

Pourquoi l'acharnement thérapeutique ?

Mark ANDRONIKOF¹

Abstract:

The initiation or continuation of treatment under a negative medical prognosis is one of the most difficult moral situations in the context of health care. The article presents first of all the multiple aspects of identifying and defining a threshold beyond which medical care is no longer justified. Secondly, there are some reasons why this very problem exists. They draw our attention on the technical performances of contemporary medicine, the massive economic investments and high social expectations of these performances. In this climate, the Christian-Orthodox vision of being can hint to a superior value to mere survival.

Keywords:

medical futility, contemporary medicine, scientism, society, Orthodox Christianity

1. Tout d'abord qu'est-ce que l'acharnement thérapeutique ?

Si sa définition était simple, depuis longtemps le législateur aurait émis des lois et ni les médecins, ni les familles, ni la société ne se poseraient de question (sauf s'ils voulaient changer la définition).

Pourtant l'acharnement thérapeutique existe. Les familles le sentent, les infirmières le sentent, la société le sent, les malades le subissent, il est inscrit dans le code de déontologie comme une pratique à éviter mais souvent deux médecins n'auront pas le même avis sur un même cas.

Il s'agit donc d'un « seuil », en deçà on est dans le soin normal, au-delà dans l'acharnement. Ce seuil est éminemment variable.

¹ Fr. Dn. Mark Andronikof, MD, Head of Emergency Department, Paris-Saclay University, Antoine Béclère Hospital, 92140 Clamart- France.

2. De quoi dépend la détermination du seuil de l'acharnement thérapeutique ?

La réponse à cette question tient en deux volets distincts et complémentaires.

a. La reconnaissance qu'à partir d'une certaine limite, on risque d'entrer dans une zone d'acharnement thérapeutique.

Cette reconnaissance est totalement dépendante :

- de la maladie (c'est à dire de ce que l'on en connaît mais aussi de l'image qui en est véhiculée),
- de l'état du malade (âge, terrain pathologique),
- des convictions préalables du malade sur ce qu'est l'acharnement thérapeutique, sur sa maladie, sur son état actuel, sur les perspectives thérapeutiques,
- de ses croyances (ou incroyances) religieuses, c'est à dire en pratique, de sa perspective de soi-même au-delà de son agonie et de sa mort.
- des convictions de sa famille ou de ses proches sur tous les mêmes points (de leurs idées sur la maladie, jusqu'à la perspective religieuse),
- des convictions sur tous ces mêmes points de l'équipe soignante en distinguant celles des médecins et celles des para-médicaux qui souvent ne sont pas tout à fait les mêmes,
- du poids de la société sur ces mêmes points, qui influence obligatoirement les convictions de chacun des intervenants mais aussi celles des juges...

Il apparaît que la reconnaissance de ce seuil de l'acharnement thérapeutique dépend de l'association entre elles d'un grand nombre de variables, la plupart très subjectives, multipliées par le grand nombre de sujets (personnes) qui interviennent et interagissent entre eux.

b. La détermination du seuil de soin.

En effet, une fois qu'on sent que l'on va pénétrer dans une zone d'acharnement thérapeutique, selon les critères que nous avons définis en a), le seuil où l'on basculerait dans l'acharnement thérapeutique est déterminé par une nouvelle variable : la « quantité de soin » considérée comme démesurée par rapport au bénéfice dans la situation particulière (mais globale) du malade.

Exemple : une pneumonie grave d'un sujet jeune en bonne santé préalable, conduirait celui-ci, sans hésitation de personne, en réanimation sous assistance respiratoire s'il le fallait. Il n'y a aucune reconnaissance de risque d'arriver à une zone d'acharnement thérapeutique et aucune discussion à ce stade d'un seuil de soin.

Une pneumonie d'une personne âgée, démente, qui fait des fausses routes à répétition constitue sans doute une zone d'acharnement thérapeutique possible, le seuil d'acharnement sera atteint selon la quantité (le type) de soin dispensé. La mise sous assistance ventilatoire mécanique est alors discutable (objet de discussion possible).

