

Problèmes éthiques posés par la mort des vieillards

Parallèlement à l'allongement de la durée de la vie, on assiste à une médicalisation de la mort dans un environnement où celle-ci est ressentie comme un échec technique, renonçant par-là même au respect de la dignité humaine.

Didier Sicard

Professeur, chef de service de médecine interne, Hôpital Cochin, président du Comité consultatif national d'éthique

Parallèlement à l'allongement de la durée de la vie, on assiste à une médicalisation de la mort dans un environnement où celle-ci est ressentie comme un échec technique, renonçant par-là même au respect de la dignité humaine.

Dans les pays anglo-saxons, les panneaux routiers incitant à la vigilance vis-à-vis des personnes âgées (« elderly people ») remplacent progressivement les panneaux prévenant de la présence d'enfants. Comme si l'attention aux personnes âgées ayant perdu son évidence il devenait nécessaire de la formuler.

Cette mise en scène publique est loin d'être celle de la médecine. Le modèle biomédical y prolifère. L'image, le chiffre, la performance thérapeutique relèguent au second plan le paradigme relationnel. Quand la guérison attendue ou possible rassure le narcissisme médical et confère au soignant cette impression rassurante de bienfaiteur, la relation le plus souvent paternaliste est simple et s'impose. Quand la maladie, en revanche, devient inaccessible à la médecine, quand le grand âge ne permet plus d'espoir raisonnable d'une vie autonome ou d'une simple rémission, le modèle biomédical revient en force sur le devant de la scène et le risque est de ne proposer que les trois choix suivants :

- retour à « l'autonomie » du choix par le malade. Ce choix ne peut être effectué que

conformément à ce que pense la société contemporaine. Dans une société dans laquelle la référence est une image de santé physique et mentale, il est difficile d'imposer sa détresse physique et morale inéluctable à son entourage. La courtoisie peut être alors de demander d'abrégé ses jours... Cependant cette autonomie est proposée au moment où le malade le demande le moins. C'est à ce moment, en effet, qu'il souhaite généralement une attitude compassionnelle et accueillante et pas la manifestation revendiquée de son indépendance ;

- décision médicale d'abrégé la vie de ce malade dont la douleur n'a plus de sens et qui serait probablement « délivré » ainsi de ses souffrances et de sa déchéance. Cette « délivrance » est parfois justement souhaitée par l'entourage ;

- au contraire mise en route de l'artillerie médicale, au sens propre du terme, technique, avec investigations endoscopiques, radiologiques, biologiques, cathéters tunnésés multiples, biopsies, prélèvements divers, sonde alimentaire...

Car le vieillard est devenu un « objet de soins ». La dégradation progressive de l'ensemble des systèmes accumule investigations et thérapeutiques au nom d'une médecine qui ne renonce pas. Si elle renonce, elle ne peut être confrontée longtemps à son impuissance.



Le mot « acharnement » n'est plus à la mode. Il est même plutôt employé pour la procréation comme le fait Axel Kahn qui parle « d'acharnement procréatif ». Si l'on ne se réfère plus au concept d'acharnement thérapeutique, dont la connotation péjorative le fait progressivement disparaître du vocabulaire médical, d'autres mots sont venus comme toujours à la rescousse de ce concept écarté : le mot « futility » si difficilement traduisible en français et qui exprime le caractère vain du soin ou d'un traitement, de « thérapie déraisonnable », le mot déraisonnable étant bien vague et chacun aura à cœur de raconter une survie inattendue liée à des soins prolongés au-delà de tout sens.

Nous souhaitons tous une mort paisible, pas nécessairement inconsciente ou brutale. Une mort où les instants sont suspendus dans un autre temps, instants toujours si précieux. Entre l'abandon sans hydratation ni protéines si générateur d'escarres et la sonde alimentaire parfois si nécessaire mais aussi souvent vécue avec angoisse, il y a place pour une approche qui ne fasse plus du modèle biomédical le *sine qua non* du soin. C'est là l'immense changement introduit par quelques équipes de gériatres et de soins palliatifs qui, sans paternalisme ni abandon à l'autonomie du patient, portent un autre regard. Ce regard porté sur celui qui est le plus faible, le plus vieux, le plus désespéré, le plus souffrant, le plus condamné, peut devenir un regard qui accueille et cet accueil est à la source même de la dignité de celui qui souffre. La difficulté et l'honneur de la médecine ne sont pas dans cette dichotomie entre modèle biomédical et modèle relationnel. Le vieillard a autant besoin que l'adolescent ou le nourrisson de la médecine la plus sophistiquée mais il a besoin avant tout que la proposition de cette médecine soit faite dans des termes humainement acceptables.

La dignité de la médecine est dans cette revendication incessante d'une subjectivité de la personne respectée, c'est-à-dire qui ne soit ni réduite à une autonomie factice et cruelle ni à une médecine froide, technologique et instrumentale.

Que la médecine n'oublie pas que nous sommes les hôtes de la vie et que l'humanité forme une communauté où le plus faible a des droits sur le plus fort ! ■