

Ethique des définitions

Dr Anne Renault

Service de Réanimation médicale, CHRU de Brest

Membre de la Jeune Équipe « Éthique, professionnalisme et santé » JE 2535

Université européenne de Bretagne, Université de Bretagne Occidentale, Brest

La bioéthique est née suite au développement rapide des sciences médicales. Dans les années 60, on assiste à une réelle révolution thérapeutique qui permet de traiter des maladies jusque là incurables. La médecine devient de plus en plus technique, invasive. Cette période de développement et la révélation de certains scandales (*affaire Brooklyn, affaire Tuskege...*) conduisent à un questionnement sur l'ambiguïté, l'ambivalence de ces nouvelles capacités et des risques encourus par les patients.

L'éthique clinique concerne les décisions à prendre, les incertitudes, les conflits de valeurs et les dilemmes qui peuvent survenir là où les équipes soignantes sont appelées à prodiguer des soins au patient. Cette démarche exige qu'on précise de manière explicite les éléments les plus déterminants de chaque situation singulière pour conceptualiser au mieux la prise de décision et ses justifications éthiques (1). Dans notre pratique quotidienne de la réanimation, cette réflexion prend naissance souvent à l'initiative des soignants, avec des règles bien définies (2, 3) et reposant sur des principes d'éthique médicale (4). Parfois au cours de ces temps de réflexion, les acteurs usent de termes ou de concepts dans un sens imprécis ou équivoque pouvant nuire à la discussion, à la compréhension ou à l'expression de cette réflexion. Nous avons choisi de réfléchir, au cours de cet exposé, sur certains de ces termes ou de ces concepts.

Les capacités médicales et techniques actuelles permettent de sauver 75 à 84% des patients admis en réanimation. Considérant ces résultats, le réanimateur doit utiliser judicieusement et sans restriction ces moyens techniques pour sauver des vies au terme d'un « acharnement » dont le résultat positif affirme la légitimité. Cependant, comment définir la limite entre **acharnement légitime** et **obstination déraisonnable** ? On conçoit la difficulté de tracer cette limite entre l'acharnement légitime consistant à donner toutes ses chances à un patient, devoir du médecin, et l'obstination déraisonnable, interdit par la loi et la déontologie dans une situation qui est toujours singulière et complexe et dans laquelle le patient est le plus souvent dans l'incapacité d'exprimer ses volontés. La notion d'obstination déraisonnable a été introduite par le code de déontologie médicale en 1979 puis en 1995 dans l'article 37. Le terme « obstination déraisonnable » est l'héritier direct de « **l'acharnement thérapeutique** », expression apparue dans les années 70, communément utilisée mais inappropriée. En effet, l'épithète « thérapeutique » vient du mot grec qui signifie « soigner » (5). Or imposer des traitements excessifs qui infligent plus d'inconfort qu'ils ne procurent de soulagement ne peut pas être un acte de soin. La prise en charge du patient est alors plus une routine qu'un projet argumenté : on soigne coûte que coûte.

Afin d'éviter cette obstination déraisonnable, le médecin peut être amené à prendre des décisions de limitations ou d'arrêts de traitements (LAT). Le mot **traitement** est toujours utilisé dans les textes faisant référence à ce thème (recommandations de la SRLF, loi du 22 avril 2005) et pourtant souvent il est substitué par le mot **soin**. Si on définit le soin médical comme l'ensemble des techniques utilisées pour éviter au vivant des maux déterminés, en particulier la mort, on peut comprendre la substitution de mots. Cependant, comme l'exprime son lien à la racine latine *sonium*, le soin est *ce qui préoccupe, ce qui inquiète, donne du souci*. Il est aussi *l'effort, le mal qu'on se donne soit pour obtenir, soit pour éviter ce qui préoccupe, ce qui inquiète et devient par là préoccupation*. Il entre alors tout naturellement dans les expressions « avoir soin de, prendre soin de ». Comme l'écrit le sociologue P Chatel, le soin est le chaînage entre une émotion qui saisit (sollicitude), une compétence et une technique qui guérit ou soulage (soin médical), une présence qui reconforte

