

Véronique **Fournier**  
Nicolas **Foureur**

AIDE-MÉMOIRE

# Éthique clinique

**L'éthique clinique en 10 cas**



**DUNOD**

À tous ceux qui se sont lancés avec nous dans cette aventure d'éthique clinique et nous ont aidés à construire pas à pas la méthode que nous présentons ici. Et à tous ceux aussi, professionnels, patients, familles, qui nous ont fait confiance au cours de toutes ces années, très particulièrement ceux dont nous évoquons plus précisément l'histoire : que ces quelques pages leur soient un témoignage de combien leur souvenir continue de nous accompagner ! Merci à tous. Cet ouvrage n'aurait pas existé sans eux !

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081187-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Sommaire

*Avant-propos. Qu'est-ce que l'éthique clinique ?* V

## PREMIÈRE PARTIE

### L'ÉTHIQUE CLINIQUE EN 10 CAS ET 40 QUESTIONS

<i>Introduction</i>	3
<b>1</b> L'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP)	7
<b>2</b> L'obstétrique	19
<b>3</b> La demande de stérilisation définitive	27
<b>4</b> La réanimation néonatale	37
<b>5</b> La pédiatrie	47
<b>6</b> La réanimation adulte	55
<b>7</b> La psychiatrie	67
<b>8</b> Stratégie thérapeutique	77
<b>9</b> La gériatrie	87
<b>10</b> La fin de vie et l'aide à mourir	103

## DEUXIÈME PARTIE

## L'ÉTHIQUE CLINIQUE EN 10 REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

<i>Introduction</i>	119
<b>11</b> Quelle grille éthique de référence utiliser pour pratiquer l'éthique clinique ?	121
<b>12</b> La saisine	129
<b>13</b> L'instruction	135
<b>14</b> Liste des éléments à explorer au cours de l'instruction	144
<b>15</b> Le staff d'éthique clinique	151
<b>16</b> Le suivi	161
<b>17</b> Récapitulatif des étapes et clés pour une consultation d'éthique clinique réussie	166
<b>18</b> 10 questions parmi les plus fréquentes posées par les cas d'éthique clinique	170
<b>19</b> 10 éléments du contexte français contemporain importants à connaître	186
<b>20</b> L'éthique clinique, pour renouveler le métier de soignant..	209
<i>Table des matières</i>	222

## Avant-propos

# QU'EST-CE QUE L'ÉTHIQUE CLINIQUE ?

Véronique Fournier

L'éthique clinique est une méthode. Du moins l'éthique clinique dont il sera question dans cet ouvrage. Elle propose un chemin pour traiter d'une question éthique singulière qui se pose concrètement pour un patient donné à un instant donné.

L'une de ses principales caractéristiques est de se pratiquer de façon collégiale et multidisciplinaire. Elle implique un collectif ayant choisi de se mettre au service du meilleur intérêt, non seulement médical mais global, du patient pour qui se pose la question en débat, tout en soupesant les conséquences éthiques des décisions à prendre pour l'ensemble des protagonistes impliqués. Le premier effet de ce travail collectif est de donner de l'ampleur à la parole du malade, de la rééquilibrer face à celle de ceux qui partagent avec lui le pouvoir de décider. Ici, le collectif vient en aide à l'individu. Il ne sert pas son intérêt premier, mais celui de la personne pour qui il est fait appel à lui. Sa force redonne de la puissance à la voix de l'homme seul. Elle supplée la vulnérabilité putative de l'homme malade.

La méthode ou démarche est dite d'éthique clinique, pour la différencier de ce que l'on entendait jusqu'à présent par « éthique médicale ». À vrai dire, il serait plus juste de la nommer « éthique médicale clinique »,

en la considérant comme une sous-partie de l'éthique médicale. Alors que l'éthique médicale s'intéresse aussi à des questions éthiques d'ordre général, l'éthique clinique dont il s'agit ici ne s'intéresse qu'à aider à la résolution de questions singulières, émergeant à propos de cas toujours uniques. Elle est dite clinique :

- parce qu'elle intervient au chevet d'un patient réel en temps réel. L'éthique clinique est une éthique incarnée ;
- parce qu'elle s'apparente et suit les mêmes étapes que celles employées par la médecine clinique : quel est le symptôme ; quelle est l'histoire de l'installation de ce symptôme ; quels sont les éléments de diagnostic positif et de diagnostic différentiel ; quelles sont les stratégies thérapeutiques qui peuvent être proposées ; le traitement est-il efficace et le patient amélioré, etc. ;
- parce que la réponse apportée pour un patient singulier ne sera pas la même que celle apportée pour un autre, dans un autre contexte et un autre espace-temps, même si la question posée apparaît à première vue identique. Il s'agit d'une éthique du cas par cas.

