

# Harry Potter

## Ethique, Morale, Déontologie, bioéthique



### **I - L'éthique : La voie du bien agir**

- c'est une discipline en perpétuel questionnement
- c'est un principe universel : Respect de la dignité humaine

#### **A- la réflexion éthique en pratique**

- Il s'agit de la pesée morale d'une action à venir :
- > On évalue les valeurs auxquelles nous sommes attachés qui risquent d'être trahies par nos décisions.
- > C'est un processus de réflexion argumentée en vue du « bien agir ».
- > On effectue une hiérarchisation des valeurs en vue d'opérer un choix face à un dilemme.
- > C'est une mise en alerte cognitive, à chaque fois qu'une situation singulière porte atteinte au respect de la personne humaine. Tant dans sa dignité que dans son intégrité.

#### **B- Composante humaniste du soin**

- Elle est consubstantielle à la fonction de soin ; (elle caractérise le soignant )
- > le médecin est exposé quotidiennement aux dilemmes éthiques
- Toujours dire toute la vérité ?
- Comment respecter les volontés du patient ?
- > l'éthique est la boussole intérieure essayant de donner le bon cap à suivre (ou le moins mauvais)

## C- morale vs éthique

Moral	Éthique
-Enoncé de lois et règles	-réflexion sur valeurs en conflits
-Obéissance aux normes	-recherche du bien agir
Impérative et prescriptive	-indicative
-Comparaison bien/mal , juste/injuste	-relève du conseil
-respect du devoir	-visée de la vie bonne
-Récompensé ou sanctionné	-responsabilisé
« Tu dois »	« si tu souhaites alors tu devrais »

## D- différents points de vue éthiques différents

Position déontologique	Position téléologique
-L'action est « morale » si elle réalisée par DEVOIR	-L'action « morale » si son but est la réalisation du BIEN
-Sans considérer les conséquences • Une fin bonne ne justifie pas tous les moyens pour y parvenir	-Prise en compte des conséquences prévisibles ( • Evaluation au cas par cas du bien attendu , du mal évité
-intention droite	-position la plus fréquente en médecine

## E-l'ancrage philosophique de la posture éthique

1. Éthique de la conviction  
-> c'est l'éthique du devoir et de l'intention droite
2. Éthique conséquentialiste  
->Met en avant les conséquences (+ ou -) de la décision , exemple : trans plantation d'organe
3. Éthique de responsabilité  
->c'est une estimation raisonnée des conséquences a long terme
4. Éthique de la conviction , très ancrée dans la société anglo-saxonne  
->elle maximalise le bonheur du plus grand nombre  
->elle régularise les libertés individuelles par le principe de l'utilité sociale

## II-Éthique médicale ou bioéthique

### A-Éthique médicale

>Né avec la médecine : il ya 25 siècles

->serment d'Hippocrate :

- Moralité exemplaire (honnêteté et probité )
- Respect de la vie
- Respect du secret médical
- Égalité d'accès aux soins
- Refus de la discrimination

	Bioéthique
D'Après D Sicard	- « Mise en forme a partir d'une recherche <b>pluridisciplinaire</b> d'un <b>questionnement</b> sur les conflits de valeurs suscités par le développement <b>technoscientifique</b> dans le domaine du vivant »+++
Enoncé pour la première fois en 1971	- Dans « <i>bioethics bride to the future</i> » • <i>Par van Rensselaer Potter</i> - Né de la prise de conscience de la menace que pouvait faire peser sur l'humanité le développement effréné de la recherche scientifique .
Questionnement important	- « <b>Je sais le faire , j'ai les moyen de le faire , est-ce que je dois le faire ? »</b> <b>(Phrase fondamentale )</b>
Champs concernés	-Procréatique (Médecine de la procréation) -Recherche sur l'embryon -Intervention sur le génome -Expérimentation sur l'homme -Intervention sur le vieillir et le mourir -Greffes d'organes -neuroscience -Manipulation de la personnalité -Big data -Intelligence artificielle -Santé environnementale
Un besoin	- <b>Le progrès des sciences médicales</b> et l'évolution <b>des attentes de la société</b> veulent <b>faire avancer les principes fondamentaux et les repères juridiques</b> . • La bioéthique doit modérer cela