(accompagnement) (6). Cela conditionne, à tout instant, la prise en charge des patients par les soignants. De même au terme d'une décision de LAT, le prendre soin tout autant que le soin proprement dit restent essentiels dans la continuité du parcours qui unit le patient, ses proches et l'équipe soignante et doit nous conduire à nous interroger sur notre pratique. Comment cultiver le sens d'un projet soignant, à défaut d'être strictement thérapeutique, attentif aux derniers signes et manifestations de l'existence d'un être ? Comment instaurer une démarche palliative au sein de nos unités ? (7).

L'application de la décision de LAT, dont on sait qu'elle risque de hâter le moment de la survenue de la mort, peut conduire non seulement le médecin, mais aussi l'équipe paramédicale ainsi que la famille, à s'interroger sur l'intention de cette décision et sur la cause de la mort. Dans la presse ou dans le langage commun est apparu le terme **euthanasie passive**, terme à notre avis inapproprié. Laisser mourir, c'est-à-dire ne plus empêcher artificiellement la mort, répond à la fois aux critères légitimes de la décision de LAT, aux exigences déontologiques (« *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* ») ainsi qu'aux dispositions de la loi du 22 avril 2005. Même si le moment de survenue de la mort peut être hâté, l'intention de l'acte est fondamentalement différente. La cause de la mort n'est ni la limitation ou l'arrêt de traitement mais bien la conséquence directe de la pathologie ayant motivé l'admission en réanimation et confirme l'inefficacité des traitements entrepris (5). La responsabilité du médecin est pleine et entière dans son approche à la fois de la prise de décision de LAT, de son mode d'application et de la suite, intention et effectivité, de la prise en charge du patient et de sa famille (8).

L'information de la **famille** ou de la **personne de confiance** est une obligation réglementaire (lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005). Mais comment aujourd'hui définir la famille ? Quelle place pour la personne de confiance, pour la famille, les proches ? Comment faire face à la confusion entre personne de confiance et personne à prévenir ? (9)

Nous n'avons fait qu'aborder quelques termes ou concepts qui posent questions lors des discussions menées au sein de nos services de réanimations. Il nous semble cependant indispensable que chacun y réfléchisse afin d'avoir les mêmes bases de réflexion pour mener à bien ces discussions. « Savoir de quoi on parle n'est pas seulement une préparation à la réflexion éthique, c'est déjà une démarche éthique » énonce le philosophe Jacques Ricot (5).

Avec mes remerciements au Pr JM Boles pour sa collaboration

Références

1. Boitte P, de Bouvet A, Cobbaut JP, Jacquemin D. Démarche éthique clinique. In *Traité de bioéthique* sous la dir. d'E Hirsch. Eres, Paris, Tome I, 2010: 205-219
2. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. <http://www.legifrance.gouv.fr>
3. Les limitations et arrêts des thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Octobre 2009. <http://www.srlf.org>
4. Beauchamp T, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York/Oxford, Oxford University Press 1994: 91 – 402
5. Ricot J. *Ethique du soin ultime*. Presses EHESP 2010 : 195-2009
6. Chatel T. Ethique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. In *Traité de bioéthique* sous la dir. d'E Hirsch, Eres, Paris, Tome I, 2010: 84-94
7. Boles JM, Renault A. Soins palliatifs en réanimation. In *Manuel de soins palliatifs*, sous la dir de D Jacquemin, Dunod Paris, 2009 : 413-428.
8. Boles JM, Renault A. Responsabilité du médecin dans la décision de limitation ou d'arrêt de traitement en réanimation. In *Enjeux éthiques en réanimation*, sous la dir. de L. Puybasset. Springer-Verlag France, Paris, 2010: 441-5.
9. A Renault, Boles JM. La personne de confiance. In *Enjeux éthiques en réanimation*, sous la dir. de L. Puybasset. Springer-Verlag France, Paris, 2010: 79-83