Pour ses inventeurs, l'objectif premier de la méthode est d'améliorer la qualité du service médical rendu au patient. On pourrait presque dire qu'elle fait partie de l'arsenal « thérapeutique » mis à la disposition du médecin pour servir au mieux son patient, au même titre que beaucoup d'autres approches non médicamenteuses dont l'efficacité a été reconnue sur ce plan. Contrairement à ce que son nom pourrait laisser supposer, le but recherché par la démarche n'est en effet pas tant « l'éthique » que « la qualité » des soins délivrés. Si elle a des chances d'être efficace à cet égard, c'est d'abord parce qu'elle a pour vocation d'approfondir la réflexion préalable à une décision médicale signifiante, en aidant à en évaluer tous les enjeux éthiques, ce qui ne peut qu'en accroître la pertinence, donc la qualité (Fournier *et al.*, 2007<sup>1</sup>). C'est aussi parce qu'elle concourt grandement à augmenter le degré d'ajustement des soins délivrés aux souhaits du patient, tant le respect de l'autonomie de ce dernier est au fondement de sa démarche.

---

1. V. Fournier et M. Gaille, « Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde », *Éthique & Santé*, 2007, n° 4, p. 126-130.

La façon de penser et de pratiquer l'éthique clinique qui est présentée ici est née Outre-Atlantique, même si nous l'avons quelque peu adaptée au contexte français au fil des ans, depuis que je l'ai transposée en France en 2002 et proposée comme méthode de référence pour le Centre d'éthique clinique<sup>1</sup> créé par décision gouvernementale à l'hôpital Cochin à Paris, dans la foulée de la première loi relative aux droits des malades, dite loi Kouchner du 4 mars 2002<sup>2</sup>. Les fondements en sont restés identiques : elle est avant tout un outil de bonne pratique médicale. Mark Siegler, l'un de ses principaux concepteurs, disait d'elle en 1990 que son « objectif central est d'améliorer la qualité des soins grâce à l'identification, l'analyse et l'aide à la résolution des questions éthiques qui émergent en pratique clinique courante<sup>3</sup> ». Et encore qu'« affronter les questions éthiques qui se posent en clinique quotidienne et apprendre à correctement les résoudre fait intrinsèquement partie d'une bonne pratique médicale et par là-même de la qualité des soins due aux patients<sup>4</sup> ». Pour lui, l'éthique clinique ne devrait pas se contenter d'aider à la résolution de dilemmes éthiques ponctuels. Elle devrait irriguer la pratique soignante et médicale dans ses aspects les plus répétitifs et quotidiens : lorsque l'on se pose la question de comment dire la vérité à un patient, de comment apprécier sa capacité à décider, de comment obtenir de lui un consentement vraiment éclairé, de ce que veut dire respecter son autonomie et la confidentialité qui lui est due, de comment soulager sa douleur, de comment l'accompagner en fin de vie, de comment interagir avec ses proches, etc. Pour Siegler, l'éthique clinique n'est donc rien moins qu'une façon de « soigner » et de donner « sens » au soin. C'est pourquoi elle s'adresse au premier chef aux soignants.

Sur le plan de la proximité intellectuelle, la démarche a plus à voir avec l'exercice clinique qu'avec la théorisation bioéthique qu'en font parfois

---

1. <http://ethique-clinique.aphp.fr>.

