



## Ethique Médicale – Bibliographie No 5

Novembre 2011

Cochez les articles qui vous intéressent et renvoyez le document à :

Isaline Maffli, Communauté d'Intérêts de la Côte, Commission d'éthique, Ch. du Crêt 2, 1110 Morges

Nom : ..... Service : .....

Fonction : ..... Lieu/adresse : .....

### Allocation des ressources

**Rationing by clinical effectiveness**

3435

Auteur(s) : Buyx, A., Friederich, D. et Schöne-Seifert, B.

Source : *British Medical Journal*. 2011, vol. 342, p. 531-533

Scarcity of healthcare resources calls for fair, acceptable, and ethically justified ways of allocating and rationing care. Particularly in financially difficult times, this is a formidable challenge. So far, no developed country has managed to introduce criteria for fair rationing that have remained undisputed. This is not surprising. Rationing healthcare by definition goes beyond eliminating waste and thus requires difficult moral choices. Whoever gets afflicted, it almost always hurts, and cuts must therefore have sound ethical justification. We think it is irrational and wrong to ration clearly effective treatments while offering others that promise very low individual benefits. Before other cuts are considered, medical interventions with only minimal effectiveness should be excluded from publicly funded healthcare.

**Un appel au pouvoir politique**

3431

Auteur(s) : Guillod, O.

Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 92-93

L'arrêt du Tribunal fédéral du 23 novembre 2010 (ATF 136 V 395) a suscité bien des remous, tant dans les milieux politiques et les cercles juridiques qu'auprès des professionnels de la santé. Pour la première fois, la plus haute cour du pays aborde de manière explicite la problématique du rationnement des soins. Une patiente de 70 ans souffrait de la maladie de Pompe, une maladie génétique rare (touchant environ une personne sur 100 000 en Europe) à transmission autosomique récessive, qui affecte de nombreux organes, les muscles et le système nerveux et conduit progressivement à la mort. La patiente demandait le remboursement du Myozyme®, un médicament admis à la vente en Suisse par Swissmedic mais ne figurant pas sur la Liste des spécialités. Face au refus de sa caisse maladie de prendre en charge le coût de ce médicament (500 000 à 600 000 francs par année), la patiente saisit les tribunaux et obtint gain de cause devant l'instance cantonale. Contre ce jugement, la caisse maladie recourut au Tribunal fédéral. Le Tribunal fédéral a admis le recours de la caisse maladie et nié l'obligation de prendre en charge le Myozyme, au terme d'un raisonnement en trois étapes.

**Fair funding of extraordinarily expensive medication**

3432

Auteur(s) : Fleck, L.

Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 96-99

In 2010 the Swiss Supreme Court [9C\_334/2010] ruled that a health plan was not obligated to pay the costs of the drug Myozyme® for a 70-year-old-woman in the advanced stages of Pompe disease. In this commentary I will argue that the court's judgment may have been too broad, that there are moral considerations that would justify providing this drug to some range of Pompe patients, and that such a decision would not necessarily require as a matter of justice funding every other marginally beneficial and excessively costly intervention that medicine might conceivably offer to other patients potentially faced with a premature death.

- Portée et répercussions de l'arrêt «Myozyme»**  
3433 Auteur(s) : Junod, V. et Wasserfallen, J.-B.  
Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 100-102

L'arrêt «Myozyme®» publié aux ATF 136 V 395 a eu un important retentissement, que ce soit dans les médias, la doctrine juridique ou sur la scène politique. Quels sont les enseignements à en tirer? Quelle appréciation critique faut-il y porter? De manière forcément synthétique, la présente contribution met en exergue sept des plus importantes difficultés que pose cet arrêt.

- Avions de chasse et traitements médicaux onéreux: même combat ?**  
3433 Auteur(s) : Baertschi, B.  
Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 105-106

Le Tribunal fédéral nous rappelle que, en amont de la question de l'allocation entre des patients ou des pathologies (microallocation et mésoallocation), se trouve celle de la macroallocation: combien de ressources est-il juste que nous allouions aux différentes tâches que l'Etat a à remplir? Ces tâches concernent certes la santé et la sécurité, mais aussi l'éducation, les voies de circulation et les services sociaux; les ressources de l'Etat étant limitées, nous devons nous mettre d'accord sur des critères afin de distribuer avec justice et équité ces ressources entre les différentes tâches de l'Etat.