### III- Rôle du contexte médicale dans l'évolution de la réflexion éthique

#### A. Une médecine devenant de + en + technique

- Nous avons **1 impératif absolu** : celui du respect de la dignité humaine
- Il y a 2 dangers :
  - **La déshumanisation des soins**
  - **Les dérives de la technoscience** (ex : en novembre 2018 un scientifique chinois a modifié au stade embryonnaire le génome de 2 embryons qui allaient donner 2 petits filles : Lulu et Nana, au vu de rendre ces enfants résistantes au VIH. Il a violé les recommandations internationales et a été condamné par les autorités de son pays)
- **Notre mission est de ne pas devenir des techniciens de santé. Nous devons rester des soignants humains** :
  - Faire cas de la, personne humaine
  - Prise en charge globale de la personne

#### B. Une relation médecin/patient et médecin/public qui change

- De nouvelles attentes
- **Rejet dun paternalisme**
- Revendication **d'autonomie** du au patient par le médecin
- **Revendication d'un savoir expérientiel** (les patients ne viennent plus vierge d'informations a la consultation)

#### C. La pression de nouveaux référentiels métiers

- Une médecine sous contrainte
- Vieillessement et paupérisation de la population
- Opposition du secteur public/privé
- Contraintes financières pesant sur les hôpitaux
- Propension a la judiciarisation (attente de résultat )
- Développement de la télémédecine
- Un appel de plus en plus important à l'intelligence artificielle et au big data avec une "médecine 4.0" bien loin de celle d'Hippocrate !
- **Risque de voir une vocation médicale se transformer en un métier voire un travail rémunéré**

# IV-Les champs d'application de l'éthique médicale et de la bioéthique

## A. Début de la vie

### -> PMA (assistance médicale à procréation)

- Large domaine
- Dons de gamètes
- Fécondation in vitro
- Anonymat des donneurs
- Statut des parents
- Gestation pour autrui (formellement interdite en France)
- Loi 2020
- Ouverture de la PMA a toutes les femmes
- Questionnements Éthiques
- Finalité de la médecine? ( Est-ce répondre a une pathologie ou un désir de vie )
- Ouverture=fin de la discrimination de la communauté homosexuelle?Égalité des droits?
- Existe-t-il un droit a l'enfant
- Rémunération du don de sperme ?
- L'assurance maladie peut-elle financer ce qui n'est pas une maladie ?
- L'absence de père est-elle préjudiciable au développement de l'enfant ?
- Doit-on repenser un nouveau mode de filiation pour les enfants nés par PMA d'un couple de femmes ?
- Dans ce contexte élargi doit-on maintenir l'interdiction de la PMA post mortem

### -Exemple de dilemme


- Situation : Demande de PMA d'un couple hétérosexuel . Avec un conjoint malade d'une leucémie avec un mauvais pronostic a court / moyen terme . Doit-on accéder a cette demande pressante ?
- Questionnements : Qui est légitime pour décider que ce couple peut concevoir un enfant ? Peut-on concevoir un enfant qui sera très probablement orphelin de père , de seul fait que la technique le permet ? Comment concilier intérêt de l'enfant et réponse a la souffrance des parents ?

### -> Diagnostic prénatal (DPN)

- Principe
- Expertise de la normalité foetale au cours de la grossesse
- Examens
- Echographies aux 3ème, 5ème et 7ème mois .
- Test sanguin de dépistage du risque de trisomie 21 à la 12ème semaine
- Caryotype foetal sur sang maternel
- Enjeux éthique
- 
- **Le regard de la société impact l'acceptation de la différence du handicap**
- l'ITG(interruption thérapeutique de grossesse) ne suerait-elle une dérive eugéniste larvée ?