2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

3. M. Siegler, E.D. Pellegrino, P.A. Singer, « Clinical Medical Ethics », *JCE*, 1990, n° 1, p. 5-9.

4. *Idem*.

les philosophes, poursuit-il<sup>1</sup> : « Une éthique clinique dans laquelle les soignants n'ont pas le premier rôle est une éthique clinique qui n'a pas d'avenir autre qu'académique ou spéculatif et qui est à risque de divorce avec la médecine. » Et à Daniel Callahan, philosophe bioéthicien célèbre qui se demande si c'est vraiment la pratique clinique qui doit être au cœur de la préoccupation des bioéthiciens : « *La vérité de la vie* réside-t-elle dans la singularité des cas (ce que pensent les cliniciens), ou faut-il la penser à l'aune d'un grand tout, plus général, plus abstrait, mais tout aussi vrai, même si plus caché ? », Siegler répond : « Savoir débattre d'une question d'éthique clinique fait autant partie des règles de bonne médecine que de savoir prescrire le bon médicament. Les départements d'éthique qui ont divorcé d'avec les médecins, digressent vite en spéculations inutiles à la médecine<sup>2</sup>. »

C'est aussi la conception de l'éthique clinique que je défends : celle d'être un outil utile en priorité aux soignants<sup>3</sup>. C'est pourquoi cet ouvrage s'adresse résolument et en premier lieu à eux tous : les jeunes, les vieux, les médecins, les infirmiers, aides-soignants, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, etc.

Ceci dit, dans cette conception de l'éthique clinique, la multidisciplinarité a un grand rôle. Elle est essentielle pour faire bon poids face à la force de conviction et à la légitimité des soignants qui sont massives sur ces questions relevant au premier chef de leur compétence. C'est pourquoi cet ouvrage a été conçu pour être également facilement accessible aux non-soignants : à tous ceux qui voudraient s'engager en éthique clinique en tant que citoyens, d'où qu'ils viennent : du droit, de la philosophie, de la sociologie, du monde associatif, de la société civile au sens large. Il est en effet indispensable que la multidisciplinarité soit présente de

1. M. Siegler, « Clinical Medical Ethics: Its History and Contributions to American Medicine », *JCE*, 2019, vol. 30, n° 1, p. 1-10.

2. *Idem*.

3. Dans cet ouvrage, et par convention, nous utiliserons le mot « soignants » pour désigner l'ensemble des personnels soignants, qu'il s'agisse des médecins ou des autres soignants intervenant au chevet des patients. De la même façon, lorsque nous parlerons d'« équipe soignante », cela sera pour désigner l'ensemble des soignants, médecins ou non, en charge d'un même patient.

façon suffisante, en nombre comme en autorité intellectuelle, dans le collectif qui s'engage en éthique clinique. Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra à la fois :

- entendre la voix des patients au-delà de ce que les soignants entendent, car ces derniers ont tendance à les entendre davantage en tant que patients qu'en tant que personnes ;
- rappeler aux soignants qu'ils sont d'abord au service du patient et les aider à réfléchir à ce qu'être soignant veut dire ;
- faire en sorte que tous les membres d'une même équipe soignante soient parties prenantes de la réflexion éthique et non les seuls médecins ;
- rappeler aux soignants qu'ils travaillent dans un contexte social, législatif, politique, économique donné dont il est important qu'ils tiennent compte ;
- se faire l'écho de la société dans sa diversité et de ce qu'elle attend de la médecine.

Différentes approches ou méthodes de travail en éthique se prévalent de l'appellation d'éthique clinique. Elles ont toute leur place et légitimité et je ne saurais défendre l'idée d'une quelconque supériorité de celle que nous présentons ici. Si je m'emploie à définir un peu précisément les contours de cette dernière, ce n'est que dans un souci de clarification. La finalité de l'approche n'est pas de mener une réflexion épistémologique ou herméneutique sur la fonction soignante et ce que le « prendre soin » veut dire. Ni d'être un nouveau champ d'étude empirique pour la philosophie morale. Ni même de faire de la délibération éthique collective le cœur de la démarche, renouvelant ainsi l'expérience démocratique<sup>1</sup>. Si la délibération collective tient une place importante dans notre approche, ainsi que l'idée de démocratie sanitaire<sup>2</sup> – puisqu'il est attendu du

1. P. Boitte *et al.*, *Pour une bioéthique clinique*, Presses universitaires du Septentrion, 2003. R. Le Berre *et al.*, « L'éthique clinique comme expérience démocratique », *Éthique et pratiques dans le champ de l'intervention sociale en santé*, 2016, vol. 28, n° 2, p. 172-186.