- Dilemme d'actualité: est-ce que les coûts ou l'utilité doivent définir la valeur d'un traitement?**  
3436 Auteur(s) : Suter, P.  
Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 114

Est-il vraiment concevable d'attribuer une valeur monétaire à une vie, à une année de survie gagnée, voire même à une amélioration de l'état de santé? Médecins et soignants devraient saisir l'opportunité de cette publication du Tribunal fédéral pour entamer un vrai débat en profondeur, car il s'agit d'une occasion unique de prendre position pour une approche plus appropriée de cette thématique. Une des questions fondamentales réside dans la problématique de déterminer le bénéfice «objectif» d'une thérapie, analysé par les chercheurs, les médecins et les autres soignants, mais également de la valeur «subjective», pour le patient et sa famille, de l'amélioration de l'état de santé et du temps de vie gagné.

- Le débat sur le rationnement, une impossibilité politique (?)**  
3418 Auteur(s) : Martin, J.  
Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 28/29, p. 1066-1068

En Suisse comme ailleurs, une demande croissante de soins, liée notamment à l'augmentation de l'éventail des offres envisageables de traitement, et les limites des moyens disponibles se conjuguent pour entraîner des difficultés chroniques pour le système de santé. Dans ce contexte, l'hypothèse d'un rationnement est souvent discutée: quant au principe, personne n'en veut mais nombreux sont ceux qui estiment que, explicite ou implicite, on ne pourra l'éviter - et que, alors, autant s'efforcer de le réaliser dans des conditions et avec des critères qui soient les moins mauvais possibles.

- Maladies rares et médicaments orphelins: un enjeu de santé publique**  
3392 Auteur(s) : Lazor, R. et D'Amato-Sizonenko, L.  
Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 28/29, p. 1083-1086

Définies par une prévalence inférieure à 1/2000, les maladies rares toucheraient 5 à 6 % de la population, soit environ 500 000 personnes en Suisse. Une vaste enquête européenne a révélé pour la première fois avec précision les difficultés et les besoins des patients atteints, et montré que leur prise en charge n'est pas optimale. Des plans nationaux pour les maladies rares ont été développés ou vont l'être au cours de prochaines années dans la plupart des pays européens. La Suisse a un retard de plusieurs années dans ce domaine, mais des initiatives récentes pourraient permettre de le combler si elles sont largement soutenues. Les médicaments orphelins, destinés à un petit nombre de patients mais souvent extrêmement coûteux, sont une source potentielle de tensions entre intérêt individuel et intérêt collectif. Entité éthique, sociale, économique, mais aussi scientifique et clinique, les maladies rares et leurs traitements confrontent aux limites des connaissances et des ressources. Elles constituent un enjeu de santé publique et un défi que la Suisse est invitée à relever.

## Consentement

### Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent

3354

Auteur(s) : Bailly, D.

Source : *Archives de Pédiatrie*. 2010, vol. 17, p. 7-15

Le consentement aux soins chez l'enfant et l'adolescent pose souvent aux cliniciens d'épineux problèmes. A partir de quel âge un enfant est-il capable de comprendre les informations qui lui sont données sur sa maladie et son traitement ? Un enfant malade est-il réellement dans la capacité de donner son consentement volontaire à un traitement ? Comment définir et évaluer la capacité d'un enfant malade à participer aux décisions médicales le concernant ? Plus que l'âge de l'enfant, c'est son niveau de développement cognitif, affectif et social et ses intrications avec la maladie qui détermineront son degré d'implication dans le processus de décision. Respecter les droits et l'autonomie de chaque individu quel que soit son âge est une obligation morale et éthique. Cela ne signifie pas qu'il faut considérer les enfants et les adolescents comme des sujets capables de prendre des décisions de façon rationnelle et autonome. Cela implique de promouvoir leur participation de manière appropriée à leur niveau de développement dans un processus de prise de décisions nécessairement partagé avec leurs parents et les soignants.

### Le refus de soins. Droit du patient, devoir du médecin: trouver le juste milieu

3430

Auteur(s) : Martin, J.

