



Cours complet SHS – Année universitaire 2023-2024
Enseignant : *Charles Bodon*

Cours n° 1 : Éthique en santé : principes, courants et pratiques

Comment apprendre ce cours ?

- Les **dates exactes** ne sont **pas à apprendre par cœur**, mais il faut connaître les époques
 - Exemple : 1891 → fin du 19^{ème} siècle
- Les **citations** ne sont **pas à apprendre par cœur** mais il faut comprendre le propos général
- Les **exemples** doivent être sus mais **pas forcément appris par cœur** : il faudra les restituer lors de l'examen pour illustrer certaines notions
- Les **définitions** dans la marge sont présentes pour vous aider à comprendre des mots difficiles : **elles ne sont pas à connaître par cœur**

Découvre Médi classe !

Etudiant en PASS 2023-2024 à Paris Cité

Préparation gratuite à la SHS

- Les 4 premiers chapitres actualisés de SHS
- Fiches de cours complètes et en couleur
- Des cours disponibles en illimité
- 20 QROC par chapitre avec correction
- Réponse à tes questions de cours à travers la plateforme élève



Pour accéder au cours synthétique en vidéo, à la fiche synthétisée en une page et aux QROC du cours,

[rejoins notre groupe Whatsapp !](#)



Nous publierons sur ce groupe chaque nouveau chapitre de SHS de Paris Cité

Pour en savoir plus sur Médi classe, rendez-vous sur [mediclasse.fr](https://www.mediclasse.fr)

Sommaire

Introduction	1
A. L'éthique est un questionnement.....	1
B. L'éthique est une visée	1
C. Éthique et morale.....	2
D. L'éthique n'est pas une norme	2
E. Éthique et professionnels de santé	2
I. Des modèles théoriques pour penser l'éthique	3
A. L'éthique des vertus.....	4
B. L'éthique déontologique (déontologisme).....	4
C. L'éthique conséquentialiste	4
II. La morale (déontologie) de la médecine	6
A. Comment définir la médecine ?	6
B. Un héritage hippocratique.....	6
C. La morale hippocratique	7
D. Le serment d'Hippocrate.....	8
E. L'évolution scientifique des pratiques médicales.....	9
F. Le mouvement bioéthique	9
III. Comment prendre une décision en pratique dans un cas complexe et en situation d'incertitude ?	11
A. Qu'est-ce qu'une décision ?	11
B. Les déterminants de la décision médicale	12
Conclusion	14

INTRODUCTION

A. L'éthique est un questionnement

- ❑ Le **questionnement éthique** dans le champ de la santé est **concret** et précède une **décision** (« **réfléchir avant d'agir** »). C'est un questionnement complexe, avec des incertitudes et dont le résultat doit **guider l'action**. Que faut-il faire dans cette situation particulière, alors qu'il n'existe pas de solution évidente, quand la situation est complexe et que plusieurs choix sont possibles, ou dans un contexte d'incertitude ?
- ❑ C'est une question à double échelle qui concerne, non seulement des **individus singuliers (pour le patient et les principes moraux du professionnel de la santé)**, mais aussi une partie ou toute la **société**. Quelle décision prendre dans une situation donnée, et sur quels **fondements** ? Doit-on agir sur des fondements **déontologiques** (appliquer la règle) ou sur des fondements **téléologiques** (dans le but de répondre à une finalité) ?

B. L'éthique est une visée

- ❑ L'éthique poursuit une visée. La visée du questionnement éthique est de conduire une réflexion destinée à aboutir à une **action responsable**. Cela implique la notion de **responsabilité du sujet** ou **des institutions** (la santé est un champ régi par des lois et règlements sous le contrôle d'institutions). Il y a une nécessité de **répondre de ses actes**.
- ❑ Cela implique la nécessité d'**explicitier les choix** et le **mécanisme des choix**, en référence à des **valeurs ou des principes**. L'objectif est de **prendre la meilleure** (ou la moins mauvaise) **décision** dans une situation particulière, en référence à des valeurs, des principes, des règles. Cela pose la **question de ce qui est bien, juste, ou le moins mal, et la question de comment définir le bien** et de *qui* le définit.
- ❑ Il y a deux grands modèles de définition de responsabilité qui se basent sur :
 - **L'hétéronomie**💡 : le bien est défini par une instance supérieure qui peut être un dieu, un courant philosophique, la société dans son ensemble, ou une personne dont on reconnaît l'autorité.
 - **L'autonomie**💡 : l'individu définit lui-même ce qui est bien pour l'Homme à une échelle collective ou individuelle.