### -Exemple de dilemme éthique

- Situation : Diagnostic prénatal d'une malformation grave et incurable.(démarche réflexive concernant une éventuelle ITG )

Position déontologique	Position téléologique
<ul style="list-style-type: none"> <li>valeur sacrée de la vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arguments en faveur de l'ITG <ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluation de la souffrance de l'enfant à naître .</li> <li>-Quel avenir ?</li> <li>-conséquences familiales</li> <li>-cout social et économique du handicap</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>interdit fondateur du meurtre d'un innocent</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Egale valeur et dignité de toutes vies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arguments contre l'ITG <ul style="list-style-type: none"> <li>-danger moral et social de la discrimination</li> <li>-valeur morale d'acceptation de la différence</li> <li>-conséquence de l'avortement pour le couple</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>chaque être humain est un absolu</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contre l'ITG</li> </ul>	

-> Quelques questionnements soulevés par les techniques de médecine procréative : « vous pourrez à loisir essayez de balayer ces différents champs » (en gros apprenez pas par coeur ça sert à rien, juste comprenez que c'est matière à débat)



## B. Génétique

### -> Dépistage préimplantatoire (DPI)

- Étude chromosomique à j3 d'un embryon obtenu par FIV
- Recherche d'aneuploidie (=anomalie du nombre de chromosome)
  - Par défaut (monosomie) : syndrome de Turner (X0)
  - Par excès (trisomie) : viable (trisomie 21) ou non viables (trisomie 13 et 18)
- Les trisomies 13 et 18 sont responsables de fausses couches spontanées et de mauvais résultat après FIVETE (échec d'implantation, fausse couche ultérieure)
- Autorisation en France du DPI-A uniquement pour des couples ayant un risque identifié de transmettre une maladie génétique d'une particulière gravité
- les opposants
  - Prétexte une dérive eugéniste visant à empêcher la venue au monde d'enfants porteurs de trisomie 21
- le défenseurs
  - Prétexte d'améliorer les chances de naissance au terme d'un parcours de PMA déjà très difficile

### • -> Clonage thérapeutique et reproductif

- Le clonage est interdit par la loi
- Il y a un intérêt potentiel des cellules souches embryonnaires totipotentes du clone (proximité immunologique avec le donneur : voie conduisant à une possibilité de réparation tissulaire)

- Ce clone est une structure à potentialité de personne, détourné vers un usage purement thérapeutique. C'est un interdit éthique car une personne est une fin en soi et non un moyen !
- Création d'un clone de réparation
- Il s'agit d'un utilitarisme débridé au mépris de la potentialité de développement de l'embryon ("personne humaine potentielle »)

## C. Consentement

- Définitions
  - Va de « autoriser, permettre » a « se résigner, capituler »
- Idéalement
  - Il doit y avoir une idée de symétrie (rencontre de 2 volontés dans un échange symétrique )
- Parfois
  - Soumission a la volonté d'autrui
- Selon P. Ricoeur
  - « Acte de la volonté qui acquiesce a la nécessité »
  - « Quels est donc cet acte de consentir qui achève le vouloir ? »
- Selon les juristes
  - La rencontre des volontés est symbolisée par **l'échange des consentements**
  - Nécessité d'un couplage entre consentement et volonté
  - « La volonté est puissance , le consentement est capitulation
- Dans le code déontologique
  - Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement **libéré et éclairé** de la personne (ce consentement peut être retiré a tout moment )
- Critère de validité
  - Consentement éclairé (précédé d'une information claire , loyale et appropriée )
  - Consentement libre (libre de toute pression)
  - Consentement conscient (le patient doit être en capacité de comprendre les tenants et aboutissants de ce qu'on lui propose )
- Fausse capacité a consentir
  - Fragilité de la notion de compétence cognitive (la majorité des patients conscients sont incompétents au plan cognitifs )(les cliniciens surestiment les capacités des patients dans plus de 50% des cas )
- Origine
  - Code de Nuremberg (les consentements éclairés comme préalable absolu a la conduite de recherche mettant en jeu des sujets humains )

## D. Secret médical

Généralités :

- Devoir absolu pour la construction d'une relation de confiance entre le médecin et son patient
- S'impose au médecin (code de déontologie)
- Est devenu un droit pour le patient (loi Kouchner du 4 mars 2002 retenir 4/3/2)
- Persiste après le décès du patient
- Fragilisation du secret par la multiplicité des intervenants dans le parcours de soins
- Médecins soumis à des pressions extérieures visant à rompre le secret (assurance, justice, police)

