

L'obstination thérapeutique déraisonnable

■ La déontologie médicale est claire : le médecin doit éviter, dans le choix des examens et des traitements, tout ce qui serait "déraisonnable" ■ Entrent dans cette catégorie les actes médicaux "inutiles", les traitements dont le poids pour le malade serait "disproportionné", et ceux qui "dépassent les limites des fonctions de la médecine" ■ Le médecin doit s'en abstenir ■ La décision ne peut être prise qu'au "cas par cas".

PATRICK VERSPIEREN

MOTS CLÉS

- Acharnement thérapeutique
- Déontologie médicale
- Éthique
- Soignant

"Obstination thérapeutique déraisonnable" ! Il n'est pas sûr que beaucoup de soignants s'expriment ainsi... Une autre expression est certainement beaucoup plus répandue, celle d'"acharnement thérapeutique". Mais il s'agit bien de désigner une même attitude, désormais unanimement réprouvée.

LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET LA LOI

L'acharnement thérapeutique se définit comme « *une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable* », affirme le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans un rapport¹ qui a fait l'objet de controverses, mais dont les deux premières parties ont été unanimement acceptées. Et le Comité de poursuivre : « *L'accord quant au rejet [de l'acharnement thérapeutique] est aujourd'hui largement réalisé, tant par les instances religieuses, qu'éthiques et déontologiques. [...] Tous les comités d'éthique qui ont eu à réfléchir sur l'euthanasie ces dernières années dénoncent l'acharnement thérapeutique déraisonnable, poursuivi au-delà de tout espoir*¹ »

■ "Obstination déraisonnable" et "acharnement thérapeutique". Ces deux expressions sont donc

employées de manière équivalente. Mais la seconde est contestable. Elle est chargée d'affects et d'émotions. Cette charge émotionnelle est bien évoquée par le choix du terme "acharnement". Celui-ci, au sens propre, désigne le comportement de l'animal qui se jette sur sa proie ; en un sens dérivé, une ardeur opiniâtre, plus même, furieuse, dans la lutte. Il a le mérite d'alerter sur les excès dans lesquels peut tomber la médecine. Mais trop vague et accusateur, il ne favorise pas une réflexion sereine sur les devoirs du médecin et les droits du malade.

Il est donc préférable d'adopter le langage du Code de déontologie médicale, dont les termes sont mesurés, nets et clairs. « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique*² ». « *Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* », est-il ajouté dans l'article suivant. Le Code de déontologie médicale demande ainsi simultanément d'éviter toute obstination déraisonnable et de ne pas provoquer délibérément la mort. Il n'y a là aucune contradiction. N'est pas "homicide" le médecin qui s'efforce de rester dans le cadre d'un soin raisonnable et humain. Il ne fait qu'accomplir la fonction qui lui a été

confiée par la société. Il n'y a donc aucunement lieu de parler alors d'euthanasie, fût-elle qualifiée de "passive".

Rappelons que ce Code résume la déontologie médicale, qu'il est publié au Journal Officiel sous forme de décret, et qu'il s'impose à tout médecin sous peine de sanction professionnelle.

On peut remarquer que l'injonction est ferme : le médecin « *doit* » éviter toute obstination déraisonnable. Il ne s'agit pas d'une simple permission, mais d'un véritable devoir. Celui-ci a évidemment à être compris de manière intelligente. Il ne s'agit pas de réprouver toute intervention éprouvante pour le malade et coûteuse pour la société. Le médecin doit savoir "s'obstiner", tant que cela peut être jugé "raisonnable". Mais, il doit aussi savoir renoncer, dès que la poursuite d'un traitement ou la mise en œuvre d'une nouvelle thérapeutique apparaissent, à la réflexion, "déraisonnable".

■ Le médecin doit se garder de deux erreurs. Contrairement à ce qui a longtemps été dit, le médecin n'est donc aucunement tenu d'employer une thérapeutique pour la seule raison qu'elle est disponible. Le médecin doit, certes, apporter son assistance à la personne en péril qu'est tout grand malade. Il pourrait être poursuivi en justice s'il l'abandonnait et ne pre-

nait pas soin de lui. Mais il n'est pas dispensé d'être, dans cette assistance, intelligent, "raisonnable". Il doit donc se garder de deux erreurs, comme le précisent les Commentaires du Code de déontologie médicale : « *L'erreur par défaut - la pathologie est curable et le médecin renonce trop tôt-; ou, au contraire, l'erreur par excès - le médecin impose des investigations invasives, sans visée thérapeutique, et des soins douloureux difficiles à supporter pour son patient, afin de prolonger sa vie de quelques jours dans des souffrances supplémentaires inutiles*³ ».

La déontologie médicale française reconnaît donc clairement un principe ferme : tout examen, tout traitement doivent pouvoir être légitimés par l'intérêt du malade. Et la loi, elle-même, va dans le même sens, quoique sans doute moins clairement, en exigeant une « *nécessité médicale* » pour toute atteinte à l'intégrité du corps⁴.