2. J.-P. Arveiller, P. Tizon : « Derrière ce mot (de démocratie sanitaire) qui fait savant se cache un concept en fait très simple, celui de la participation citoyenne aux politiques de santé. La définition qu'en donnent les ARS est même particulièrement

collectif d'éthique clinique qu'il serve d'interface en quelque sorte, entre les questions éthiques difficiles qui se posent quotidiennement à la médecine d'une part et la société d'autre part, voire qu'il puisse en témoigner —, il n'en reste pas moins que notre objectif premier est de servir ponctuellement ce patient-là à cet instant-là. C'est cette finalité clairement posée qui recentre la méthode et fixe ce que nous estimons être de son ressort ou non.

C'est cette finalité aussi qui fait des soignants nos interlocuteurs privilégiés. Car leur place au chevet des patients est différente de celle des non-soignants. Ils sont engagés auprès d'eux dans un corps-à-corps, ainsi qu'un cœur-à-cœur, qui restent loin de la contribution à l'exercice que peuvent avoir des non-soignants, aussi mobilisés soient-ils en éthique clinique. La responsabilité des actes entrepris n'est d'ailleurs pas la même non plus entre celui qui prescrit et qui agit, et le consultant d'éthique qui ne fait qu'accompagner de sa présence les premiers concernés.

Le métier du soin est un métier d'engagement et de responsabilité envers un autrui qui joue sa peau. C'est ce qui fait sa beauté et sa puissance. C'est aussi cela qui aveugle parfois ceux qui le pratiquent quant aux limites de leur art. C'est à cet instant qu'un regard extérieur, tiers et hors champ disciplinaire, peut leur devenir essentiel, notamment lorsqu'ils sont confrontés à une interrogation éthique, voire un conflit ou un malaise éthique au chevet d'un patient. S'ils sollicitent face à cela l'éthique clinique, celle-ci leur sera d'autant plus utile que la multidisciplinarité de son collectif saura les aider à prendre de la distance vis-à-vis des questions qu'ils se posent. Il faudra pour cela que cette

---

concise et pragmatique : "La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation." La seule question qui se pose, finalement est celle de la définition des "acteurs du système de santé". Si, dans les années quatre-vingt cette définition aurait pu s'entendre simplement puisque, par "acteurs du système de santé" on entendait l'ensemble des professions médicales et paramédicales d'un côté, l'administration chargée de la politique de soin de l'autre, les choses sont devenues moins simples puisque, depuis les années quatre-vingt-dix, les usagers ont commencé à revendiquer puis à prendre une place de partenaire parmi ces acteurs. » In « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, 2016/2 (62<sup>e</sup> année), p. 2.

multidisciplinarité soit suffisamment plurielle, puissante et libre. C'est à ces conditions que l'éthique clinique devient un authentique geste soignant.

Cette dimension soignante de la démarche d'éthique clinique est celle dont témoigne Nicolas Foureur dans le dernier chapitre de cet ouvrage. Médecin lui aussi, il a repris en 2020 la direction du Centre d'éthique clinique que j'ai moi-même dirigé depuis sa création en 2002 jusqu'à cette date. Il raconte quelle expérience a été pour lui de passer d'un exercice purement clinique à un exercice différent de la médecine. Cet ouvrage est ainsi écrit à quatre mains, par deux médecins, malgré l'essentialité de la multidisciplinarité dans l'exercice d'éthique clinique. C'est un choix assumé pour mieux situer, une fois encore, délibérément, l'ouvrage du côté soignant.



# Première partie

## L'éthique clinique en 10 cas et 40 questions

Introduction .....	3
<b>1</b> L'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP).....	7
<b>2</b> L'obstétrique.....	19
<b>3</b> La demande de stérilisation définitive .....	27
<b>4</b> La réanimation néonatale .....	37
<b>5</b> La pédiatrie.....	47
<b>6</b> La réanimation adulte .....	55
<b>7</b> La psychiatrie.....	67
<b>8</b> Stratégie thérapeutique .....	77
<b>9</b> La gériatrie .....	87
<b>10</b> La fin de vie et l'aide à mourir .....	103