## Dilemme éthique du secret médical :

La situation	Les questionnements
<p>Un patient dont on vient de découvrir la séropositivité VIH refuse catégoriquement que son épouse soit mise au courant de son statut. Doit-on effectivement taire cette information ou bien passer outre et avertir sa femme ?</p> <p>-&gt; Situation très fréquente, dilemme éthique par essence</p>	<p>-&gt; Comment concilier le devoir de secret et l'intérêt de l'épouse ?</p> <p>-&gt; Balance entre respect de l'autonomie du patient (respect de ses volontés) et devoir de non-malfaisance vis à vis de l'épouse (concept juridique de non-assistance à personne en danger voire même de mise en danger de la vie d'autrui)</p> <p>-&gt; L'engagement de la responsabilité juridique du médecin entre-t-elle en opposition avec l'application du code de l'éthique professionnelle ? (= la déontologie médicale n'autorise pas le médecin à mettre au courant le partenaire sexuel en cas de séropositivité. Il doit simplement s'acharner à convaincre le patient d'effectuer cette démarche d'information.)</p>

## E. Vulnérabilité en gériatrie : la contention physique

-Compromis entre deux impératifs

- Respect de la liberté individuelle
- Nécessité dans certaines circonstances d'imposer des soins

-Peu documenté

- Faible nombre d'étude concernant l'efficacité de ces mesures , les risques , les indications .
- Peu de texte législatif encadrant ces procédures
- **Peu d'informations et de formation des personnels +++**

-Question éthique et déontologique

- Atteintes grave aux liberté individuelles
- Ligne de crête étroite entre devoir de protection et maltraitance
- **Conséquences physiques et psychologiques pour les patients +++**

-Prérequis

- **Décision médicale nécessitant une prescription circonstanciée**

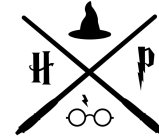
-prévalence

- Varie entre 20 et 85% dans les établissements de long séjour pour personnes âgées

-invocation du principe de précaution

- Régulièrement invoqué comme prétexte
- Pas d'éthique lorsqu'appliqué à des individus vulnérables
  - Un cache misère pour ne pas prendre de décision
  - Réponse à la crainte/la plainte judiciaire ou un accident
  - Réponse à un manque de personnel soignant
- Il faut à l'inverse mettre en oeuvre des stratégies de préventions individualisées et justifiées





## **F. Intelligence artificielle (IA) et algorithme**

- 2 risque éthiques
- Délégation de la décision médicale
  - l'A décide
  - se pose alors la question du devenir des métiers de santé
- Délégation du consentement
  - risque d'amener a un consentement-résignation
- Mettre des garde-fous
- Prééminence de l'intelligence humaine
- Culture du doute
- Supervision humaine finale
- Nécessité
- Formation des médecins
- Education des patients

## **V-La réflexion éthique en pratique**

### **A. Les règles du débat contradictoire**

- Objectifs
- Débat contradictoire su approche pluraliste et pluridisciplinaire
- Utiliser la complémentarité des disciplines
- Faire émerger différents points de vue
- Règles selon l'éthique de discussion de j Habermas
- Distribution équitable du temps de parole
- Principe d'égalité en compétences éthique
- Respecter la liberté de paroles des autres et l'expression de leur désaccord
- Argumenter rationnellement
- Etre disposé a changer de point de vue
- la discussion
- Repose sur une argumentation philosophique
- Balisée par les principes de l'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp
  - Pour organiser le cheminement de la réflexion et éviter de l'abandonner à l'improvisation
  - Outils régulateurs à visée pédagogiques utilisés pour clarifier les problèmes et non les résoudre
  - Prise en compte du rôle des émotions qui nous renseignent sur les principes qui risquent d'être malmenés dans une situation donnée.