💡 Hétéronomie

État d'un individu qui correspond à une absence d'autonomie, où sa volonté est influencée par un facteur extérieur.

💡 Autonomie

État d'un individu qui se donne à lui-même ses propres lois et détermine ses actions.

C. Éthique et morale

- Doit-on parler d'**éthique** ou de **morale** ? La racine du mot « éthique » est d'origine grecque (**éthos**), celle du mot « morale » est latine (**mos, moris**). Les deux termes renvoient à l'idée de **mœurs** (habitudes, coutumes, usages). Certains considèrent que les deux mots ont le même sens. C'est le cas du dictionnaire Larousse qui propose la définition suivante pour l'éthique : « *qui concerne la morale* », et pour la morale : « *qui concerne les règles de conduite pratiquées dans une société, en particulier par rapport aux concepts de bien et de mal* ».
- La **philosophie morale** est une branche de la philosophie qui cherche à répondre à la question « **que dois-je faire ?** » et « **pourquoi ?** ». C'est aussi la question de l'éthique. La **question de l'éthique** se pose **de manière plus concrète** que la question de la morale, avec un réel enjeu de **s'adapter aux situations particulières** sur lesquelles on se questionne.

D. L'éthique n'est pas une norme

- **Les normes imposent aux acteurs des limites de l'extérieur**. Les normes peuvent être de différentes natures : norme naturelle, norme sociale, norme morale, norme juridique. Les normes définissent les contours, l'état des lieux de ce qui s'impose, est accepté.
- **L'éthique est une « visée » pour le ou les « acteurs »**. Elle implique une réflexion sur les possibles, préalablement à un choix et permet parfois de proposer des repères en vue de l'évolution des normes.

E. Éthique et professionnels de santé

- Pour les professionnels de santé, c'est un **questionnement dans le contexte du progrès scientifique et de ses applications sur les êtres vivants (biotechnologies)** dans les dimensions individuelles et collectives. C'est un **questionnement pratique** sur les limites, les normes. **Il y a une nécessité d'agir, dans un contexte précis**. Dans ce sens, **l'éthique n'est pas un « label »** qui permet de caractériser un type d'action particulièrement « morale ». Deux situations en apparence semblables, mais qui diffèrent sur un point particulier, en apparence minime, peuvent aboutir à deux décisions différentes. **La décision prise doit être argumentée** pour permettre aux autres de porter un jugement sur l'« éthicité » de cette décision prise.
- **En résumé**, le questionnement éthique en santé est dû au fait qu'il existe de nouvelles questions morales causées par **l'avancement des sciences, des technologies biomédicales** et **l'évolution des courants de pensée de la**

société. En situation concrète, il peut s'agir de **dilemmes**, ou de **tensions** qui ne peuvent pas toujours être résolus par les normes traditionnelles.

- La visée éthique a nécessité une réflexion en vue d'une « **action humaine responsable** ». La réflexion éthique cherche à définir **ce qu'il est souhaitable de faire parmi tout ce qui peut être fait**, dans des **cas concrets, complexes** et en **situation d'incertitude**. La **décision prise doit être argumentée**.