**Les 40 questions d'éthique clinique traitées  
à l'occasion de ces 10 cas**

1. Qui est le patient (1) ? . . . .	p. 8	24. La place de la religion et de la culture dans la décision . . . . .	p. 63
2. La place de la loi (1) . . . . .	p. 11	25. Contrainte et respect de l'autonomie . . . . .	p. 68
3. L'intérêt de l'enfant . . . . .	p. 12	26. Refus de soins et respect de l'autonomie . . . . .	p. 70
4. Quelle place accorder au respect de l'autonomie (1) ?	p. 13	27. Refus de soins versus balance bienfaisance/non- malfaisance . . . . .	p. 72
5. Qui est le patient (2) ? . . . .	p. 21	28. Les risques de discrimina- tion dans l'accès aux soins . . . . .	p. 74
6. La place de la loi (2) . . . . .	p. 21	29. Soigner toujours plus est-il toujours mieux ? . . . . .	p. 79
7. Qui est légitime pour décider (1) ? . . . . .	p. 23	30. Vulnérabilité et autonomie . . . . .	p. 81
8. Le risque de malfaisance (1) . . . . .	p. 24	31. La dimension « psychoso- ciale » dans la décision médicale . . . . .	p. 84
9. Quel poids accorder au respect de l'autonomie (2) ?	p. 29	32. L'institutionnalisation sans consentement . . . . .	p. 89
10. La tentation de la psychologisation . . . . .	p. 31	33. La médicalisation du grand âge . . . . .	p. 92
11. L'atteinte à l'intégrité corporelle . . . . .	p. 32	34. La sexualité en institution	p. 95
12. La médecine au service d'une demande non strictement médicale . . . . .	p. 34	35. La place des proches en Ehpad . . . . .	p. 97
13. Le concept d'obstination déraisonnable . . . . .	p. 39	36. La fin de la vie et la fin de vie . . . . .	p. 106
14. Décider en situation d'incertitude médicale . . . . .	p. 40	37. Comment comprendre une demande d'aide active à mourir ? . . . . .	p. 109
15. La demande d'obstination déraisonnable . . . . .	p. 41	38. La différence entre parler pour soi-même ou parler pour autrui . . . . .	p. 109
16. Le risque de malfaisance (2) . . . . .	p. 42	39. Ce qui est illégal peut-il être éthique ? . . . . .	p. 111
17. La place des parents dans la décision . . . . .	p. 44	40. Jusqu'à quel point une consultation d'éthique peut-elle accompagner une demande illégale ? . . . . .	p. 114
18. Les proches peuvent-ils invoquer l'obstination déraisonnable ? . . . . .	p. 50		
19. La question du handicap	p. 52		
20. Qui est légitime pour décider (2) ? . . . . .	p. 53		
21. Faut-il se défendre d'un recours « instrumental » à la consultation d'éthique ?	p. 57		
22. Les procédures de LAT ..	p. 59		
23. La place du médico-judiciaire dans la décision . . . . .	p. 62		

## Introduction

L'éthique clinique telle que nous la concevons et la décrivons dans cet ouvrage se pratique donc au chevet des patients. Lorsque se pose une question cruciale quant à la décision médicale, voire médico-sociale qu'il convient de prendre au service de leur meilleur intérêt, ceux qui ont leur mot à dire ne sont pas toujours d'accord entre eux. Ils peuvent ressentir qu'il y a une dimension éthique sous la question qui fâche, et que l'éclaircir apaiserait les tensions et faciliterait la décision. L'éthique clinique peut alors être utile. Son rôle est en effet d'aider à identifier l'ensemble des différents enjeux éthiques qui s'enchevêtrent jusqu'à faire conflit et bloquer une décision médicale singulière. Chemin faisant, elle aura aussi à cœur d'aider à ce que le dialogue se réinstaure entre les différents protagonistes impliqués, ce qui permettra au processus de décision de se remettre en route.

Les situations à propos desquelles l'éthique clinique est sollicitée mettent toujours en scène une personne particulière, avec tout à la fois son histoire médicale et son histoire de vie. S'y croisent des arguments médicaux, familiaux, sociaux, voire culturels ou religieux, qui ont chacun plus ou moins d'importance pour les différents acteurs en présence. Ce sont ces histoires qui rendent la démarche vivante, et c'est en les racontant que l'on peut le mieux comprendre la complexité des nombreux dilemmes éthiques que soulève l'exercice de la médecine aujourd'hui. C'est pourquoi nous nous proposons dans cette première partie de notre ouvrage d'introduire le lecteur à l'éthique clinique, à l'aide de quelques-unes des histoires d'éthique clinique dont nous avons eu à traiter au cours des dernières années.