Mais, comment mettre en œuvre, dans la pratique, un tel principe ? Il faut bien reconnaître que la déontologie médicale n'est guère explicite à ce sujet. Elle ne précise pas les questions à se poser, les critères à adopter pour juger du caractère "raisonnable" ou "déraisonnable" d'un acte médical. Les affirmations de la déontologie doivent donc être complétées par la réflexion éthique.

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

Dans son commentaire (non officiel) du Code de déontologie, le Dr Louis René, ancien président du Conseil de l'Ordre des médecins, propose le critère de « *l'inutilité de toute thérapeutique à visée curative*⁵ », dans les cas de maladie incurable. Le CCNE propose celui de « *disproportion entre l'objectif visé et la situation réelle* » ou de « *souffrance disproportionnée entraînée par la poursuite d'une thérapeutique active*⁶ ». Ces deux critères (inutilité et disproportion) sont depuis longtemps reconnus dans des pays, tels les États-Unis



© pierre michaud

et par des institutions, telle l'Église catholique. On peut espérer qu'ils soient bientôt reconnus officiellement en France.

Il convient de leur en ajouter un troisième, relatif aux fonctions de la médecine. Cela demande quelques explications.

■ Les actes médicalement inutiles.

Il va sans dire que le médecin devrait s'abstenir de prescrire des actes qui n'apporteraient aucun bénéfice au patient, surtout s'ils créent douleur ou inconfort. Mais il vaut mieux le dire explicitement, car la complexité de la médecine moderne a conduit à la rédaction de "protocoles" codifiant les manières d'agir devant telle maladie ou tel symptôme. Le souci d'éviter les actes inutiles exige donc une attitude de continuelle remise en cause et adaptation au malade. Les prélèvements sanguins et les autres examens sont "inutiles" lorsque l'on sait qu'aucun traitement n'améliorera l'état du malade. Il en va de même pour les thérapeutiques qui se révèlent dépourvues d'effets notables.

■ **Les traitements disproportionnés.** Le plus souvent, on ne peut qualifier un acte médical "d'inutile". S'il est envisagé par un médecin, c'est qu'il présente une certaine "utilité". Mais cet acte, en cas de maladie grave, comporte souvent des inconvénients, un poids pour le malade, une "charge", disent les Américains. Est-il "raisonnable" de

proposer au malade de supporter une telle "charge" ? Cela dépend évidemment du rapport entre les bénéfices attendus et les "charges" prévisibles. Dans celles-ci, entrent non seulement les douleurs et inconforts que provoqueraient l'action thérapeutique, mais aussi les effets nocifs de ce traitement, les contraintes qu'il imposerait, les privations qu'il entraînerait.

Ainsi, envoyer en service de réanimation un malade dont la mort est inéluctable à court terme revient à le soumettre à de lourdes contraintes et à le priver d'une présence régulière de ses proches. Douleur, inconforts et stress dus à l'activité déployée par les soignants peuvent être évités par l'emploi de médicaments sédatifs qui le "feraient dormir". Mais pourquoi essayer de gagner quelques jours de vie, si cela exige de priver définitivement le malade de ce qui a peut-être le plus d'importance pour lui : une relation maintenue avec ceux qui l'entourent ? On peut juger cela totalement disproportionné.

■ **Les traitements qui dépasseraient les limites des fonctions de la médecine.** Le concept de disproportion est particulièrement pertinent dans les situations de fin de vie. Il indique clairement les questions majeures à se poser. Tel malade a-t-il intérêt à recevoir tel traitement ? Ou bien ses besoins prioritaires ●●

Comment juger du caractère "raisonnable" ou "déraisonnable" d'un acte médical ?

DOSSIER L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE

Selon la déontologie médicale française, tout examen, tout traitement, doivent pouvoir être légitimés par l'intérêt du malade

NOTES

1. Comité consultatif national d'éthique

(CCNE), Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie, Rapport du 3 mars 2000; 63

2. Code de déontologie médicale,

décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, Journal Officiel, 8 septembre 1995, art. 37

3. Ordre national des médecins,

Commentaires du Code de déontologie médicale, 1996

4. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994

relative au respect du corps humain, créant l'article 16-3 du Code civil

5. René L., Code de déontologie médicale (introduit et commenté par l'auteur), Seuil, 1996

6. CCNE, Rapport op. cité

7. Conseil permanent

de la conférence des évêques de France, Respecter l'homme proche de sa mort, Déclaration du 23 septembre 1991

8. Verspieren P.,

La décision de s'abstenir de certaines thérapeutiques, in Face à celui qui meurt, Desclée de Brouwer, 9^e édition, 1999

9. Verspieren P.,

Consentement aux soins, refus de soins, Laennec, juin 1995 : 2-6

L'AUTEUR

Patrick Verspieren, directeur du Département d'éthique biomédicale du Centre Sèvres, Paris (75)

... sont-ils autres, et a-t-il plutôt intérêt à bénéficier d'un autre mode de soin, notamment de soins palliatifs et d'un véritable accompagnement?