Source : *Diagonales*. 2011, no 83, p. 4-6

Tout patient a le droit de refuser des soins, dans la mesure où il possède sa capacité de discernement. Mais ce refus, dans la loi et selon l'éthique médicale, doit être nuancé. Le Dr Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois, s'est penché sur la question en se référant à un ouvrage récemment sorti en France, le "Traité de bioéthique".

### Children, biobanks and the scope of parental consent

3411

Auteur(s) : Hens, K., Cassiman, J.-J. et Nys, H.

Source : *European Journal of Human Genetics*. 2011, vol. 19, p. 735-739

The use of stored tissue samples from children for genetic research raises specific ethical questions that are not all analogous to those raised when adult participants are concerned. These include issues with regard to consent, as it is typically a parent who consents to the use of samples from children. In this paper, we discuss the scope of parental consent. This scope has a temporal dimension and one related to the content of consent. It is not questioned that the temporal scope of parental consent is limited and that young adults have the right to decide on the fate of their samples when they reach the age of maturity. With regard to the content of consent, the question remains whether parents are allowed to give full broad consent to any possible future research on the samples of their children.

### The ethics of informed consent in Alzheimer disease research

3423

Auteur(s) : Kim, S.

Source : *Nat. Rev. Neurol.* 2011, vol. 3, p. 410-414

Clinical research on Alzheimer disease (AD) is much needed but requires the participation of patients with substantial cognitive impairment who have difficulty providing informed consent. Despite decades of debate, policies regulating such research are not well-defined. Although numerous studies have underscored the difficulties of obtaining informed consent for clinical research from patients compromised by AD, there is also increasing evidence that such individuals and their surrogates can make decisions about research participation that are consistent with the patients' values. Policy discussions and future research should consider how the ethical reservations about enrolling incapacitated patients in research could be mitigated by developing ways to promote the congruence between surrogates' decisions and patients' values.

## Déontologie



3409

### **Live case demonstrations: patient safety, ethics, consent, and conflicts**

Auteur(s) : Kallmes,D.F, Cloft.H.J., Molyneux,A. et al.

Source : *Lancet*. 2011, vol. 377, p. 1539-1541

Live case demonstrations have become a common occurrence at endovascular and surgical meetings around the world. These demonstrations are meant to serve as an educational medium for teaching techniques, such as real life decision-making processes by skilled clinicians, to a large number of interventionalists and surgeons who otherwise would not have access to such procedures. Live case demonstration can provide a forum for the sharing of techniques, promotion of discussion, innovation, and potential improvement of interventions. Although these goals are admirable, our observations and personal experience in participating in endovascular and surgical meetings have caused us and others to question the goals and ethics of live cases. These concerns relate to the ethical consideration of patient selection and safety, informed consent, procedural decision making, and potential conflicts of interest.



3403

### **Ethical Issues in Plastic and Reconstructive Surgery**

Auteur(s) : Sterodimas, A., Radwanski, N. et Pitanguy, I.

Source : *Aesth Plast Surg*. 2011, vol. 35, p. 262-267

Plastic, reconstructive, and cosmetic surgery refers to a variety of operations performed in order to repair or restore body parts to look normal or to enhance a certain structure or anatomy that is already normal. Several ethical considerations such as a patient's right for autonomy, informed consent, beneficence, and nonmaleficence need to be given careful consideration. The principal objective of the medical profession is to render services to humanity with full respect for human dignity. Plastic surgeons should merit the confidence of patients entrusted to their care, rendering to each a full measure of service and devotion. They require an extensive amount of education and training. The increases in demand for aesthetic plastic surgery and the advocacy of practice in the media have raised concerns about the circumstances under which cosmetic surgery is ethical and permissible. Innovative research, and new technologies derived from such research, almost always raises ethical and policy concerns.

## Diagnostic prénatal



3428

### **Fetal therapy: practical ethical considerations**

Auteur(s) : Ville, Y.

