



# Epistémologie du raisonnement médical : les grands principes éthiques

La responsabilité éthique et la responsabilité juridique sont à distinguer mais peuvent se recouper.  
L'éthique va plutôt concerner le sujet alors que la morale concerne plus les mœurs sociaux et culturels.

## L'éthique :

A distinguer de la morale (peut être religieuse), /déontologie (impose code de bonne conduite d'une profession) /loi (législative et norme juridique)

- Séculière
- Le propre du sujet responsable
- Cas de conscience visant la recherche de la meilleure solution concernant notre attitude, le comportement et l'agissement
- L'épreuve du doute fécond
- Recommande
- Peut engendrer des dilemmes entre les différents principes, situation inextricable, ajustements constants

## Les principes :

- Des repères structurants qui oriente la réflexion et action
- Organisateur, ordonne
- Premiers dans l'ordre de la connaissance de la cause et de l'action
- Ne sont pas sujets au + ou – (à la différence des valeurs), ils « sont »
- Peuvent être source de tension
- Certains ont une **valeur constitutionnelle : dignité, d'humanité, liberté, égalité, fraternité**

## La conscience éthique :

1945 Procès de Nuremberg : Code de déontologie (respecte, inviolabilité, consentement)

1948 : Déclaration universelle des droits de l'Homme (dignité inhérente aux Hommes)

La dignité de la personne humaine est un principe constitutionnel

Beauchamp et Childress (1979) veulent des repères partagés universellement pour discuter en éthique biomédicale

## LA DIGNITE

Principe directeur, fondamental pour l'éthique biomédical, inscrit dans le droit

1948 : Déclaration universelle des droits de l'Homme (dignité inhérente aux Hommes)

1994 : La loi de bioéthique érige la dignité au rang de principe à valeur constitutionnelle (inviolabilité du corps, mention dans les Codes civil et pénal, une loi contraire au principe de dignité est déclarée inconstitutionnelle)

Repris dans les textes de l'union européenne

### Principlisme de Beauchamp et Childress :

- Approche par les principes et influence de l'utilitarisme.
- Regroupe l'influence de la morale du devoir (Kant) + l'influence de l'utilitarisme anglo-américain
- Le patient exprime des souhaits et des préférences

**Principlisme** : Agir selon des principes, sur lesquels on ne transige pas. Tradition continentale

### Kant :

« Je veux » Volonté kantienne, autonomie de la raison éclairée

- pas d'instrumentalisation de la parole possible

### L'UTILITARISME

- Doctrine eudémoniste (recherche le bonheur),
- Casuistique (cas par cas), conséquentialiste (opposition au principlisme)
- Maximisation du bien-être et minimisation de la souffrance pour le plus grand nombre
- Définition minimale du droit de contrainte
- Accent mis sur les préférences individuelles
- Hétérogénéité des aspirations et des trajectoires
- Efficacité d'un point de vue général mais dimension sacrificielle (personnes vulnérables)
- Tradition anglo-saxonne

Anglo-saxons : préfèrent les notions de personnes, d'intégrité et d'autonomie ≠ Continental : dignité

**Principlisme = Principlisme + utilitarisme**

### Les 4 piliers de l'éthique médical : Beauchamp et Childress (1979)

Recherche d'un consensus universel mais sont critiqués car manquement de l'universelle. Il critique la médecine paternaliste. Ces piliers sont intriqués et peuvent entrer en tensions. Ils sont reliés à d'autres principes : confidentialité, information du patient, consentement...

### 1 / Autonomie

En 1970 on met accents dessus et en 2002 : loi Kouchner. Capacité d'auto-détermination, choix libre et éclairé.

Dans le contexte médical : il y a une asymétrie d'information (le médecin à plus d'info du patient) et de contexte

Il ne faut pas idéaliser l'autonomie et le choix autonome. La recherche du consentement du mineur ou d'une personne sous tutelle doit toujours être recherchée si la personne est apte à participer à la décision.