Nous avons organisé cette partie en abordant un thème différent par chapitre, choisis parmi ceux les plus susceptibles de faire émerger une question d'éthique clinique : l'assistance médicale à la procréation, l'obstétrique, la pédiatrie, la gériatrie ou encore la fin de vie. Ces chapitres débiteront tous par une histoire, voire deux. Il s'agira toujours d'histoires vécues. Cela nous est apparu important pour qu'elles soient vraiment crédibles, dans les faits comme dans la restitution des réactions de ceux qu'elles ont mobilisés. Toutes ont été rendues méconnaissables et anonymes. Nous ne les raconterons pas toujours de la même manière, ni n'insisterons sur la façon dont elles se sont dénouées. Nous y avons recours essentiellement pour faire comprendre combien l'éthique clinique est une éthique qui implique des hommes et des femmes ayant existé, avec chacun leur contexte singulier. Il ne s'agit pas d'une éthique de vignettes cliniques, ni de cas paradigmatiques. Ces histoires nous aident également à rendre concrets les enjeux éthiques que chacune soulève.

Après la narration de l'histoire, nous prendrons le temps de comprendre en quoi celle-ci pose question sur le plan éthique. En effet, si l'on veut pouvoir aider ceux qui en appellent à l'éthique clinique, il faut commencer par bien saisir le dilemme éthique sous-jacent à la décision médicale en suspens. Si l'on réagit en pensant que la réponse va de soi, ou qu'il n'y a en l'occurrence aucune dimension éthique dans la question posée, on aura du mal à aider ceux qui appellent.

Puis, nous détaillerons la liste des questions éthiques qui seront traitées dans ce chapitre particulier, à l'aide de l'histoire choisie à cette fin. Le traitement approfondi de celles-ci constituera la matière principale du chapitre concerné. L'objectif étant que mises bout à bout, l'ensemble des questions traitées couvrent une bonne part des questions d'éthique clinique qui se posent aujourd'hui en médecine quotidienne. En les discutant, nous ferons régulièrement référence aux différents chapitres de la seconde partie, pour aider le lecteur à mieux se servir des outils et repères méthodologiques qui y sont détaillés, en miroir de ces histoires cliniques.

Enfin, précisons que nous nous adressons avec ce livre à tous ceux qui, grâce à l'éthique clinique, souhaitent enrichir leur expertise professionnelle individuelle, soignante ou autre, qu'ils en aient ensuite un usage personnel, s'intègrent dans un collectif multidisciplinaire

existant d'éthique clinique, ou se destinent à développer au sein de leur environnement une véritable consultation d'éthique clinique, sur le modèle de ce que nous avons créé à l'hôpital Cochin. Nous nous adresserons indifféremment aux uns comme aux autres, le but étant que chacun trouve dans ces quelques pages ce qui lui sera utile pour poursuivre ses propres objectifs.



## 1

## L'ACCÈS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

**L'histoire** Il a 44 ans, elle 40 ans, ils s'aiment et vivent en couple depuis 5 ans. Aucun n'a d'enfant d'une union précédente et jusque-là, ils n'ont jamais considéré comme urgent d'en faire ensemble. Mais on a découvert chez lui un mauvais cancer digestif il y a deux ans. Trois lignes de chimiothérapie ont déjà été essayées depuis l'intervention chirurgicale, sans succès pour l'instant. Les médecins n'arrivent pas à contrôler la situation. Une quatrième ligne va être tentée. Lui comme elle, ont parfaitement compris que ce n'était pas sûr qu'il s'en sorte.

Au dernier rendez-vous avec le cancérologue, ils ont évoqué leur souhait d'essayer de faire maintenant un enfant. Ils voudraient récupérer les paillettes de sperme prélevées avant la chimiothérapie et conservées au Cecos<sup>1</sup>. Qu'en pense le médecin ? Peut-on prévoir les choses sans attendre ? Comment les concilier avec le démarrage de la nouvelle

---

1. Cecos : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains.