

La Lettre de l'Espace de réflexion éthique du CHU de Poitiers  
est une publication du Centre hospitalier universitaire de Poitiers

Directeur de la publication : Jean-Pierre Dewitte  
Comité de rédaction : Roger Gil, René Robert, Véronique Bescond  
et les membres du groupe de coordination de l'Espace de réflexion éthique  
Direction de la communication - CHU de Poitiers - Jean Bernard - BP 577 - 86021 Poitiers cedex  
Tél. : 05 49 44 47 47 - Courriel : communication@chu-poitiers.fr - www.chu-poitiers.fr  
Photogravure et impression : Imprimerie nouvelle Poitiers - Tirage : 500 exemplaires

## EDITORIAL

Voici donc le quatrième numéro de la lettre de l'espace de réflexion éthique du CHU de Poitiers. Nous remercions tous ceux qui y ont contribué par leurs textes comme toutes celles et tous ceux qui, au sein du groupe de soutien de l'espace éthique, ont à cœur de préparer les cafés éthiques et les conférences-débats qui réunissent un public de plus en plus nombreux. L'espace éthique ne vivra que s'il sait croître et conforter ses missions. Mais un espace ne prend sens que s'il est largement ouvert sur l'extérieur et à ce titre on ne peut que se réjouir de voir les cafés éthiques fréquentés par des personnes qui n'appartiennent pas au monde hospitalier ; l'espace témoigne ainsi à sa manière d'un hôpital ouvert sur la cité. L'espace éthique est donc ouvert concrètement deux après-midi par semaine à celles et ceux qui souhaitent prendre connaissance de l'actualité éthique, qui souhaitent consulter une documentation, sous forme de revues ou de livres, qui souhaitent se renseigner sur les formations en bioéthique, qui recherchent une bibliographie pertinente pour préparer un travail en bioéthique. La révision des lois relatives à la bioéthique est une période propice pour saisir les enjeux humains et sociétaux des choix qui sont faits par les parlementaires à propos par exemple, de la vitrification des ovocytes, de l'insémination post-mortem, du droit d'accès aux origines, de la gestation pour autrui, de l'expérimentation sur l'embryon, des conditions de recueil, de conservation, et d'attribution des cellules de sang de cordon, des dons d'organes entre personnes liées non par la biologie mais par l'affectivité, du champ d'application de l'imagerie en neurosciences. Ces sujets ne sont pas ésotériques. Ils concernent le « vivre ensemble » aujourd'hui et demain. Puissent les textes proposés dans cette quatrième lettre de l'espace éthique montrer à leur manière comment les débats éthiques engageant chacun dans une quête jamais comblée d'une humanisation jamais achevée.

Jean-Pierre Dewitte, directeur général  
Roger Gil, co-responsable de l'espace de réflexion éthique

## L'ÉTHIQUE ENTRE COMITÉS ET LOI

Roger Gil

Co-responsable de l'espace de réflexion éthique du CHU de Poitiers

La bioéthique n'a jamais suscité tant de débats ni tant d'écrits. Ce terme historiquement est issu de la philosophie et de l'une de ses branches que l'on appelait la Morale. Il n'était pas choquant de dire que Kant était un grand philosophe moraliste. La morale est aussi l'une des branches de la théologie. Et pourtant aujourd'hui on préfère se dire éthicien, terme préféré à celui d'éthiciste dont la forme phonique est plus rébarbative. Si la bio-éthique désigne l'éthique appliquée aux sciences de la vie et si l'éthique médicale est cette partie de la bioéthique appliquée aux métiers et sciences de la santé, qui peut se revendiquer éthicien ou bio-éthicien ? Faut-il être médecin ou membre en général d'une profession de santé ? Faut-il être philosophe ou théologien voire juriste ? Faut-il être à la fois professionnel de santé et professionnel de la philosophie ou de la théologie ou du droit, voire de la psychologie ? Faut-il suivre un cursus diplômant ? Faut-il faire partie d'un comité ou fréquenter un espace ? Parler de bioéthique, est-ce parler au nom d'une Institution ou au nom de la Puissance publique ? Peut-on ne parler de bioéthique qu'au nom d'un mandat ? En somme l'éthique n'est-elle qu'institutionnelle, ou régionale ou nationale ou internationale ? En un mot le discours éthique ne peut-il procéder que d'un mandat ?