De même une détresse respiratoire chez un sujet jeune mais atteint d'une maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique), qui est la façon habituelle de mourir lors de cette maladie incurable, fait discuter les seuils : mise sous respirateur? antibiotiques seuls? techniques respiratoires palliatives seules?

Où est le seuil d'acharnement, où est le soin juste?

3. Pourquoi y a-t-il un acharnement thérapeutique?

Je vais dresser la liste, sans doute non exhaustive, des raisons qui me paraissent expliquer l'existence d'un acharnement thérapeutique.

Jusqu'à il y a peu de temps et, quoi qu'on en dise, de manière encore principale bien que plus hypocrite, c'est le corps médical qui détermine le niveau de soin.

a. Causes liées au corps médical

- *Liées à la formation*
 - Les médecins en occident sont sélectionnés sur leurs capacités mathématiques.
 - Les étudiants « humanistes » ont été pendant tout le 20^e siècle refoulés des études médicales.
 - La formation médicale ne comprenait aucun enseignement philosophique, épistémologique, ni d'histoire de la médecine, même pas optionnel.
 - Les qualités humaines ne sont en rien prises en compte pour passer les examens.
 - Au contraire, ce sont les étudiants qui peuvent le plus se concentrer sur leurs cours en s'abstrayant du reste de la vie qui peuvent le mieux réussir aux concours.
 - L'apprentissage technique constitue une nécessité majeure de la formation médicale. Il peut s'y résumer et le plus souvent s'y résume, pour la plupart des spécialités.
 - *Causes liées à l'exercice « technique » médical*
 - Supériorité de celui qui « peut » faire un geste technique, par rapport à celui qui ne « peut pas ».
 - Certaines techniques donnent le pouvoir (valorisant !) de vie ou de mort.
 - Valorisation financière importante de tous les actes techniques.
 - Valorisation médiatique majeure des actes techniques.
 - C'est la technique qui permet le plus souvent les publications donc la valorisation par les pairs.
 - Si on ne met pas en place de techniques, pour le médecin c'est un vide « alors on ne fait rien ? ». Hors technique il n'y a « rien ».
 - *Causes liées à l'exercice dans l'environnement scientifique et social*
 - Toutes les grandes avancées thérapeutiques se sont faites au 20^e siècle par des études de cohortes de malades, c'est à dire en effaçant par un grand nombre de sujets étudiés, toute expression individuelle (du malade ou du médecin). L'acte

thérapeutique qui en résulte ne consacre plus une relation individuelle mais l'application d'un traitement standardisé, défini pour un groupe dont ferait partie le patient. L'individualité est remplacée par la statistique.

- L'un des critères majeurs de succès, pour une société humaine est une durée moyenne de vie élevée, pour un médecin de pouvoir « sauver » des gens, de prolonger leur vie, pour une thérapeutique d'améliorer le pourcentage de survie par rapport à une autre. Le « maximum de vie » est donc un critère bel et bien utilisé à tous les niveaux pour juger d'une action de soin ou de santé publique.

- La pression pour la « santé publique » est très forte depuis le 19^e siècle et ne va pas sans opposer la perception du bien supérieur du plus grand nombre au bien, considéré comme égoïste, individuel. Cette opposition, latente pendant tout le 20^e siècle va certainement s'aiguïser dans les années à venir d'abord pour des questions économiques, mais jusqu'à il y a peu de temps, la question économique n'était jamais abordée. Le coût d'une réanimation, de techniques de transfusions, de transplantations etc, c'est à dire le bien (supposé) individuel, n'empiétait pas sur le bien général car les ressources étaient abondantes. Ainsi l'acte thérapeutique « individuel » est brouillé mais n'est pas pour autant intégré dans une réflexion globale de choix de priorités.

b. Causes générales

- Le progrès serait comme inscrit dans l'histoire humaine et le progrès est avant tout « technique ». Améliorer les techniques c'est avancer dans le progrès, utiliser les techniques en est la conséquence logique. On ne réfléchit pas (pour l'instant) avant d'utiliser l'électricité, l'internet, pourquoi réfléchir à l'utilisation des greffes d'organes, de la procréation assistée, etc.