I. DES MODELES THEORIQUES POUR PENSER L'ETHIQUE

- Il faut donc se questionner, être responsable, et on a envie de faire le bien. En général, l'action des hommes vise le « bien », mais comment définir le bien ? Des philosophes se sont penchés sur ces questions et ont travaillé des **modèles théoriques** pour penser à cette éthique dont on parle aujourd'hui.
- Il existe différents champs de l'éthique : **la philosophie morale** (1) et **l'éthique appliquée** (2).
 - (1) La **méta-éthique**, qui n'a pas de visée normative, étudie des concepts, des jugements et des raisonnements moraux. **L'éthique normative** (confondu, par certains, avec la morale), au contraire, propose des « normes », qui prescrivent le « bien » et/ou le « mal ». Ils sont pensés comme des systèmes généraux et donc forcément, comme d'autres lois, ils vont avoir du mal à générer des réponses lors de situations complexes.
 - (2) Enfin, les **éthiques appliquées** concernent des questions spécifiques posées aux éthiques normatives par des domaines particuliers, dont l'éthique médicale, la bioéthique, la neuroéthique, etc.
- Une **théorie morale** est une construction intellectuelle abstraite qui vise à proposer un cadre réflexif, composé d'un ou plusieurs principes qui permettent de déterminer si une action particulière est moralement juste.
- Ces **théories morales** qui sous-tendent **l'éthique normative** sont regroupées en trois familles :
 - **L'éthique des vertus** : Pour réaliser le bien, il faut agir comme la **personne bonne par excellence**, selon le modèle de vertu en vigueur.
 - **L'éthique déontologique** ou **déontique** : Pour que l'action soit bonne, il faut **suivre la règle**.
 - **L'éthique conséquentialiste** : Une action est jugée bonne ou mauvaise d'après son **résultat**.

- ❑ Ces trois modèles sont importants, mais aucun d'entre eux n'est suffisant à lui seul. Pour l'éthique en santé, il va s'agir davantage d'un **entremêlement de ces modèles** pour guider une action professionnelle.

A. L'éthique des vertus

- ❑ **L'action qu'il faut accomplir est celle qu'aurait accomplie un être humain en tant qu'agent moral vertueux dans ces circonstances.**
- ❑ **Le concept central est ici la vertu** . Ce qui compte c'est le perfectionnement de l'être humain en tant qu'agent moral vertueux. La question morale principale n'est pas « que dois-je faire ? », mais « quel genre de personne dois-je être ? » ou « quelles sont les actions que je dois accomplir pour agir vertueusement ? ».
- ❑ Exemples de philosophes de l'éthique de la vertu : Aristote (Antiquité), Thomas d'Aquin (13^{ème} siècle), Elisabeth Anscombe, Bernard Williams (20^{ème} siècle).

Vertu

La vertu est une tempérance : ni trop, ni trop peu.

B. L'éthique déontologique (déontologisme)

- ❑ Dans ce modèle, une action est « morale » si elle est **accomplie en suivant des principes absolus qui doivent être appliqués, quelles qu'en soient les conséquences.**
- ❑ **Le concept central est le devoir.** Cette méthode de pensée s'intéresse à la façon selon laquelle les actes humains peuvent être faits conformément à des règles. Il existe des **principes moraux qui doivent être des règles d'action et non des idées abstraites ou des objectifs.** Par exemple, « tu ne tueras point » est un principe déontologique majeur qui pourrait entrer dans le cadre de ces théories déontologiques. Certaines actions sont strictement requises (exigences), d'autres sont strictement prohibées (interdictions).
- ❑ Exemples de philosophes penseurs des théories déontologiques : Emmanuel Kant (18 - 19^{ème} siècle), William David Ross (19 - 20^{ème} siècle).

C. L'éthique conséquentialiste

- ❑ **L'action « morale » est celle qui promeut le bien et le moteur de l'action est la visée, l'objectif à atteindre (du bien ou du moins mal).** Ce sont des théories **téléologiques**. La question n'est pas « je suis la règle » ou « je veux être quelqu'un de bien », c'est « je veux arriver à ce résultat » et ce résultat va être bien pour chacun ou « moins pire » pour la majorité des gens. Le problème de la définition du « bien » reste entier.
- ❑ La valeur des conséquences ne dépend pas du point de vue (**impartialité**). Il ne faut pas adopter uniquement le point de vue de celui/celle qui a un bon état de santé. Les bonnes actions doivent être valables pour un individu qui présente

un état de santé correct ou un état de santé sous-optimal. Les objectifs fixés doivent être globalement bons indépendamment du point de vue de celui qui pourrait en subir les conséquences.

- ❑ Les valeurs promues sont généralement impersonnelles ou neutres par rapport à l'agent (individu). On s'intéresse à la **collectivité**.
- ❑ Ce sont des méthodes qui s'intéressent aux conséquences de nos actes (et de nos règles). L'action qu'il faut accomplir est celle dont les conséquences seront les meilleures. Il y a l'idée de « **maximisation** » du bien (ou **utilité** – l'utilitarisme est une forme de conséquentialisme fondée sur l'obtention de la plus grande utilité pour la société).
- ❑ Des précisions / nuances sont nécessaires :
 - Il faut inclure dans les « conséquences », l'ensemble des résultats (même indirects), ce qui est presque « impossible » à faire.
 - Il est classique de faire une distinction entre l'utilité moyenne et l'utilité totale (prise en compte des individus/personnes *a minima*).
 - Il existe des versions non-maximalistes qui visent à une action « suffisamment » bonne (principe de satisfaction).
 - Il existe aussi des versions négatives qui visent à minimiser le mal.
- ❑ **En résumé**, le conséquentialisme, c'est atteindre un objectif fixé, qui tend vers le bien (qu'il s'agisse de tendre vers ce que tout soit bien tout le temps pour tous ou garantir un moindre mal pour la majorité de la population). Il y a un panel de nuances infini (impossibilité, cependant, de tous les envisager).
- ❑ Exemples de **théories utilitaristes** (qui sont des théories conséquentialistes) :
 - Utilitarisme « classique » de Bentham et Mill (XIX^{ème} s) : l'objectif était de viser le plus grand plaisir (ou le plus grand bonheur) pour le plus grand nombre et donc maximiser les plaisirs et minimiser les douleurs pour le plus grand nombre, mais sans prendre en compte la singularité de l'individu. Ces modèles peuvent nous aider à comprendre, mais aucun ne fonctionne à 100% à l'échelle individuelle ou collective.
 - Exemples de versions plus récentes : viser la satisfaction des préférences ou celle des intérêts en y incorporant des valeurs relatives à l'agent.

II. LA MORALE (DEONTOLOGIE) DE LA MÉDECINE

A. Comment définir la médecine ?

- ❑ Est-ce que la médecine est **un art, une science, ou alors une combinaison de deux** ? Selon le dictionnaire de l'Académie française (édition 2011), c'est les deux :
 - Médecine : « *science ayant pour objet la santé ; art de prévenir et de traiter les maladies* ».
 - La clinique (ou médecine clinique) : « *partie de la médecine qui étudie les maladies par l'observation directe des malades, ou l'ensemble des connaissances ainsi acquises ou encore l'enseignement qui est ainsi dispensé* ».
- ❑ On comprend que **l'objet de la médecine est la santé, et ses moyens sont la prévention et le traitement des maladies.**
- ❑ C'est une pratique sociale **très encadrée par un code de déontologie**  **médicale** et par des dispositions légales qui transforment en droits des patients les devoirs déontologiques des médecins (ex. Loi du 4 mars 2002).

Déontologie

Ensemble des règles qui régissent une profession.

B. Un héritage hippocratique

- ❑ Hippocrate est un médecin grec. Il est né en 460 avant Jésus-Christ dans l'île de Cos. Il est issu de la famille des Asclépiades, médecins de père en fils, apparentés à des magiciens. Historiquement, les personnes qui soignaient étaient considérées comme des « magiciens » qui se transmettaient leur art et leurs recettes de génération en génération. Toutefois, Hippocrate se met à distance de la **médecine magique** et fonde un autre courant. Il est considéré comme le « **père** » **symbolique de la médecine moderne**. Pour asseoir sa réputation, il fonde une école (corpus de plus de 60 ouvrages : déontologie, sémiologie, étiologie, gynécologie, thérapeutique...)
- ❑ À l'époque, la médecine hippocratique est **une médecine publique**. Le médecin est nommé par l'Assemblée du peuple. Payé par la cité, **il n'a pas de préoccupations de santé publique**. C'est un point de différence important avec la médecine actuelle : Hippocrate soigne les citoyens qui sont ses alter ego, mais il ne soigne pas les esclaves. Ce sont les esclaves eux-mêmes qui soignent les autres esclaves.
- ❑ L'approche prônée par Hippocrate est une **approche globale du malade** qui est composé non seulement de son **corps** et de son **esprit**, mais qui est aussi

défini par un **comportement**. Le tout est en interaction avec un **environnement**.

- ❑ La médecine hippocratique est une médecine des faits et de l'observation, en rupture avec la médecine religieuse et magique.
- ❑ La médecine hippocratique repose sur **3 piliers fondamentaux** :
 - Le premier est la **laïcité et la rationalité** : on s'affranchit des dieux et l'on ne prétend pas utiliser la magie, mais la compréhension et l'explication rationnelles de la maladie.
 - Le deuxième pilier est **l'observation rigoureuse des signes** pour en faire une forme de savoir.
 - Le troisième pilier est la **réflexion philosophique** sur ce qu'on appelle parfois encore l'art médical, c'est-à-dire la « **bonne** » **manière de faire**.
- ❑ L'héritage laissé par Hippocrate à la médecine moderne est surtout le fruit de ces réflexions philosophiques, qui constituent encore les fondements de la **déontologie**.

C. La morale hippocratique

- ❑ Le médecin doit veiller avant tout à **l'intérêt du malade**, quel que soit son statut social ou financier. Le **médecin est dans l'abnégation et le dévouement**, il n'y a **pas de recherche de gloire personnelle, ni de recherche d'enrichissement** ou de **préoccupation sociale**.
- ❑ Le médecin a des devoirs multiples :
 - Il ne peut et **ne doit pas abuser de sa situation**. Il a un **devoir de discrétion** (de secret, de confidentialité).
 - **Le soin et la propreté apportés à sa tenue** favorisent l'installation d'une bonne relation avec le patient.
 - Il doit **se préoccuper du confort et du bien-être du patient**, mais aussi **limiter ses souffrances** (du patient).
- ❑ Ces devoirs sont sous-tendus par des valeurs, qui **rejoignent les attentes de la société de l'époque**. C'est-à-dire que c'est la société et les discussions entre les médecins et les philosophes qui ont permis de construire ces règles en fonction de ce qui était important à l'époque pour la société. Ces valeurs sont :
 - Respect de la vie, sous toutes ses formes, qui s'est traduit par le principe **primum non nocere** (« premièrement ne pas nuire »)
- ❑ Intérêt du patient (utilité pour lui) qui se traduit par le principe de **bienfaisance**.

D. Le serment d'Hippocrate

- ❑ Finalement, le serment d'Hippocrate prend en compte ces différents éléments de la **morale hippocratique**.
- ❑ Une première partie portait sur la **transmission du savoir médical** (passage d'une médecine qui s'hérite à une médecine qui s'apprend) avec le respect, la reconnaissance, la loyauté entre le maître et l'élève et enfin de la confraternité et la solidarité.
- ❑ Une deuxième partie portait sur la **relation médecin-malade**, avec en premier : la primauté de la personne malade, le **primum non nocere**, la **bienfaisance** et l'humilité. L'euthanasie, le suicide et l'avortement sont réprochés.
- ❑ Il n'y a pas de volet social.

1. Le principe *primum non nocere*

- ❑ Le premier principe de la médecine hippocratique est le principe **primum non nocere** (ou **principe de non-malfaisance**), locution latine qui signifie « en premier, ne pas nuire ». Principe éthique en médecine qui pose comme premier le devoir de ne pas produire ou aggraver un mal.
- ❑ À l'époque d'Hippocrate, il y avait souvent **plus de risque à intervenir qu'à ne rien faire**, il était donc surtout important de ne pas s'engager dans des actions avec des risques de conséquences néfastes pour la personne.
- ❑ Ce principe est en lien avec l'**interdiction de porter atteinte à l'intégrité corporelle** et avec le **respect du secret**. C'est un des principes de la médecine hippocratique au même titre que le **principe de bienfaisance**. Il est inscrit dans les **codes de déontologie médicale** encore aujourd'hui.
- ❑ C'est un principe **régulateur** de l'action médicale dans le sens où c'est un **principe « freinateur »** de l'action médicale. Cependant, son application à l'excès peut conduire à la recherche excessive du **« risque zéro »** (dérives du « principe de précaution »). En effet, **en médecine, il n'y a jamais de « risque zéro »** dès lors qu'on est interventionnel, il y a une balance entre le bénéfice et les risques).

2. Le principe de bienfaisance

- ❑ Le deuxième principe de la morale médicale et issu de la médecine hippocratique est le **principe de bienfaisance**. C'est un principe **directeur** de l'action médicale et de la relation médecin-patient, car l'objectif du médecin est **de vouloir le bien pour la personne qui a besoin de soins**.
- ❑ C'est donc un **principe moteur de l'action**. En apparence vertueux, poussé à l'extrême, il est la cause de **« dérives paternalistes »** où le médecin, sous

prétexte qu'il recherche le bien de son patient, considère que comme il possède la connaissance médicale, alors il sait mieux que lui ce qui est bon pour sa santé, et ce au détriment de son propre avis.

E. L'évolution scientifique des pratiques médicales

- ❑ Depuis la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, la médecine se pense comme une science.
- ❑ Le patient passe paradoxalement (transitoirement ?) au second plan des préoccupations des médecins. Le premier plan étant occupé par la quête de la connaissance, le développement de nouveaux médicaments et la collecte d'éléments de preuve permettant d'émettre ensuite des certitudes scientifiques.
- ❑ Le **primum non nocere** est alors passé au second plan, derrière la visée **bienfaisante** de l'action (et la recherche de la prouesse médicale ?).
- ❑ Au 20^{ème} siècle, les premiers codes de déontologie français induisaient une **relation paternaliste**. Dans cette relation, en vertu du **principe de bienfaisance** et du **devoir d'assistance** à l'égard de celui qui est en situation de vulnérabilité (maladie, ignorance), le médecin « **soulageait** » **le patient de la décision** qu'il était seul à pouvoir prendre du fait de son savoir. On disait alors que « le patient se confie au soignant **comme l'enfant à ses parents** » et l'acte médical était justifié par la **finalité thérapeutique** (le soin).

F. Le mouvement bioéthique

1. Un mouvement de contestation sociale

- ❑ En réaction au **paternalisme** considéré comme un **abus de pouvoir**, on voit se développer dans l'Occident le **mouvement bioéthique** (mouvement de contestation social). Il est d'origine anglo-saxonne (né aux États-Unis). Il est issu d'un **décalage** entre les attentes des patients et celle de la société (**santé individuelle et santé collective**). De nombreuses associations de patients se mobilisent. Ils réclament une médecine plus « **juste** » (précise et équitable) et plus **respectueuse de l'autonomie**.
- ❑ C'est dans ce contexte qu'a été rédigé le **rapport Belmont** (1979), à l'origine de la mise en avant de trois principes incontournables dans l'éthique de la recherche : (1) le **respect de la personne**, (2) la **bienfaisance**, et (3) la **justice**. Cette dernière préoccupation est nouvelle, il ne considérait pas la santé publique. C'est un point de différence important avec la médecine hippocratique : Hippocrate soigne les citoyens qui sont ses alter ego, mais il ne

soigne pas les esclaves. Ce sont les esclaves eux-mêmes qui soignent les autres esclaves. Deux mondes cohabitaient.

- ❑ On voit apparaître cette revendication qui est celle de la justice sociale au sens de **l'équité**. Nous ne sommes pas égaux, mais au moins, il y a une réflexion sur la manière de réparer ses inégalités en aidant ceux qui sont les moins bien lotis (= équité).
- ❑ Ce rapport, qui a concrétisé une réflexion pluridisciplinaire très intense de plusieurs mois, a donné lieu aux prémices du « **principisme** », un courant philosophique développé ensuite par les philosophes **Tom Beauchamp** et **James Childress** qui étend la réflexion sur l'éthique de la recherche à la réflexion sur l'éthique de la médecine.

2. Le principisme

- ❑ Le **principisme** (ou *principlism*) s'appuie sur quatre principes cardinaux, qui s'opposent deux à deux : (1) l'**autonomie** et la (2) **justice-équité** apparaissent pour la première fois et s'ajoutent aux principes de (3) **non-malfaisance** et de (4) **bienfaisance**.
- ❑ Le principisme consiste à **harmoniser l'application de ces quatre principes** pour prendre une décision et **justifier pourquoi un des quatre principes a ou non dominé les autres**.
- ❑ Le principisme a donc contribué à mettre en place un certain **principe de discussion** en médecine. Également, il a donné lieu à la formation de spécialistes en éthique et s'est concrétisé dans le développement de consultations d'éthique clinique.
- ❑ Le principisme a donc **réinterprété** certains principes de l'éthique hippocratique pour les adapter leur signification à des situations concrètes.
- ❑ Par exemple, en suivant le **principe de bienfaisance**, l'action médicale consistait à **sauver la vie**. Aujourd'hui, il s'agit plutôt de **prolonger la vie**. On cherche encore à guérir, mais surtout à soulager la douleur, améliorer le confort, surmonter le handicap. Il s'agit aussi de **conseiller, prévenir la maladie, écouter, être présent**, etc. La bienfaisance ne consiste donc aujourd'hui pas seulement à sauver la vie et n'implique pas nécessairement une « action » thérapeutique, il peut s'agir également d'**écouter** et d'**être présent**.
- ❑ De même, le **principe de non-malfaisance** implique une réflexion contemporaine sur son sens en situation contextuelle. On sait aujourd'hui que **la plupart des actions thérapeutiques ont des effets non désirables** dont il s'agit de faire une **balance bénéfique / risque** (sans bénéfice, on ne prend pas de risque). Cette balance se fait différemment selon s'il s'agit de situations d'urgence, de maladies chroniques ou de prévention. S'il s'agit de sauver la vie, il faut poser la question : « **pour qu(o)i ?** ». S'il s'agit de prolonger la vie, alors

« **dans quelles conditions ?** ». Et s'il s'agit de soulager la douleur, alors « **jusqu'où ?** ».

- Ces questions concernent le **patient**, mais aussi le **médecin** et la **société tout entière**. Il convient de réaliser une analyse *a posteriori* du résultat de cette action, afin de déterminer éventuellement un **aléa thérapeutique** (conséquences inattendues et néfastes de l'action).

III. COMMENT PRENDRE UNE DECISION EN PRATIQUE DANS UN CAS COMPLEXE ET EN SITUATION D'INCERTITUDE ?

A. Qu'est-ce qu'une décision ?

1. Définition du Larousse

- D'après le Larousse en ligne, le mot « **décision** » est défini ainsi :
 - « Action de décider après délibération ; acte par lequel une autorité prend parti après examen ».
 - « Acte par lequel quelqu'un opte pour une solution, décide quelque chose : résolution, choix ».
- La « **délibération** » est définie comme :
 - « Action de réfléchir, d'examiner une question, discussion »
 - « Décision prise au cours d'un examen »
 - « Sens littéraire : examen réfléchi précédant une décision » (ne s'applique pas à notre cas)
 - « Concertation obligatoire avant toute décision que doit prendre une juridiction avant de rendre un jugement » (ne s'applique pas à notre cas)
- Le verbe « **décider** » est défini plus clairement comme :
 - « Prendre le parti de faire quelque chose, se déterminer à entreprendre quelque chose, prendre la résolution qu'un évènement ait lieu »
 - « Choisir entre des personnes, des éventualités, opter pour une conclusion définitive qui tranche un débat, une difficulté »
- On voit donc que, contrairement à la délibération, la décision n'est pas **spéculative**, mais implique une dimension **pratique immédiate**. Sans action, pas de décision.

2. Définition philosophique

- Une **définition philosophique** du *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (André Lalande, 1926) donne **deux sens** à la décision :
 - La décision est la « *terminaison normale de la délibération dans un acte volontaire* », « *choix réfléchi de l'un des actes possibles* ». La décision n'est donc **pas une simple conclusion logique d'un raisonnement**, car la conséquence est purement logique, il n'est en réalité pas nécessaire de décider. Par exemple, une machine pourrait décider d'un acte médical s'il ne s'agissait que de calculer la logique d'un raisonnement. Il y a une volonté qui conduit la décision.
 - Décider implique une conclusion faisant intervenir **quelque chose de plus (la subjectivité)** : par exemple, l'autonomie, la subjectivité, la préférence, etc., de la personne qui décide. La décision **s'oppose ainsi aux terminaisons anormales**, c'est-à-dire les délibérations inachevées ou interrompues, choix « idéologiques », sans délibération, sans réflexion).
 - La décision est une « *qualité de caractère consistant à ne pas prolonger inutilement une délibération, ou à ne pas changer, sans raison sérieuse, ce qui a été résolu* ».
- Pour **Daniel Parrochia** (*Philosophie et épistémologie de la décision*, 2009), la décision est un concept qui implique **deux pôles** : un **pôle subjectif** (sujet engagé dans une action) et une **situation objective** (contexte présentant une certaine indétermination et dans lequel s'inscrit cette action).
- Les **conséquences** de la décision sont donc importantes à prendre en compte, car la situation dans laquelle on se trouve permet **un certain nombre d'options possibles**. Une fois la décision prise, le sujet **n'aura plus accès aux mêmes options** et se trouve ainsi dans un **nouveau contexte pour prendre une nouvelle décision**.

B. Les déterminants de la décision médicale

1. Composantes objectives et subjectives

- Certains de ces déterminants sont des composantes « **objectives** » de la situation dans laquelle la décision médicale est prise. Ce sont les **contraintes** de la situation :
 - L'état de santé du patient.
 - La compétence du médecin.
 - Les limites des connaissances médicales (l'état de l'Art et l'ensemble des incertitudes).
 - Le cadre légal et réglementaire.

- Les moyens disponibles (il y a des thérapies très coûteuses).
- Le **savoir** reste l'un des déterminants de la décision, considéré comme le fondement rationnel du choix. Le **partage du savoir se fait via le processus d'information**. La **transparence** est requise.
- Il y a également des « **pôles de subjectivité** » de la décision médicale :
 - La société (qui choisit le cadre légal et réglementaire et les moyens financiers).
 - Le médecin (qui peut ne pas être d'accord avec la demande du patient même si c'est une demande légitime au regard de la loi).
 - Le malade.
 - Les proches.
 - Les tiers (associations de patients, autres sources d'expertise « profane »).
- À chaque étape du processus décisionnel, il y a une place pour des interférences entre les **réflexions rationnelles** à propos des **composantes objectives** et les **émotions**, les **désirs**, les **peurs**, les **doutes** et les **valeurs morales** qui sont les **composantes subjectives**.

2. L'évolution des déterminants de la décision médicale

- L'idéal de la **délibération intersubjective** (entre le médecin et son patient) au profit d'une décision juste, dans le secret de la consultation, **n'existe plus** du fait de l'existence d'une panoplie d'interférences impliquant des tiers, proches ou plus globalement la société.
- Cette évolution du modèle de relation médecin-malade qui devient plus complexe justifie l'émergence de **normes externes spécifiques**, des **lois**, qui mettent des barrières et rappellent la hiérarchie des subjectivités à prendre en compte et des valeurs les plus importantes.
- L'une des valeurs phares actuelles de la norme en médecine est la **dignité humaine**. C'est un principe fondamental de la bioéthique française (Lois de bioéthique de 1994): « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie » (Art. 16 du Code civil). C'est un principe protecteur des individus et de l'humanité, mais c'est aussi un principe de limitation de la liberté individuelle (par exemple, il interdit aux individus certains usages de leur propre corps).
- **L'autonomie** est aussi une valeur phare de la loi française qui traduit le mouvement d'**émancipation** de la **société vis-à-vis des corporations professionnelles** et en particulier des médecins et qui a abouti à l'exigence d'un consentement éclairé avant de réaliser des soins et se traduit par l'article suivant : « 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 ... ».

- ❑ L'autonomie n'est pas juste « je fais selon mes préférences en fonction de mes représentations », c'est « je fais selon mes préférences en ayant compris ce que me propose le médecin et pourquoi ».

CONCLUSION

- ❑ **L'évolution scientifique de la médecine moderne** génère de nouveaux problèmes moraux et laisse persister des doutes et des incertitudes qui nécessitent une réflexion éthique au quotidien.
- ❑ La **décision médicale** reste une question centrale de l'action médicale, dont les déterminants sont évolutifs et en partie contraints par des normes reflétant des choix sociétaux.
- ❑ La place occupée par la santé dans nos sociétés a contribué à modifier la relation médecin-malade ainsi que la nature des missions confiées par la société à ses médecins.
- ❑ Les modalités de la délibération précédant toute décision médicale ont évolué d'un modèle de **délibération singulière** (le médecin en étant le pôle subjectif exclusif) à un modèle de **délibération intersubjective** qui s'impose dans tous les cas : **relation médecin-malade, collégialité professionnelle** et **interdisciplinarité**.

“ —
| *"La route vers la réussite en médecine est longue, mais*
chaque étape franchie compte. Soyez fiers de vous." |
— ”