

UE 7 : éthique.

Mercredi 24 avril à 13h30.

Pr Hélène Richard.

Ronéotypeur : Bourasseau Tom.

Ronéolecteur : Sarah Rebert.

Questions éthiques relatives à la procréation

Plan :

Partie 1 : autonomie du couple et statut de l'embryon et du fœtus.

I - L'interruption volontaire et médicale de grossesse en question.

A – L'IVG.

B – L'IMG.

C – Les principes.

II - Principe d'autonomie, de bienveillance, de malfeasance et de justice.

A - Le « principlisme » et la bioéthique.

B - Concevoir le principe de bienveillance pour le fœtus dans le cadre d'un DPN.

III - Le statut de l'embryon et du fœtus en question

A - Les tenants du « droit à la vie ».

B - Les tenants du critère de l'autonomie comme définition de la personne humaine.

C - Le concept de personne potentielle.

Partie 2 : Médecine ou eugénisme ?

I - La médecine fœtale.

A - repères historique.

B - trois formes de prévention.

C - La thérapeutique in-utero.

II - La sélection des naissances : eugénisme ou médecine prénatale ? (+++)

A - Histoire de l'eugénisme.

B - Le DPN : une nouvelle forme d'eugénisme ?

III – Procréation médicalement assistée : médecine ou anthropotechnie ? Sphère publique ou privée ?

La prof n'a pas eu le temps d'aborder la partie 3 qui ne pourra donc pas faire l'objet d'une question aux partiels et qui n'est donc pas traitée ici... La partie 2 est la plus importante selon elle !

Partie 1 : autonomie du couple et statut de l'embryon et du fœtus

I - L'interruption volontaire et médicale de grossesse en question.

A – L'interruption volontaire de grossesse.

L'interruption volontaire de grossesse est, en France, autoriser avant 12 semaine de grossesse (ou 14 semaine d'aménorrhée) et se définit comme tel :

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. »

Elle repose sur 2 principes :

_Le droit des femmes à disposer de leur corps.

_Le risque encourus par les avortements clandestins (auquel on pourrait rajouter l'inégalité que cela provoquait puisque seules les femmes issues de certaines catégories socio-professionnelles pouvaient aller à l'étranger, notamment en Angleterre, pour avorter dans des conditions décentes).

B – L'interruption médicale de grossesse.

L'interruption médicale de grossesse est autorisée :

« Si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme » ou « si il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic »

L'IMG peut avoir lieu à n'importe quel moment de la grossesse (en France).

La décision finale d'autoriser l'IMG est prise par le CPDPN (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal), cela évite les abus et évite surtout que la culpabilité ne soit portée par les parents.

C – Les principes.

L'IVG et l'IMG reposent sur 4 principes :

_Le droit des femmes à disposer de leur corps.

_L'autonomie reproductrice des couples.

_Le principe de responsabilité procréatrice.

_Le principe de bienveillance et de non-malfaisance envers la femme enceinte (risque à poursuivre la grossesse, risque encourus par les avortements clandestins) et l'embryon/fœtus (notion de qualité de vie).

II - Principe d'autonomie, de bienveillance, de malfaisance et de justice.

A - Le « principlisme » et la bioéthique.

Le principlisme tire son nom de la priorité accordée à quatre principes dans la résolution des conflits éthiques : principe du respect de l'autonomie, principe de non-malfaisance, principe de bienfaisance, principe de justice.

Comment la bioéthique a émergé ? Pourquoi la déontologie ne suffit pas ?

La déontologie médicale est une éthique spécialisée adaptée aux conditions d'exercice d'une profession, en l'occurrence la médecine.

Elle est donc faite par les médecins et pour les médecins. Cette volonté de monopole est apparue de plus en plus illégitime quand toutes les nouvelles technologies n'étaient pas prises en compte (d'un point de vue éthique) et lorsque toutes les questions sociétales qu'impliquaient ces avancées n'étaient pas traitées.

En effet, les questions soulevées par ces avancées dépassent le cadre de la médecine : ainsi est née la bioéthique, dont les débats s'invitent parfois au parlement et qui voit collaborer des juristes, des philosophes, des médecins...

La bioéthique a deux aspects :

_réflexif : mettre en évidence les valeurs et les principes universels reconnus comme propre et constitutifs de l'activité médicale dans un nouvel univers technologique.

_normatif : établir une méthode permettant de guider les décisions médicales.

Ont alors émanés 4 grands principes :

- _Le respect de l'autonomie.
- _Le principe de bienfaisance.
- _Le principe de non-malfaisance.
- _Le principe de justice distributive.

C'est le principlisme.

B - Concevoir le principe de bienveillance pour le fœtus dans le cadre d'un DPN.