- Remettre en cause une technique ou son utilisation, c'est remettre en cause d'une certaine façon toute une façon de fonctionner de toute la société occidentale, fondée sur la technique (personne ne nie l'axiologie techno-scientifique de la société occidentale).

- Toute la façon de penser occidentale a relégué la religion, lorsqu'elle est tolérée, à la sphère dite « privée » c'est à dire qu'elle ne doit pas être visible dans la marche de la société. Ce sont donc les penseurs athées ou non athée mais qui font comme s'ils l'étaient (sans Dieu) qui ont modelé nos sociétés, qui s'expriment.

- Toute référence à la religion est donc discréditée (fondamentalisme donc fanatisme).

- De plus le brassage mondial a mis en présence des populations aux références traditionnelles très différentes, toutes les valeurs ont donc été relativisées.

- Les indicateurs et valeurs traditionnelles étant discutés ou ayant disparu, que reste-t-il pour juger de la conduite dans une situation médicale donnée ?

- La capacité technique à régler une question
- L'avis du groupe restreint (le juge, les pairs et experts).
- Le sentiment de ce qu'attend la société

c. Conséquences sur la pratique

Nous étions donc pendant tout le 20^e siècle en présence, d'une part d'un corps médical formé par le positivisme, le déterminisme et autres scientismes et d'autre part une société dont les repères, avaient été gommés. La seule référence certaine était la technique : ce qu'elle était capable de faire, ou pas encore capable.

Compte tenu des difficultés à déterminer les seuils d'acharnement, des conflits, internes (en soi), externes (avec le malade ou les proches) et des remises en cause qui pouvaient en résulter (vis à vis de la société), le corps médical a réagi par la voie la plus simple, la seule voie qui lui présentait des certitudes : la voie de la technique et de ses possibilités.

En faisant tout ce qu'il est techniquement possible d'être fait le corps médical évite tout conflit intérieur, il ferme ainsi la porte à toute discussion, à toute interrogations sur le sens de l'acte médical (acte de soin), a fortiori à toute interrogation sur les « fins ultimes ». De plus en se lançant dans les soins « acharnés », techniques, le corps médical fédère autour de lui toute l'équipe. La technique est la seule référence commune qu'il partage avec tous les intervenants du soin et finalement avec le malade et ses proches.

Si jusqu'au milieu du 20^e siècle, le médecin en fait, décidait seul et sans rendre compte des soins qu'il prodiguait, il n'en est plus de même et on l'a vu les interactions sont complexes. Le soin technique est une réponse simple et compréhensible par tous :

« il est anémié, je le transfuse », il étouffe, je l'intube, son cœur ne fonctionne plus, je le transplante, il a un cancer qui l'empêche d'avalier, je lui pose une sonde gastrique réponse simple tant qu'elle n'est pas reconnue comme « acharnement »...

4. Conclusion

L'acharnement thérapeutique est inéluctable dans notre société « technoscientifique » et j'ai voulu montrer certaines des forces qui nous y entraînent.

Les forces économiques sont peut-être en train de créer des tensions qui obligeront à se poser des questions, jusqu'à présent résolues dans la technique et l'acharnement. Mais il serait triste que seule l'économie dicte les lois de la société.

La voix orthodoxe trouve alors sa place, d'une part pour aider les fidèles à se repérer, d'autre part parce que c'est elle qui peut, le plus fortement et avec le plus de conviction, replacer la personne humaine au centre du soin, en proclamant que la dignité de l'homme réside dans son image et sa ressemblance à Dieu.