Source : *Prenatal Diagnosis*. 2011, vol. 31, p. 621-627

Progress in prenatal diagnosis can lead to the diagnosis of severe fetal abnormalities for which natural history anticipates a fatal outcome or the development of severe disability despite optimal postnatal care. Intrauterine therapy can be offered in these selected cases. Prenatal diagnosis is the only field of medicine in which termination is an option in the management of severe diseases. Fetal therapy has therefore developed as an alternative to fatalist expectant prenatal management as well as to termination of pregnancy (TOP). There are few standards of fetal care that have gone beyond the stage of equipoise and even fewer have been established based on appropriate studies comparing pre- and postnatal care. Several ethical questions are being raised as fetal surgery develops, including basic Hippocratic principles of patients' autonomy and doctors' duty of competence moving the boundaries between experimental surgery, therapeutic innovation and standard care. In addition, the technical success of a fetal intervention can only rarely fully predict the postnatal outcome. Managing uncertainty regarding long-term morbidity and the possibility for fetal therapy to change the risk of perinatal death into that of severe handicap remains a critical factor affecting women's choice for TOP as an alternative to fetal therapy.

## Directives anticipées

### **Les directives anticipées : considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, tenant compte en particulier de la démence**

3401

Auteur(s) : Brauer, S.

Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 32/33, p. 1233-1236

Le nouveau droit suisse de la protection de l'adulte (DPA) entrera en vigueur le 1er janvier 2013. Il devrait durablement modifier le processus de décision médicale relatif aux patients qui ne sont plus capables de discernement, mais ont rédigé préalablement des directives anticipées (DA). Les DA ont pour fonction importante d'exprimer de manière contraignante la volonté d'une personne qui, parce qu'elle n'est plus capable de discernement, n'est plus à même de former une telle volonté. Leur finalité est d'offrir aux patients un nouvel espace d'autodétermination.

## E - Healthcare

### **Cybersanté et protection des données: qui est finalement responsable des patients ?**

3369

Auteur(s) : Printzen, G.

Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no16/17, p. 603

Sous prétexte de contrôler les factures, les assureurs maladie veulent avoir accès au plus grand nombre possible de données des patients, naturellement aussi à celles qui sont confidentielles. La révision du codage et le modèle genevois montrent très nettement qu'il est possible d'effectuer des contrôles gradués efficaces sans violer le secret médical, primordial pour le traitement des patients.

### **L'aspect éthique de l'utilisation de l'information médicale via les nouvelles technologies**

3427

Auteur(s) : Béranger, J. et Le Coz, P.

Source : *Gestions hospitalières*. 2011, no 502, p. 7-13

Depuis quelques années, le développement de la réflexion consacrée à l'éthique dans le domaine de la santé ne se limite plus aux considérations relatives à la bioéthique, à la recherche clinique, biomédicale ou à l'innovation thérapeutique, mais également aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), notamment celles destinées à l'information médicale et à la communication au sein des structures de santé. Ces NTIC posent donc le problème de savoir comment informer et qui informer. L'inégalité d'accès à l'information médicale est-elle moralement et socialement acceptable ? En quoi ces nouvelles technologies contribuent-elles aux changements relationnels, comportementaux et organisationnels entre le professionnel de santé et son patient ? Le développement technologique n'a-t-il pas sonné le glas de la « sacralisation » de l'information médicale en la rendant de plus en plus accessible à tous ? Tout cela nous amène à nous questionner sur les valeurs de la société et les principes éthiques impliqués dans la conception et l'utilisation des systèmes d'information (SI) en santé.

## Erreurs médicales

### **The Social Cost Of Adverse Medical Events, And What We Can Do About It**

3362

Auteur(s) : Goodman, J. C., Villarreal, P. & Jones, B. (2011).

Source : *Health Affairs*. 2011, vol. 30, no 4, p. 590-595

Adverse medical events-medical interventions that cause harm or injury to a patient separate from the underlying medical condition- are unfortunately an all-too-frequent occurrence in US hospitals. They may cause as many as 187,000 deaths in hospitals each year, and 6.1 million injuries, both in and out of hospitals. A possible solution: Patients offered voluntary, no-fault insurance prior to treatment or surgery would be compensated if they suffered an adverse event-regardless of the cause of their misfortune-and providers would have economic incentives to reduce the number of such events.



### **Culture de l'erreur dans les établissements de soins : place des colloques de morbidité-mortalité**

3327

Auteur(s) : Ksouri, H., Bahri Ksouri, A., Ribordy, V. et al.

Source : *Revue Médicale Suisse*. 2010, vol. 6, no 271, p. 2190-21904

Depuis la publication du rapport de l'Institute of medicine "To err is human", en 1999, la sécurité des patients est devenue un enjeu économique et politique. La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables. Les conférences de morbidité et mortalité représentent d'une part un moyen reconnu d'évaluation des pratiques professionnelles et, d'autre part, un outil pédagogique pour le staff médical et paramédical. L'implication et l'engagement du chef de service sont essentiels pour faire partager l'objectif, obtenir la motivation et l'adhésion des professionnels à ce concept de culture de "l'erreur utile".

## **Gériatrie**



### **Cardiogériatrie : concept ou réalité ?**

3382

Auteur(s) : Perrenoud, J.-J.

Source : *Bioethica Forum*. 2010, vol. 4, no 2, p. 60-62

Les projections helvétiques prévoient une augmentation considérable des sujets de plus de 85 ans en 2050, hommes et femmes confondus. Or, un phénomène inattendu s'est révélé sous la forme du «paradoxe» des maladies cardiovasculaires. En effet, si de 1975 à 1999 la mortalité cardiovasculaire a diminué de façon constante grâce à une meilleure prévention et à l'amélioration des moyens medicotechniques, dans le même temps, le nombre de patients, hommes et femmes, souffrant d'affections cardiovasculaires, a considérablement augmenté. Devenue puissante et efficace, la cardiologie, comme les autres branches de la médecine, impose au praticien d'asseoir le bien-fondé des interventions diagnostiques et thérapeutiques qu'il propose. A cet égard, la manière de traiter les déficiences organiques du vieillard ne diffère guère de celle appliquée à des patients plus jeunes. Il existe cependant, au grand âge (80–100 ans), une différence de taille : tout acte médical est indissociable d'une réflexion éthique qui pose deux questions : faire ou ne pas faire ? Comment faire ?

## **Gynécologie - Obstétrique**



### **Obstetric Ethics: An Essential Dimension of Planned Home Birth**

3410

Auteur(s) : Chervenak, A., McCullough, L. B. et Arabin, B.

Source : *Obstetrics and Gynecology*. 2011, vol. 117, no 5, p. 1183-1187

The American College of Obstetricians and Gynecologists (the College) Committee Opinion, "Planned Home Birth", invokes two core concepts of obstetric ethics, the right of a woman to make a medically informed decision about delivery and the informed consent process. We set out a framework for obstetric ethics that empowers the autonomy of pregnant women by focusing on when, in beneficence-based clinical judgment, clinical management should be offered, should be recommended, and should be recommended against in the informed consent process. Using this ethical framework, we show that the College statement does not provide adequate guidance to obstetricians in fulfilling their ethical obligations in the informed consent process with pregnant women who express an interest in, or preference for planned home birth. Obstetricians have an ethical obligation to disclose the increased risks of perinatal and neonatal mortality and morbidity from planned home birth in the context of American healthcare and should recommend against it. Obstetricians should recommend hospital-based delivery and respond to refusal of these recommendations with respectful persuasion. As a matter of beneficence-based professional integrity, obstetricians should not participate in planned home birth. At the same time, obstetricians have a beneficence-based obligation to continue to provide prenatal and emergency obstetric care. The obstetric profession should continuously strive to make hospital births more humane and support home-birth-like environments in the hospital as well as continuously improve safety for both pregnant and fetal patients.

## Maladies neuro-dégénératives

### Entourage des patients âgés avec une pathologie mentale

Auteur(s) : Desbaillets, M., Ebbing, K., Giardini et al.

Source : *Revue Médicale Suisse*. 2010, vol. 6, no 244, p. 770-773

Les pathologies mentales à l'âge avancé amènent la famille à tenir des rôles de suppléance variés avant que l'aide institutionnelle ne prenne le relais. Ces pathologies risquent de produire une très grande souffrance familiale et créent le désarroi dans une équipe de soins professionnelle. Ainsi, la souffrance des proches d'un patient âgé déprimé, d'un patient qui s'est suicidé ou encore d'un patient dément justifie une attention particulière et parfois des soins professionnels. La discussion dans cet article de ces situations paradigmatiques sera élargie par un paragraphe sur les enjeux spécifiques soulevés par les patients alcooliques vivant en EMS et soulignera la complexité et le besoin de professionnalisme dans l'approche de l'entourage familial ou institutionnel des patients psychiatriques âgés.

## Ordre de non réanimation

### Do not attempt resuscitation : the importance of consensual decisions

Auteur(s) : Imhof, L., Mahrer Imhof, R., Janisch, C. et al.

Source : *Swiss Medical Weekly*. 2011, vol. 141, p. 1-8

*Aims* : To describe the involvement and input of physicians and nurses in cardiopulmonary resuscitation (CPR / do not attempt resuscitation (DNAR) decisions; to analyse decision patterns; and understand the practical implications.

*Design* : A Qualitative Grounded Theory study using one-time open-ended interviews with 40 volunteer physicians and 52 nurses drawn from acute care wards with mixes of heterogeneous cases in seven different hospitals in German-speaking Switzerland.

*Results* : Establishing DNAR orders in the best interests of patients was described as a challenging task requiring the leadership of senior physicians and nurses. Implicit decisions in favour of CPR predominated at the beginning of hospitalization; depending on the context, they were relieved/superseded by explicit DNAR decisions. Explicit decisions were the result of hierarchical medical expertise, of multilateral interdisciplinary expertise, of patient autonomy and/or of negotiated patient autonomy. Each type of decision, implicit or explicit, potentially represented a team consensus. Non-consensual decisions were prone to precipitate personal or team conflicts, and, occasionally, led to non-compliance.

*Conclusion* : Establishing DNAR orders is a demanding task. Reaching a consensus is of crucial importance in guaranteeing teamwork and good patient care. Communication and negotiation skills, professional and personal life experience and empathy for patients and colleagues are pivotal. Therefore, leadership by experienced senior physicians and nurses is needed and great efforts should be made with regard to multidisciplinary education.

### Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit

Auteur(s) : Curtis, J. R. et Vincent, J. L.

Source : *Lancet*. 2010, vol. 376, p. 1347-1353

The intensive care unit (ICU) is where patients are given some of the most technologically advanced life-sustaining treatments, and where difficult decisions are made about the usefulness of such treatments. The substantial regional variability in these ethical decisions is a result of many factors, including religious and cultural beliefs. Because most critically ill patients lack the capacity to make decisions, family and other individuals often act as the surrogate decision makers, and in many regions communication between the clinician and family is central to decision making in the ICU. Elsewhere, involvement of the family is reduced and that of the physicians is increased. End-of-life care is associated with increased burnout and distress among clinicians working in the ICU. Since many deaths in the ICU are preceded by a decision to withhold or withdraw life support, high-quality decision making and end-of-life care are essential in all regions, and can improve patient and family outcomes, and also retention of clinicians working in the ICU.

- 3358 **Symbolic resuscitation, medical futility, and parental rights**  
Auteur(s) : Frader, J., Kodish, E. et Lantos, J. D.  
Source : *Pediatrics*. 2010, vol. 126, no 4, p. 769-772

What should doctors do when they are caring for a dying child with a complex, chronic condition and whose parents will not agree to palliative care? What if those parents are cognitively delayed and have lost legal custody of the child because of their inability to care for her? This month's Ethics Rounds concerns a child with septo-optic dysplasia and respiratory failure. She is cared for by her grandmother and is legally a ward of the state. The doctors think that a do-not-resuscitate order is appropriate. Her grandmother agrees and is even ready to withdraw ventilator support. Her parents disagree.

We asked 2 experts in bioethics consultation and palliative care to comment on this case. Joel Frader is Chief of General Academic Pediatrics and Medical Co-Director of Pediatric Palliative Care at Children's Memorial Hospital in Chicago, Illinois. Eric Kodish is Chair of the Department of Bioethics at the Cleveland Clinic in Cleveland, Ohio.

