

Introduction à l'éthique médicale

Origines de l'éthique dans les problèmes et les conflits	<u>Caractéristiques des problèmes d'éthique :</u> - Pbl concrets d'hommes et de femmes, des pbl de vie et des cas particuliers ; peuvent éventuellement être classés en familles de pbl, mais chacun garde en définitive ses particularités - Se présentent comme nouveaux, pour diverses raisons liées au progrès scientifique et à l'émergence de techniques et de pratiques neuves, ou bien à une transformation du regard que nous portons sur la médecine et la biologie - Ils s'inscrivent en marge ou au-delà de la morale, des principes, de la déontologie et des lois, ou bien ils remettent en question la pertinence et les limites. Ils demandent à trouver 1 position à l'égard de ces principes et de ces lois - Les situations où naissent ces pbl nécessitent 1 réponse, une solution effective		
	<u>Remarques :</u> - S'il y a pbl, c'est parce que plusieurs solutions existent et on doit choisir entre plusieurs biens contradictoires - Il n'y a pas de réponse toute prête pour chaque solution		
	<u>Le progrès entraîne le brouillage des repères classiques :</u>	En médecine Dans le monde des biotechnologies	- Brouillage de l'identité dans les greffes - " des limites de la vie et de la mort (réanimation, AMP) - Bouleversement de l'ordre naturel - Possibilité de modifier la nature de l'homme et le destin biologique de l'espèce humaine par manipulation génétique
	<u>Dangers et questions au progrès :</u> - Sur avenir du vivant (eugénisme, csq imprévisibles de techniques non maîtrisées...) - Sur le respect de la personne et de la dignité (avilissement d'autrui dans des soins déraisonnables, discriminations sociales sur la base de critères génétiques...) - Sur la sincérité des intentions de la médecine et de la recherche (exploitation des connaissances à des fins mercantiles ou de pouvoir...)		
	Pluralisme moral	On désigne par cette notion la présence et la confrontation de valeurs différentes au sein d'une même société, portées par des individus, des groupes ou des communautés dans un contexte démocratique pluriculturel	
Position de l'éthique par rapport à la morale	« Morale »	▪ Un ensemble de principes et de valeurs de référence permettant d'opérer 1 distinction entre le bien et le mal, qui distinguent le permis et le défendu ▪ Une évidence morale consensuelle, un rapport de confiance à des valeurs admises par la société en général ▪ Une autorité, une expertise qui prescrit ses obligations de manière catégorique, sans discussion ou remise en question possible ▪ Une tradition, un aspect fixé, absolu, indépassable, définitif	
	la morale critiquée	Morale entendue comme discours affirmatif, normatif, impératif, définitif, que chacun devrait entendre en lui, fondé sur les coutumes, les habitudes, les normes sociales et communautaires	
	La « morale en mouvement »	▪ Travail de pensée à faire et à refaire, pour revenir sur les préjugés inculqués et pour en prendre conscience ▪ Travail de mise en distance critique, qui essaie par la réflexion d'expliciter les valeurs et les normes et qui s'inquiète de sa propre signification ▪ Travail de création, qui cherche de nouvelles références et des références inédites là où les valeurs disponibles sont muettes	
Origines dans les scandales et les affaires	Code de Nuremberg	▪ Rédigé en 1947 au terme du procès des médecins ayant participé aux crimes nazis ▪ Fixait 10 règles d'éthique fondamentales qui établissent des principes intangibles de respect des droits de l'Homme et de la protection des personnes : → Nécessité d'un consentement volontaire du sujet sans intervention de qq éléments de force → Proscription de toute souffrance ou dommage inutile → Nécessité d'une finalité scientifique et d'une démarche rigoureuse ▪ Mais autres scandales ont précédé et succédé ▪ Complété en 1964 par la Déclaration d'Helsinki, puis revisité plusieurs fois	

	Scandales	○ 1898 : affaire Neisser ○ 1929-1930 : drame de Lübeck ○ 195-1961 : scandale du Thalidomide ○ 1932-1972 : scandale de Tuskegee ○ 1956-1970 : affaire Willobrook ○ 1963 : scandale du Jewish chronic disease hospital
Grands principes d'éthique et exemples de conflits	Quatre grands principes	Enoncés dans le rapport Belmont de 1978 et un livre, <i>Principles of Biomedical Ethics</i> (1979), suite au travail de la commission nationale américaine d'éthique
		Principe de bienfaisance - Enonce la volonté de rechercher le bien-être physique, mental et social du sujet pour tout ce qui touche au soin ou à la recherche en question - La médecine vise à : ➤ Supprimer la douleur ➤ Réduire la souffrance ➤ Atténuer les handicaps ➤ Prolonger la vie ➤ Préserver la santé - <i>Privilégier le bien de l'individu ou de la collectivité ? Qui choisir pour le don d'organes ? Faire le bien mais quel bien et à qui ?</i>
		Principe de non-malfaisance - Enonce l'obligation de ne pas faire de mal au patient (Primum non nocere). Ne pas exposer le patient à subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement ou du maintien de sa santé - Sont considérés comme des préjudices : traitements aggravant l'état, infections nosocomiales, obstination déraisonnable - Principe étendu à l'obligation de prodiguer des soins - <i>Quel mal éviter entre tous ?</i>
		Principe d'autonomie - Enonce la volonté de respecter la capacité d patient à décider pour et par lui-même - Individus doivent être traités comme des agents moraux autonomes, capables de réfléchir sur leurs objectifs personnels et de décider par eux-mêmes - En pratique : nécessité pour le sujet de donner son consentement libre et éclairé
		Principe de justice et d'équité - Dérive du principe des individus égaux en droits et en dignité - S'agit de maintenir une équité de distribution et répartition des ressources disponibles et une équité dans l'accès aux soins (↔ double aspect) ➤ Souci de solidarité collective lié à des exigences de santé publique ➤ Equité signifie ne pas introduire de discriminations entre les individus ou de stigmatisation de catégories de patients - S'inscrit de façon générale dans le code civil et le code du travail - <i>Difficile à concilier aux inégalités de faits</i>

Conflits entre les principes de bienfaisance et d'autonomie	Ethiques de la bienfaisance, modèle du médecin décideur, modèle « paternaliste »	- Repose sur une dissymétrie entre médecin et patient : ○ Médecin possède compétences pratiques, savoir scientifique et distance nécessaire pour juger ; ○ Patient considéré affecté par la maladie, dépourvu de savoir, mentalement perturbé par sa souffrance et la force anxiogène de sa pathologie => patient ne peut consentir à ce qu'il ne connaît pas et n'est pas en état de délibérer/juger - Il s'agit d'un principe fondé sur la sollicitude : obligation morale fondée sur la fragilité de l'autre, que l'on va chercher à soutenir, protéger, décharger de la responsabilité de la décision, de la souffrance des choix et du poids des incertitudes - Il revient au médecin, considéré comme mieux à même de déterminer ce qui est mieux pour le patient, d'assurer seul en conscience et en connaissance la décision. Il a une position engagée, directive, assume l'essentiel des choix - Primauté du principe de bienfaisance sur celui d'autonomie - Limites : → Infantilisent et déculpabilisent le patient → Aboutissent parfois à un mépris de la dignité des malades → Ne respectent ni l'autonomie du patient ni le pluralisme des conceptions et valeurs → Comportent un risque de dérive via les tentatives de définition collective du bien
	Ethiques de la responsabilité, modèle du patient décideur, modèle « informatif »	- Positions préconisant de donner au patient une souveraineté pleine et entière en terme de décision : le patient-client a le droit de décider de sa vie, il est seul juge. C'est à lui que reviennent les décisions car il est le mieux placé pour connaître ses préférences de vie, son contexte social et personnel pour appréhender au mieux les retentissements des traitements dans sa vie quotidienne - Le médecin est prestataire au service du client, n'a pas à exprimer de choix envers les différentes options qu'il présente au patient. Il lui fournit une information, lui donne la vérité sur son diagnostic et pronostic, recueille son consentement sur les possibilités d'investigation et de traitement mais aussi de respecter les choix du patient même s'il refuse les soins. - Cette éthique renforce l'autonomie du patient et leur protection - Limites : → Renforcent la responsabilité des patients → Correspondent à une certaine position de facilité pour le médecin → Transforment la relation médecin-malade en contrat d'assurance → Refusent la notion de sollicitude médicale → Ne respectent pas le droit du patient de ne pas savoir
	Modèle de la décision partagée	- Voie intermédiaire - Dans ce modèle, médecin et patient délibèrent et décident ensemble sur la base d'un partage des connaissances médicales ainsi que des préférences et du contexte psychosocial du patient => permet de donner le choix au patient : décider par lui-même, s'en remettre au médecin ou discuter - Avantages : → N'impose au patient ni l'anxiété, ni le poids de la décision, l'infantilisation → Rassure le patient

	Conflits des principes de bienséance et de justice	Ethiques utilitaristes	- Se fixe pour but de rechercher le plus grand bien pour le plus grand nombre - Est associée à Jeremy Bentham et John Stuart Mill - Son application repose sur des quantifications visant à guider la répartition des ressources collectives en donnant un critère d'évaluation de l'efficacité des différentes actions - Le bien-être global est évalué comme la somme des « utilités » - La maximisation du bien repose sur un calcul de scores de gravité, d'échelles de qualité de vie, de balances bénéfices-risques
		Limites et dérives	- Sacrifice du bonheur individuel au profit d'un bien collectif supposé, dépassant les individus et leurs intérêts singuliers - Norment la vie et le bien en les réduisant à des chiffres - Qui juge du bien ? qui évalue ? Que maximiser ? Somme ou moyenne des gains ? - Augmenter le nombre de bénéficiaires ou augmenter le bien de certaines personnes ? - Conduit à un laisser-faire privilégiant le règlement pragmatique des conflits : darwinisme social
	Différentes façon de se placer par rapport aux principes d'éthique	Attitudes théologiques et conséquentialistes	On considère : - Que les principes n'ont pas le même poids, pas la même pertinence dans tous les cas - Qu'un principe vaut s'il permet de réaliser le bien de façon effective - Qu'il faut faire prévaloir la finalité - Qu'il faut évaluer au cas par cas le bien attendu
			- On y rattache l'éthique prudentielle, propre à Aristote : attitude appelant à la vertu de la prudence et de l'argumentation - L'action est évaluée d'après ses effets
		Attitudes déontologiques et non conséquentialistes	On considère au contraire : - Que tout n'est pas permis pour atteindre un bien - Que la valeur d'une conduite ne résulte pas de ses conséquences mais de ce qu'elle obéit à un devoir - Que certains principes sont universels, intemporels, indérogeables - On y rattache la morale du devoir de Kant : se donner une loi et agir comme si cette façon d'agir devait être érigée en règle universelle.
Lois et textes réglementaires	Principes généraux des lois françaises	- Encadrement des questions d'éthique biomédicale s'est formalisé en codes de déontologie (1947, 1995) et en lois - Principes premiers : primauté de la personne et intégrité de l'espèce humaine - Etablit des principes réglementaires qui encadrent la réalisation d'actes pouvant poser des problèmes d'éthique - Ces principes visent à déterminer la place de l'individu, des institutions de santé et le sens donné aux actions	