## B. « décision éthique en fin de vie »

-> Limitation des arrêt de traitement actives (LATA)

-En réanimation

- Concerne 10% des patients
- 50% des décès en réanimation surviennent suite a un arrête des thérapeutiques

-Code de la santé publique

- « En toutes circonstances , le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et renoncer a entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »
- La proscription de l'acharnement thérapeutique , une disposition législative ancienne

-Loi Claeys Leonetti

- Droit au refus de l'obstination déraisonnable
- Droit au refus de soins exprimé par le patient
- Droit a l'apaisement de la souffrance
- Caractère contraignant des directives anticipées
- Renforcement du rôle de la personne de confiance
- Droit a une sédation profonde et continue jusqu'au décès
- Hydratation et nutrition artificielle deviennent des traitements

-Lien avec les principes éthiques

- La poursuite de traitements devenus inutiles va l'encontre des principes de l'éthique médicale
- Aucune bienfaisance (a vouloir sauver la vie a tout prix)
- Probablement une forme de maltraitance (en ne tenant pas compte des conditions de survies obtenues )
- Une atteinte au respect et a al dignité (en s'acharnant sur la maladie au détriment du malade)
- Une atteinte au principe de justice distributive (en mobilisant sans finalité des ressources limitées)

-Éviter l'acharnement thérapeutique

- Une préoccupation ancienne
- En 1957 le Pape Pie a dit : « nul médecin n'est tenu de dispenser des soins extraordinaire et nul malade de les accepter »

### 1- arrêt des traitements

-Cas prévu par la loi

- Patient compétent qui en exprime la volonté et est dans une impasse thérapeutique
- Patient compétent qui en exprime la volonté et demande l'arrêt des traitements
- Patient incompétent en situation d'obstination déraisonnable (une réunion collégiale va réviser la situation clinique)

-Justification

- « Puisque l'on a décidé de ne plus s'opposer vraiment a la mort , il faut apaiser les souffrances et permettre au malade de dormir pour ne pas se voir ni se sentir mourir » **(Laisser mourir et non faire mourir )**

### 2-Déroulement du processus (patient incompétent au plan cognitif )

->Point de départ

- Une histoire clinique complexe
  - crée un malaise de l'équipe
  - un lanceur d'alerte met en garde sur la situation

## **->phase 1**

### **-Objectif**

- Objectiver une situation d'obstination déraisonnable
  - mise ne place d'une réflexion collégiale
  - recherche d'un consensus

### **-Type de situation**

- Echec thérapeutique
- Évolution défavorable

### **-validation de la stratégie médicale**

- Anamnèse (reprises des antécédent du patient )
- Qualité de la prise en charge
- Proportionnalité de l'engagement
- Qualité de vie prévisible
- Projet de vie ultérieure /logistique

### **-Intervenant dans la réflexion**

- Equipe médicale et soignante au complet
- Un consultant extérieur (pour un regard extérieur )
- La patient intervient via les directives anticipées
- Consultation de la personne de confiance
- Consultation de la famille et des proches

### **-Décision finale**

- Uniquement médicale
- le médecin en porte la responsabilité
- la collégialité sert a éclairer la conscience du médecin
- Le consensus est souhaitable sans être une garantie éthique
- S'assurer de l'absence d'opposition nette des intervenants
- Si il ya un doute , renouvellement de la réunion (ne jamais imposer le décision )
- 3 scénario possible
  - pas d'obstination déraisonnable (poursuite d'un engagement thérapeutique maximale )
  - Obstination déraisonnable « zone grise » (limitation thérapeutique )
  - obstination déraisonnable manifeste (arrêt des thérapeutiques / oeuvrer a l'adhésion des proches a la décision / informer sur les modalités de l'arrêt des thérapeutiques )

## **->Phase 2**

### **-mise en oeuvre des la décision de l'arrêt des thérapeutiques actives**

- **Poursuite des soins**
- **Arrêt des traitements et techniques de suppléance**
- **Arrêt de l'hydratation et de la nutrition**
- **Sédation profonde maintenue jusqu'au décès**
- **Arrêt du support ventilatoire (au tout dernier moment )**



FIN

*Voilà j'espère que cette fiche vous a plu ! J'ai fait de mon mieux pour que ca soit compréhensible pour vous . Je vous souhaite bonne chance pour l'exam ! <3 <3*