Cependant, la médecine moderne affronte malades, familles et soignants à des questions plus délicates encore. Dans certaines situations, il est envisageable d'engager la lutte contre la mort qui menace. Mais, les conditions de la vie ainsi maintenue seraient sources, pour le malade et ses proches, d'une souffrance intense ou même extrême; ou bien la vie ne pourrait subsister que sous une "forme limite", marquée par exemple par l'absence de toute capacité de communication (ce qui est le cas dans l'état végétatif chronique). La problématique précédente n'est plus guère pertinente. La médecine doit néanmoins s'interroger sur ses fonctions: a-t-elle à lutter contre la mort sans tenir compte des conditions de la vie ainsi sauvegardée?

Certes, tout malade, comme personne humaine, doit être "accueilli" par la société qui doit lui faire une place et répondre aussi bien que possible à ses besoins. Et cela, quelle que soit la forme de vie qui subsiste en lui. Agir autrement serait contraire à la dignité humaine et aux droits fondamentaux de l'homme. Cet accueil comporte notamment les soins courants d'entretien de la vie et d'apaisement de la souffrance.

Mais, lorsqu'un processus de mort est à l'œuvre chez un malade et que l'on sait que sa vie ne peut être maintenue qu'au prix d'une épreuve extrême pour lui-même ou sous une forme limite, prendre la décision de lutter contre ce pro-

cessus de mort équivaut à accepter de créer délibérément cette épreuve ou cette situation limite. Cela dépasse le cadre d'une médecine "raisonnable et humaine"; cela devient une "obstination déraisonnable".

COMMENT PRENDRE LA DÉCISION DE S'ABSTENIR D'UN TRAITEMENT ?

Viennent ainsi d'être proposés trois critères d'abstention: l'inutilité d'un acte médical, le caractère disproportionné d'un traitement pour une personne déterminée et les conditions extrêmes ou "limites" de la vie qui serait maintenue grâce à l'action menée contre une maladie grave. Ce dernier critère est particulièrement délicat. Il a fait ailleurs l'objet de plus longs développements⁸. Il faudrait ajouter un quatrième critère: le refus du malade. Mais il s'agit là d'une autre question, elle aussi traitée ailleurs⁹.

Ces critères doivent évidemment être mis en œuvre en prenant en compte la singularité du malade et de sa situation. En médecine, on ne peut décider qu'au "cas par cas". Ce qui a été dit jusqu'à présent n'a pour but que d'aider à poser les questions pertinentes et à les aborder de manière raisonnable et humaine.

Avant toute chose, il importe donc d'essayer de comprendre le malade et d'analyser sa situation. Pour cela, il convient de recueillir les observations de tous ceux qui sont proches de lui. Les infirmières et aides-soignantes sont souvent les mieux placées pour évaluer la souffrance physique et psychique du patient, comprendre ses réactions, et apprécier ce qu'il paraît souhaiter. Les membres de sa famille connaissant son histoire, peuvent interpréter ses paroles et ses comportements, s'ils ne sont pas eux-mêmes agités par des sentiments contradictoires. Le médecin, en raison de sa compétence et de son expérience, a la charge d'apprécier

l'état du malade du point de vue médical et les conséquences des divers traitements envisageables. L'établissement d'une véritable communication entre tous ces acteurs est donc indispensable. Puis, il faut décider. En France, la responsabilité dernière de la décision est confiée à une seule personne, le médecin traitant (après consentement du malade s'il en est capable). Il ne serait pas souhaitable que la responsabilité soit diluée entre différentes personnes. Mais cela n'empêche aucunement une véritable concertation au sein de l'équipe soignante.

De plus, les situations d'urgence se soldent le plus souvent par la mise en œuvre d'un traitement décidé sans tenir compte des désirs et de la situation du malade. C'est souvent inéluctable, mais regrettable, et la source de bien des cas "d'obstination thérapeutique déraisonnable". Un grand effort devrait donc être entrepris pour éviter d'être pris de court par une aggravation de l'état des malades. Cela exige de savoir prévoir les différentes évolutions possibles de la maladie, de formuler à l'avance des recommandations adaptées, et de prendre les moyens d'assurer leur transmission. Il y a certainement beaucoup à inventer en ce domaine.

CONCLUSION

De telles décisions d'abstention peuvent être difficiles à prendre, et susciter hésitations ou conflits dans les équipes soignantes. Des succès inespérés, en cas de traitements poursuivis malgré les avis contraires, semblent donner raison aux "jusqu'au-boutistes". Mais, bien plus nombreux sont les malades qui, jusqu'à présent, ont gravement souffert d'une "obstination thérapeutique" injustifiée. En médecine, il demeure toujours une part d'incertitude qu'il faut savoir assumer pour éviter de tomber dans la déraison. ■