### LOI LEONETTI-CLAYES DE 2016

- Réaffirmation de l'autonomie du patient
- Droit de refus de traitement
- Les directives anticipées doivent pouvoir s'imposer au médecin (justifier exceptions) (patient > directive anticiper > personne de confiance > témoignage de la famille ou proches)
- Part essentielle des soins palliatifs



## DECISION D'ARRET DES TRAITEMENTS

- Malade : autonomie au sens fort, volonté Kantienne (limite : discernement, pression)
- Famille : éclairage pour le médecin (limite : affectivité subjective, motivations diverses)
- Médecin : poids de la responsabilité finale (limite : besoin de collégialité car motivations diverses)
- Société : fixe des normes et interdictions, flou du droit (limite : on ne traite pas les cas particuliers)

LATA : Toujours collégialité, transparence, dossier médical

Patient inconscient : directives anticipées > personne de confiance > famille/soignants pensent qu'il faut stopper les traitements

## 2/ Bienfaisance,

Faire du bienfait, contribuer au bien-être selon OMS. Obligation morale d'agir pour le bien d'autrui.

Prendre des mesures positive voire empêcher et éliminer des méfaits ; c'est un bien perçu PAR LE PATIENT. Peser le pour et le contre et les justifier.

Bienfaisance dépend aussi d'une dimension temporelle

Conflit entre la bienfaisance et l'autonomie possible (refus paternaliste) en 2002 l'autonomie l'emporte sur la bienfaisance

## 3/Non malfaisance

Primum non nocere. Les obligations de non-malfaisance l'emportent généralement sur celles de bienfaisance (ne pas tuer, causer de la douleur, offense à autrui). Expose des prohibitions d'action qui doivent être suivies en donnant des raisons morales, légales.

Question du double effet par d'Aquin : produit un bienfait d'un certain point de vue et méfait d'un autre.

La non-malfaisance se situe au carrefour des obligations, des intentions et des conséquences des actes. Si on place plus du coter des intentions = intentionnaliste et si on va plus vers les conséquences = conséquentialiste ;

## 4/justice par répartition

Équité justice par rapport à un individu particulier. La notion de répartition inscrit la démarche du soin dans sa dimension sociale et collective. Cette notion pose la question économique des couts et maintenant c'est le pilier le plus considéré.

Nous avons une tension entre la médecine singulière et la notion de bien collectif ;

- Égalité des chances et de traitement
- Plus grand bien pour le plus grand nombre (utilitarisme)
- Refus de discrimination/ de conflits d'intérêt
- Transparence et publicité des processus de choix



## Apport et intérêt des autres approches

Apport de la tradition continentale, le visage (Levinas) et l'éthique de la sollicitude (Ricoeur) montrent que le principe ne doit pas être une déresponsabilisation vis-à-vis de l'acte médical. La pertinence des principes varie en fonctions des contextes. Il faut ajuster la réflexion au contexte individuel, celui du patient. Condition du respect du principe de justice. Aussi un enjeu politique.  
Pelluchon : autonomie brisée

### L'éthique du CARE

- Penser l'Homme à partir de sa fragilité constitutive
- Réflexion sur les vulnérabilités (ontologiques, économiques, sociales)
- Philosophes féministes :
  - ↳ Gilligan (Une voix différente, revendications des minorités),
  - ↳ Nussbaum (fragilités mais ressources, fragilité du bien),
  - ↳ Tronto (Un monde vulnérable)

Approche anglo-saxonne

La médecine à un aspect technique mais surtout humain. Un enjeu pour la médecine de précision et l'e-santé : ne pas perdre de vue l'humain.

### L'éthique de la sollicitude

Herméneutique et approches phénoménologiques.

Levinas et Ricoeur, c'est l'éthique du sujet, de l'intersubjectivité et la sollicitude.

Approche continentale.

L'éthique des vertus : D'Aristote, Augustin et Aquin. Les individus tendent à réaliser des idéaux. Dimension politique et sociale marquée.