

Séance organisée par  
L'Association française pour l'avancement des sciences (AFAS)  
Le Comité national odontologique d'éthique (CNOE)  
Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD) / Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)  
avec le soutien d'Universcience

le mercredi 17 novembre 2010, à 20h au Palais de la découverte

## ÉTHIQUE ET POUVOIR MÉDICAL

sous le haut patronage du ministre de la Santé et des Sports

### OUVERTURE DE LA SÉANCE

**M. Alain Foucault**, président de l'Association française pour l'avancement des sciences

### DU POUVOIR MÉDICAL À L'ÉTHIQUE

**Pr Simon Berenholc**, docteur en chirurgie dentaire, docteur ès sciences, président du Comité national odontologique d'éthique, vice-président de l'AFAS

Le pouvoir médical a d'abord été celui des chamans, druides et sorciers. Leur savoir tenait à la connaissance empirique des plantes et à leur action, et s'est accru au fil des expérimentations. Ils se sont progressivement transformés en médecins, grâce aux acquis en anatomie issus de la vivisection, parfois pratiquée sur des prisonniers, comme le faisait Hérophile, considéré comme l'un des pères de l'anatomie et qui a également fait progresser les connaissances en sémiologie.

Hippocrate, puis Maimonide, ont moralisé le comportement médical. Mais de nombreux médecins, au cours de l'histoire, ont altéré l'éthique médicale en fonction d'idéologies politiques. Cela a été le cas des docteurs Guillotin et Marat, et, plus tard, des médecins nazis et japonais qui ont pratiqué des expérimentations médicales barbares pendant la seconde guerre mondiale. De même, les guerres chimiques et biologiques récentes sont toutes des œuvres médicales.

En 1947, le Code de Nuremberg a établi une déontologie internationale sur l'expérimentation humaine, dont la règle de base est le consentement volontaire du sujet humain. De nombreux comités d'éthique se sont créés à travers le monde. En France, le Comité consultatif national d'éthique, dont les membres sont issus d'horizons divers (médecins, philosophes, religieux...), donne un avis par consensus sur les problèmes médicaux soulevés par différents organismes. Des comités spécifiques existent dans les hôpitaux, à l'INSERM, au sein des Académies, etc. L'encadrement du pouvoir médical par l'éthique permet ainsi une meilleure protection du patient.

S.B.

### LA SOUFFRANCE ET L'ÉTHIQUE

**Pr Bertrand Weil**, doyen honoraire de la faculté de médecine de Créteil, membre du Comité consultatif national d'éthique

Si l'Éthique peut se définir comme « l'art pour chacun d'entre nous de diriger moralement sa conduite et de donner du sens à ses actions », l'éthique médicale impliquée dans la prise en compte de la souffrance de l'autre repose sur cinq principes majeurs :

- non nuisance au patient et à son entourage,
- pertinence : les actes soignants doivent relever d'un consensus et décliner l'état de l'art,
- bienfaisance : soulager, accompagner et, chaque fois que possible, rétablir le bien-être et la santé,
- autonomie : privilégier le libre arbitre de ceux qui souffrent et de leur entourage,

- justice : agir face à celui qui souffre sans aucune sorte de discrimination.

Le pouvoir médical consiste à mettre à la disposition du souffrant tout le savoir, savoir faire et surtout savoir être de l'ensemble des soignants coordonnés par le médecin.

Le « prendre soin médical » relève de relations à ceux qui souffrent s'apparentant aux trois niveaux décrits de la relation parentale :

- le soin technique indispensable à la survie du nouveau-né comme à la résolution du problème de la souffrance,
- le soin découlant de l'amour fusionnel mère nouveau-né (parents-enfant) dont la défaillance peut être génératrice de souffrance altérant la santé mentale du nouveau-né comme de celle de la personne souffrante en l'absence de cette relation aimante de la part des soignants,
- le soin découlant de la relation parents enfants à l'âge adolescent, puis adulte, fondé sur le respect réciproque, la reconnaissance de l'autonomie et l'amour associé au fait d'être concerné, comme le respect et l'amour de la part des soignants de ceux qui souffrent.

Il convient de bien différencier douleur et souffrance.

- La première dépend d'une altération neurologique de l'intégrité corporelle (physique).
- La seconde est une manifestation psychique pouvant être secondaire à la douleur mais bien plus souvent en rapport avec la perte du bien-être moral en rapport avec des affections mentales névrotiques ou psychotiques, avec des pertes d'autonomie physiques ou psychiques, avec des déficiences organiques (stérilité de couple par exemple).

