet de maternité est engagé par une femme célibataire ou un couple de lesbiennes.

A noter : Pour être donneur de sperme, il faut avoir entre 18 et 44 ans, être en bonne santé (examens médicaux). Il n'est pas requis d'être déjà père. Cette clause a été modifiée suite à la loi de bioéthique de 2011 et est entrée en application le 13 octobre 2015. Le donneur peut demander à conserver une partie de son sperme pour pallier une infertilité personnelle ultérieure si besoin. Depuis la loi bioéthique de 2004, le donneur n'a plus besoin d'être en couple. Si c'est le cas, l'autre membre du couple doit donner son accord. Le don ne peut servir pour donner naissance à plus de 10 enfants.

Cf. Cours Pain 8, page 16.

37. B, D, E.

La loi de 2016, changera leur durée de validité : 3 ans par la loi de 2005, sans limites ensuite. De plus, elles deviennent imposables [et non "opposables" ("doit en tenir compte")] ce qui reviendrait à opposer la vision du patient à celle du médecin et à faire un acte même illégal] au médecin en 2016 alors qu'elles sont ce dont le médecin doit "tenir compte" en 2005.

Depuis la fin des années 1990, les lois successives font progresser les droits des malades ou des patients en fin de vie à exprimer leur volonté concernant la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitements ou d'actes médicaux.

- 1999 : la loi du 9 juin garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie (article 1).
- 2002 : la loi du 4 mars (dite loi Kouchner) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé. De fait, le refus de traitement est désormais inscrit dans la loi puisqu' « 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 ».

- 2005 : la loi du 22 avril (dite loi Leonetti) instaure les notions de directives anticipées (art. 7) et de personne de confiance (art.8). Les directives anticipées **indiquent par écrit** (avec date et signature) les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant...Les directives anticipées visent alors à éclairer le médecin dans ses choix.

Article 7 de la loi de 2005 : "*Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.*"

- 2016 : la loi du 2 février (dite loi Claeys Leonetti) et ses décrets d'application publiés en août réaffirment le poids des directives anticipées et de la personne de confiance.

Les directives anticipées (DA) dans la loi Claeys Leonetti

Définies à l'article L1111-11 du Code de la Santé publique les directives anticipées sont des instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.

Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige

Avec la **loi de 2016, le délai de validité de 3 ans est supprimé.**

Alors que depuis 2005 les directives anticipées visaient à **éclairer le médecin dans ses choix** (rôle consultatif) elles **s'imposent désormais aux soignants** sauf dans deux cas prévus et encadrés par la loi :

- en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise

- à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire
- est inscrite au dossier médical.
- est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Cf. Cours Pain 4, pages 13 et 18.

38. C, D, E.

A : Ethique : CCNE, avis 121 du 13 juin 2013.

B : Loi : Article 221-5-1 du code pénal français.

C : Code de déontologie médicale, article 2.

D : Code de déontologie médicale, article 7.

E : Code de déontologie médicale, article 34.

Un code de déontologie a une valeur de règle sectorisée mais n'indique pas de sanctions, alors que la loi le fait ou le sous-entend presque toujours, mais dans un domaine non sectorisé.

Un avis éthique est une analyse et un conseil ; il n'a aucune valeur impérative et repose sur des principes philosophiques généraux et non sectorisés.

Cf. Cours Pain 2, page 10.

39. A, E.

Ce rapport préconise des principes pour rendre l'éthique applicable. Il ne hiérarchise pas les principes. Il aborde de façon complémentaire la bienfaisance et la non-malfaisance d'Hippocrate "primum non nocere". Il peut être exploité aussi bien d'un point de vue déontologique que téléologique.

Le **principisme** propose que les décisions à portée éthique dans l'univers des soins de santé puissent être construites dans le respect d'un **nombre limité de principes fondamentaux**, tels ceux de respect de l'autonomie de la personne, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice [Le rapport Beauchamp et Childress, en 1979, reprend le rapport Belmont et fixe les 4 principes énoncés plus haut : justice, autonomie, bienfaisance, non-malfaisance dans un texte intitulé *Principes d'éthique biomédicale*].

Cf. Cours Pain 2, pages 35, 36.

40. C, E.

Président nommé par décret par le Président de la République pour une période de deux ans renouvelable. Il conduit les travaux du CCNE.

a. Pr. Jean BERNARD (1983-1993),

b. Pr. Jean-Pierre CHANGEUX (1993-1999),

c. Pr. Didier SICARD (1999-2007)

d. Pr. Alain GRIMFELD (2007-2012)

e. Pr. Jean-Claude AMEISEN (2012-2016)

f. Pr. Jean-François DELFRAISSY à compter du 4 janvier 2017 (décret du Président de la République du 15 décembre 2016) : Professeur d'immunologie clinique et de médecine interne à la Faculté de Médecine Paris Sud. Chef de Service, service de médecine interne du l'Hôpital Bicêtre. Depuis 2005, directeur de l'Agence nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites virales (ANRS). Depuis 2008, directeur de l'Institut des Maladies infectieuses, de Microbiologie et de l'INSERM-CNRS. Depuis 2009, coordinateur du Plan Recherche sur la grippe A (H1N1). 2) 39 membres nommés pour 4 ans a. 5 personnalités appartenant aux « principales familles philosophiques et spirituelles » (courants philosophiques et religions catholique, protestante, juive et musulmane)

Cf. Cours Pain 2, page 11.