### Placebos

- 3405 **Would the elderly be better off if they were given more placebos ?**  
Auteur(s) : Cherniack, E. P. (2010).  
Source : *Geriatr Gerontol Int*. 2010, vol. 10, p. 131-137

Abstract: Placebos are useful in the medical care of the elderly, although the exact definition of a "placebo" or "placebo effect" is difficult to define precisely. They have an important role as control treatments in research trials, but a non-specific "placebo effect" may also be a beneficial part of many physician-patient interactions. Physicians also give them deliberately according to several studies worldwide to satisfy patient demands or because they believe in a "placebo effect" among other reasons. A significant placebo effect has been observed among older patients in clinical trials of antidepressants (12-15%), and in treatments of Parkinson's disease (16%). Placebos activate serotonergic pathways in the brain used by antidepressants. In Parkinson's disease, the administration of a placebo stimulates dopamine release in the dorsal (resulting in motor effects) and ventral striatum (which influences expectation of reward). Much of our understanding of the placebo effect comes from studies of placebo analgesia which is influenced by conditioning, expectation, meaning and context of the treatment for the patient, and patient-physician interaction. It is anatomically mediated by brain opioid pathways. Response to "sham" acupuncture in osteoarthritis may be an example of its use in the elderly. Placebos have often been considered a deception and thus unethical. On the other hand, some physicians and ethicists have suggested conditions for appropriate uses for placebos. A placebo might offer the theoretical advantage of an inexpensive treatment that would not cause adverse drug reactions or interactions with other medications, potentially avoiding complications of polypharmacy.

### Procréation assistée

- 3402 **Innovative reproductive technologies : risks and responsibilities**  
Auteur(s) : Dondorp, W. et de Wert, G.  
Source : *Human Reproduction*. 2011, vol. 26, no 7, p. 1604-1608

In view of the global burden of subfertility, efforts are required to make assisted reproduction more effective, less burdensome and more equally accessible. New reproductive technologies are frequently introduced in clinical practice without a sound evaluation of their efficacy, effectiveness and/or safety. Safety issues in this context refer both to patients (mostly women) undergoing the relevant medical procedures, and to the health of children born as a result. Responsible innovation requires making potentially risky reproductive technologies the subject of research, ideally proceeding through the steps of preclinical investigations, clinical trials and (long-term) follow-up studies. The European Society of Human Reproduction and Embryology is especially equipped to take the lead here.

**Les directives de l'ASSM "Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes" entièrement remaniées**

3419

Auteur(s) : ASSM

Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 32/33, p. 1208-1217

Pour diagnostiquer la mort, l'ordonnance concernant la Loi sur la transplantation renvoie aux directives de l'ASSM «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes». Le législateur fait ainsi dépendre les dispositions qui précisent la constatation légale de la mort – et non pas la définition de la mort – de l'avancement des sciences médicales. Suite aux difficultés d'interprétation révélées dans la pratique, une sous-commission, dirigée par le Prof. Jürg Steiger de Bâle, a entièrement remanié ces directives. Fin mai 2011 le Sénat de l'ASSM a approuvé les directives révisées; elles entreront en vigueur le 1er septembre 2011.

**Disclosing Recipient Information to Potential Living Donors: Preferences of Donors and Recipients, Before and After Surgery**

3429

Auteur(s) : Rodrique, J.R., Ladin, K. et Pavlakis, M.

Source : *American Journal of Transplantation*. 2011, vol. 11, p. 1270-1278

Consensus guidelines, while recommending that potential living donors should be given information that could impact their donation decision, are nonspecific about the types of information that should be disclosed. We surveyed potential (n=36) and past (n=45) living donors and transplant candidates (n = 45) and recipients (n = 45) about their preferences for sharing or knowing specific information about the recipient, how this information would impact decision-making, and who should be responsible for disclosing information. Potential donors were less likely than all others to feel that recipient information should be disclosed to potential donors. Donors and recipients felt most strongly about disclosing if the recipient lost a previously transplanted kidney due to medication nonadherence as well as the likelihood of 1- and 5-year graft survival. Most donors would be less likely to pursue donation if the recipient lost a previously transplanted kidney due to medication nonadherence or generally had problems with taking medications as prescribed. Transplant programs should consider how to best balance the potential donor's right to receive information that could reasonably be expected to affect their decision-making process with the recipient's right to privacy and confidentiality.