Même si cela peut paraître paradoxal, l'interruption de grossesse peut-être réalisée au nom de la bienfaisance envers le fœtus. Ainsi :

.Soit il n'est pas porteur : intérêt du dépistage (puisque la grossesse ira à son terme).

.Soit il est porteur et malade : _ « substitution » dans le cadre du DPI.

_IMG envisagée dans le cadre du DPN (vie souffrante?).

Pour savoir si la vie vaut la peine d'être vécu, aux vues des souffrances que va endurer l'enfant si il vient à naître, on fait intervenir la notion de qualité de vie qui repose sur 3 critères : _critères médicaux (souffrance médicale).

_critères sociaux (prise en charge des handicapés au sein d'une société...).

_critères subjectifs : avis des parents ; comment peuvent-ils, par rapport à leur vécu familial, juger de la qualité de vie de leur enfant ? Par exemple, si l'un des parents a la même pathologie qui menace son enfant, il ne voudra pas forcément lui faire vivre les mêmes difficultés...

III - Le statut de l'embryon et du fœtus en question

L'embryon (de 1 à 8 semaines) et le fœtus (de 9 semaines à la naissance) ne sont pas des personnes juridiques. C'est à la naissance (à condition de naître vivant et viable) que la personne obtient un état civil.

A - Les tenants du « droit à la vie ».

Selon eux, la personne humaine existe dès sa conception et jusqu'à sa mort. Ils considèrent donc l'embryon et le fœtus comme des personnes et l'IVG/IMG comme des meurtres. Le respect à l'embryon et au fœtus est justifié par un critère biologique et relationnel (à Dieu notamment).

B - Les tenants du critère de l'autonomie comme définition de la personne humaine.

Selon eux, c'est la capacité à l'autonomie qui doit définir la personne humaine, la capacité à fixer ses propres règles de décision.

Cela mène Peter Singer à considérer l'embryon comme « une chose » car : « si la mort est défini par l'arrêt des fonctions cérébrales, alors la vie ne peut être définie avant le développement de ces mêmes fonctions ».

Engelhardt, autre chef de file du mouvement, considère qu'une personne : « c'est un être conscient de lui-même, rationnelle, libre de choisir et doté d'un sens moral ».

Ils pensent devoir à l'embryon de la bienveillance et non du respect.

C - Le concept de personne potentielle.

Il s'agit d'un concept « médian ». En effet, investi d'un projet parental, l'embryon accède à un véritable statut moral « dont le respect s'impose à tous ». Un respect qui repose sur deux critères : biologique (qui prend en compte le stade de développement) et perspectif (l'embryon deviendra une personne).

Ainsi, il y a un respect de l'autonomie des couples et de la protection **progressive** de l'embryon et du fœtus (plus la gestation du fœtus est avancée, plus on lui accorde de l'importance).

Partie 2 : Médecine ou eugénisme ?

I - La médecine fœtale :

A - repères historiques.

Tout commence en 1821, lorsque Alexandre Lejumeau de Kergaradec, élève de Laennec, commence à s'intéresser à l'état de santé et de maladie de ce qu'on appelle alors le « produit de la conception ».

XIX-XXème siècle : émergence des techniques de DPN (auscultation, analyses biochimiques, radiographie, caryotype, échographie, analyse génétique).

1963 : première opération in utéro (émergence de la notion de patient intra-utérin).

1978 : première FIV.

2000 : premier bébé médicament.

B - trois formes de préventions.

Prévention primaire : action qui vise à éviter la conception d'un sujet atteint ou qui vise à éviter la survenue d'une action d'origine exogène.

Exemple : éviter aux femmes enceintes d'être en contact avec des substances tératogènes (tabac, alcool...).

Prévention secondaire : éviter la naissance d'un enfant atteint d'une affection sans possibilité de traitement.

Prévention tertiaire : prévenir le développement des conséquences pathologiques d'une affection. Exemple : dépistage de la phénylcétonurie permet de mettre en place un régime alimentaire pauvre en phénylalanine, empêchant ainsi le retard mental normalement induit

II - La sélection des naissances : eugénisme ou médecine prénatale ?

A - Histoire de l'eugénisme

Même si l'eugénisme est une pratique qui remonte à l'antiquité (Sparte...), c'est Galton, en 1883, qui va la théoriser pour la première fois.

La thèse soutenue est que les comportements sociaux (alcoolisme, homosexualité...) peuvent s'expliquer par des facteurs biologiques.

Ainsi, en s'appuyant sur la récente théorie de l'évolution de Darwin et sur la théorie de l'hérédité, Galton souhaite mettre en place des politiques ayant pour but d'améliorer la population sur le plan physique et moral/social.

Cela répond à des inquiétudes et des aspirations sociales tel que :

_La peur de la décadence sociale (effet de l'industrialisation, de l'urbanisation et de l'apparition du prolétariat).

_La peur de la dégénérescence héréditaire.

_Les différentes peurs selon les contextes nationaux.

On peut alors distinguer deux types d'eugénismes :

_L'eugénisme « positif » : son but, favoriser la reproduction des plus « aptes » notamment par des allocations familiales allouées à certains couples.

_L'eugénisme « négatif » : empêcher la reproduction des individus « inférieurs » (interdiction du mariage, stérilisation forcé, extermination).

Les politiques eugénistes :

Aux Etats-Unis : le mariage est interdit aux arriérés mentaux, alcooliques, aux personnes atteintes de maladies vénériennes. Entre 1907 et 1949, 50000 individus sont stérilisés.

En Suède : entre 1935 et 1976, 60000 personnes sont stérilisés.

En Allemagne : _Loi sur la stérilisation voté en 1933 (400 000 individus) et interdiction du mariage aux personnes contagieuses.

_Exterminations massives (juifs, toxicomanes, Tziganes, homosexuels...)

_Enlèvement d'enfants correspondant aux critères Aryens pour les envoyés vivre dans des haras humains appelés « lebensborn » (Eugénisme positif).

Enfin, en France, si il n'y a pas eu de stérilisation forcé, il y a eu cependant, la mise en place d'un eugénisme social (positif) par Adolf Pinard qui, par peur de la baisse des natalités, a distribué des allocations aux femmes malades afin qu'elles prennent toutes les précautions nécessaires pour ne pas contaminer leur enfants (c'est l'ancêtre des allocations familiales) et a alloué des congés maternité aux femmes enceintes. Ainsi, certaines caractéristiques de notre système ont émergé d'un contexte eugénique.

B - Le DPN : une nouvelle forme d'eugénisme ?

(Selon moi, c'est la partie la plus importante du cours)

Les différences entre l'eugénisme traditionnel et le DPN tiennent en 3 points :

a/Les intentions et les effets.

b/L'individuel et le social : un paradoxe.

c/Coercition et volontariat.

a/Les intentions et les effets.

L'eugénisme traditionnel a pour but d'améliorer les populations futures, sur le plan physique et social.

Le DPN a pour but d'assurer l'autonomie reproductrice des couples.

b/L'individuel et le social : un paradoxe.

L'eugénisme traditionnel est social, alors que le DPN est individuel.

Cependant, on ne peut pas nier la dimension collective de l'organisation du dépistage prénatal.

Par exemple, le dépistage de la trisomie 21 ne concernait, au début, que les couples ayant déjà un enfant trisomique. Puis, il fut étendu aux femmes de plus de 38 ans lorsque l'on s'est rendu compte que la majoration du risque était corrélée à l'âge de la femme enceinte. Enfin, le dépistage échographique s'est montré encore plus efficient... Aujourd'hui, ce dépistage est proposé à toutes les femmes enceintes...

C'est le paradoxe du DPN : il ne peut avoir pour objectif de réduire la prévalence d'une maladie, mais il n'est organisé que s'il représente un important problème de santé publique et la réduction de la prévalence est une conséquence directe.

On peut donc dire que l'eugénisme traditionnel est social et, dans l'optique d'améliorer les populations futures, il a pour but de diminuer la prévalence de certains comportements ou de certaines maladies. En revanche, le DPN s'étend car il répond à une logique de justice social et a une logique épidémiologique : son but n'est pas de diminuer une prévalence, mais c'est sa conséquence directe. C'est donc la systématisation des tests qui permet les choix individuels.

c/Coercition et volontariat.

L'eugénisme traditionnel était à la fois coercitif et basé sur le volontariat.

Aujourd'hui, même si la décision semble être laissée à la famille (lorsque la notion de qualité de vie de l'enfant est subjective et sujette à interprétation), des critères tels le manque de prise en charge des handicapés ou les contraintes socio-économiques d'une société ne constituent-ils pas une coercition ?

En conclusion, un rappel des chiffres :

800 000 naissances par an en France.

6 à 7000 IMG et 200000 IVG par an en France.

Maladies létales in-utéro ou immédiatement en post-natale : 33% des IMG.

Morbidité majeur : 35% des IMG.

Retard mental isolé (trisomie 21...) : 25% des IMG.

Pas de consensus médical pour 6% des indications seulement.

Il est à noter que depuis 1975, date de promulgation de la loi pour l'IVG de Simone Veil, le nombre d'avortements par an est relativement stable. Enfin, si il est considéré comme un droit acquis, il faut savoir que le nombre de centre IVG diminue, passant de 729 en 2000 à 624 en 2007, et que de nombreux médecins refusent de pratiquer les IVG au-delà de 10 semaines de grossesse (la limite étant de 12)... Ainsi, certaines femmes n'obtiennent pas de rendez-vous et finissent par se retrouver au-delà de la limite légale, les obligeant à se tourner vers l'étranger...