Souffrance et fin de vie : entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie, l'offre de soins palliatifs doit permettre de rendre tolérables les douleurs du mourant sans altérer trop sa conscience et en permettant l'accompagnement des proches quitte à abrégé légèrement l'espérance de vie de ceux qui souffrent de leur mort prochaine.

« L'art de diriger moralement la conduite des soignants médicaux et non médicaux et de donner sens à leurs actions » consiste à tout faire pour soulager les souffrances tant des patients que de leur entourage.

B.W.

## LA RECHERCHE MÉDICALE ET L'ÉTHIQUE

**D<sup>r</sup> Simone Bateman**, directrice de recherche CNRS, Centre de recherche Sens, Ethique, Société (CERSES), UMR 8137 CNRS - Université Paris Descartes

Les pratiques contestables d'expérimentation sur des sujets humains ne sont pas un phénomène récent mais deviennent, dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'objet de débat public et d'un important souci d'éthique. Partant d'un article célèbre publié en 1966 dans le *New England Journal of Medicine* par l'anesthésiologiste Henry K. Beecher, « Ethics and clinical research », cette communication décrit les dérapages les plus courants constatés dans les pratiques de recherche en milieu médical durant les années soixante et soixante-dix, et identifie quelques-unes des difficultés auxquelles se heurte toute relation thérapeutique lorsqu'un médecin propose à un patient d'entrer dans un essai clinique. La question du caractère vraiment « éclairé » (informé) du consentement des sujets participant à une recherche apparaît comme une pierre achoppement particulièrement redoutable. Aux recherches menées en milieu médical directement sur des personnes (saines ou malades), il faut ajouter celles menées en laboratoire sur des matériaux provenant du corps humain : ces dernières posent également des problèmes éthiques spécifiques, dont celui de connaître les conditions dans lesquelles ces matériaux ont été obtenus.

S.B.

## ESTHÉTIQUE, ÉTHIQUE ET GREFFE DU VISAGE

**D<sup>r</sup> Philippe Pirnay**, docteur en chirurgie dentaire, master 2 de droit médical, lauréat des Académies nationales de médecine, de chirurgie et de chirurgie dentaire

Grâce aux artifices de la chirurgie, le corps est aujourd'hui amélioré, sculpté pour répondre à l'impératif social de l'esthétique. Un corps et surtout un visage sans défaut sont devenus une norme qui s'impose parce qu'elle ouvre les portes de la réussite professionnelle, voire de la célébrité, sans tenir compte du coût et des risques de la transformation.

Porter atteinte à la beauté d'un visage est une forme de violence extrême et l'histoire a montré que la médecine et la chirurgie ont toujours tenté de protéger ce visage. Et pour les patients défigurés, en état de grande vulnérabilité, cette défiguration correspond à une vie qui peut difficilement être supportée.

Il faut attendre 2005 pour que la première patiente au monde puisse bénéficier de la première greffe de visage. A Amiens, les P<sup>rs</sup> Devauchelle et Testelin, et le P<sup>r</sup> Dubernard de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, conduisent le 27 novembre une greffe partielle du visage. Elle sera suivie par 12 autres greffes en Europe, en Chine et aux Etats-Unis.

Ces prouesses techniques ont inévitablement suscité des interrogations. Faut-il prendre de tels risques pour des patients qui ne sont pas en danger de mort ? Les patients sont-ils en état de consentir aux risques du traitement ? Va-t-on reconnaître le donneur sur le receveur ? Quelle est la place des familles dans cette intervention ? Comment les chirurgiens vont-ils dévoiler aux médias ces grandes premières chirurgicales ? Comment protéger les patients des dérives médiatiques ?

Ces questions très singulières ne peuvent être appréhendées que si la défiguration du patient, c'est-à-dire sa « non vie » est prise en compte.

La définition de l'éthique ne peut être d'être certain de faire toujours le meilleur choix, mais de faire la moins mauvaise action. Aussi la médecine peut être l'objet de fierté car, au-delà des critiques, elle accepte de prendre des risques dans l'intérêt du patient.

*P.P.*

## **OBLIGATION DE MOYEN ET DE RÉSULTAT EN MATIÈRE DE SANTÉ**

**D<sup>r</sup> David Jacotot**, docteur en droit, enseignant à la faculté de droit de Dijon

Ce sujet invite à réfléchir à la nature juridique du lien qui unit un patient à un professionnel libéral de santé. Avec la décision de justice « Mercier » de 1936, l'on concluait à l'existence d'un contrat de soins. Par voie de conséquence, le praticien engageait sa responsabilité sur un fondement contractuel, ce qui supposait d'établir la méconnaissance d'une obligation dite de moyens, celle de donner des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données acquises de la science. La qualification de contrat n'est pas neutre, elle implique un accord de deux volontés à l'origine d'obligations réciproques. Aussi deux individus s'engagent, ce qui, dans une approche morale, est fort de sens.

Depuis la loi du 4 mars 2002, la relation de santé change d'identité juridique. L'on assiste à un effacement du contrat, la théorie de la « décision médicale » s'y substituant. A la rencontre de deux volontés succède celle d'un seul ! Cette nouvelle notion ne restaure pas la plénitude du pouvoir médical ; bien au contraire elle tend à le contrôler (plus efficacement que le contrat). La décision, en effet, est prise par le patient dans le respect des droits subjectifs du patient énumérés par la loi (droit de recevoir les soins les plus appropriés, droit à l'information, etc.). Dans ce nouveau cadre juridique, il n'est plus fait référence à l'obligation de moyens mais à la faute. Celle-ci semble appréciée assez sévèrement en raison même de la consécration des droits des patients. L'avènement légal de la « qualité en santé », objectif fondateur des devoirs de compétence et de développement professionnel continu, jouera certainement un rôle lorsqu'il s'agira de vérifier la présence ou non d'une faute.

Cette évolution de la relation de santé présente un défaut majeur : les droits des patients concentrent l'attention, une approche unilatérale domine. Aussi nous apparaît-il nécessaire de proposer une nouvelle mutation, celle du retour du contrat, source de deux engagements, mais conçu de manière adaptée ! En bref, pensons à un « nouveau contrat de soins ».

*D.J.*

## **CONCLUSIONS**

**P<sup>r</sup> Bernard Debré**, chef de service à l'hôpital Cochin, membre du Comité consultatif national d'éthique

Les mots ont d'autant plus de sens qu'ils prêtent à contresens a dit le philosophe Yvon Belaval.

Et des mots comme *eugénisme* peuvent s'appliquer à des actes comme une stérilisation forcée, qui fut abolie en Suède en 1974, ou comme un eugénisme visant à trier des ovocytes sains, non pourvus d'un

gène responsable d'un cancer héréditaire ou d'une maladie génétique, pour permettre une descendance sans ce risque. C'est le cas des leucodystrophies, ou des cancers du sein.

Ainsi, un diagnostic préimplantatoire permet un choix pour un enfant sans risque. Choisir un descendant sans mutation génétique, dans une liste préétablie des connaissances, est une possibilité offerte. L'avortement autorisé permet d'éviter la mort d'une parturiente, en plus de l'enfant non désiré.

Le problème des cellules souches pour créer un autre individu est tributaire des sensibilités religieuses et de l'origine présumée de l'âme. Et le clonage, connu depuis l'Antiquité par les boutures, peut permettre des possibilités de projet parental, de clonage thérapeutique, ou de dérive mercantile comme le clonage des chevaux de course.

L'éthique n'est pas la morale de la morale, mais le sens de la morale.

La recherche ne progresse que par transgressions. Transgression de la barrière des espèces, fictive comme les dieux à forme humaine avec tête de faucon, mais aussi la réalisation de lait de vache contenant de l'insuline humaine, ou de chèvres avec de la soie d'araignée dans leur lait...

Si l'euthanasie est une « belle mort », la dignité n'est accordée que par le regard de l'autre. Aussi, l'accompagnement ne peut se concevoir que par cette conclusion : tu ne tueras pas.

D'évidence, les lois concernant la bioéthique doivent être révisées fréquemment.

*B.D.*

**AFAS**  
ASSOCIATION FRANÇAISE POUR  
L'AVANCEMENT DES SCIENCES

**ANCD**  
ACADÉMIE NATIONALE  
DE CHIRURGIE DENTAIRE

**ONCD**  
Ordre National  
des Chirurgiens-Dentistes

**universcience**

**Palais**  
DÉCOUVERTE