Cette interrogation n'est pas illusoire à l'heure où le discours éthique tend à définir de nouvelles normes régulatrices dont la différence majeure avec la morale serait son adaptabilité à l'évolution des sciences mais aussi à l'opinion de la structure mandatée pour donner un avis « régulateur ». Les prises de position successives du Comité consultatif national d'éthique sur l'expérimentation sur l'embryon comme sur l'euthanasie en sont des exemples fort édifiants. Dès lors

quelles valeurs fondent les avis évolutifs dispensés d'année en année ? Sur la recherche incertaine d'un moindre mal dont on ne sait pas baliser les limites ? Sur un empirisme tâtonnant ? Sur la composition aussi des comités qui juxtaposent des personnalités dont certaines se réfèrent à des valeurs identifiables (par exemple celles des grandes religions) mais dont d'autres n'ont pas, en-dehors de leur intérêt pour les problèmes d'éthique, un corpus référentiel clairement explicite.

Dès lors tend à se dessiner une distanciation entre une éthique pratique, voire une éthique clinique qui tend à promouvoir une éthique de la relation et une éthique déclarative, prompt à réclamer lois et règlements. Cette quête réglementaire tient certes au souci de ne pas mécontenter le juge et de fuir ses tracasseries. On l'a vu dans l'affaire René Humbert. Elle tient aussi à la quête de la stabilité que constituent des normes clairement définies et qui peuvent ainsi évacuer les doutes personnels et se substituer à la conscience morale. Tel est par exemple le cas pour les interruptions de grossesse induites par la découverte d'une trisomie 21 et qui peuvent aller de soi, la permissivité éludant la décision réfléchie plus risquée (en cas de refus) ou plus culpabilisante (en cas d'acceptation).

Et pourtant la force même de l'éthique est de s'inscrire dans une quête personnelle, recherchant sur quoi se fondent les actions à mettre en oeuvre ou les postures à adopter en fonction d'un système de valeurs déjà constitué ou en cours de construction. L'éthique engage la personne humaine dans la recherche d'une conduite, dans la mise en oeuvre de comportements comme un regard porté sur l'Autre et qui se réfléchit sur Soi. Dans cette perspective, les avis éthiques doivent être conçus comme des documents d'aide à la réflexion et non comme des normes dictées du haut par quelques uns à beaucoup. L'éthique, quant à elle, doit avoir pour but de remplacer

Notes rédigées par Roger Gil

**CELLULES SOUCHES : DE LA SCIENCE AUX ENTREPRISES COMMERCIALES**

Janvier 2011- La Food and Drug Administration vient d'autoriser « Advanced Cell Technology » à mettre en œuvre un essai clinique visant à déterminer si les cellules souches embryonnaires peuvent traiter la forme sèche de la dégénérescence maculaire liée à l'âge qui est la principale cause de cécité après 55 ans et qui affecte 10 à 15 millions d'américains. L'essai consistera à injecter des cellules embryonnaires différenciées en cellules rétinienne au niveau de l'oeil lui-même, dans la région sous rétinienne. Mais attention il s'agit en fait d'une étude de phase 1/2 qui ne concernera que 12 personnes et qui visera en fait à évaluer l'innocuité et la tolérance de la technique. Il s'agit de la deuxième autorisation donnée par la FDA qui, en octobre, avait autorisé Geron à utiliser des cellules embryonnaires différenciées pour traiter dix sujets atteints de lésions médullaires traumatiques. Dans un modèle murin de DMLA, une amélioration des performances visuelles a pu être obtenue de même que dans un modèle chez la souris de maladie de Stargardt, forme autosomale récessive de dégénérescence maculaire juvénile.

Mais sans attendre le résultat de ces expérimentations, des officines chinoises proposent déjà de manière publicitaire des traitements par des cellules souches comme s'il s'agissait d'une médecine fondée sur les preuves. Il s'agit notamment de l'hôpital Tiantan Puhua (Beijing) de République populaire de Chine qui propose de multiples «traitements» : cellules épithéliales rétinienne pigmentées provenant de cellules souches adultes injectées par voie intracérébrale dans le putamen mais aussi celles souches neurales d'origine foetale pouvant se différencier en neurones, astrocytes et oligodendrocytes, injectées par ponction lombaire et proposées dans nombre d'affections cérébrales : paralysie cérébrale infantile, traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux... sans que cette liste ne soit exhaustive ! Des témoignages de malades sont même proposés pour convaincre.

Il est étrange de constater que dans un monde où les communications soient si faciles, des «traitements» relevant de technologies biomédicales avancées soient proposées sans que ces traitements n'aient fait l'objet de consensus scientifiques et ce sans que cela n'ébranle la conscience internationale. <http://www.stemcellspuhua.com/>.

La phraséologie utilisée par ces marchands d'espérance est étonnante : «Here at Tiantan Puhua Hospital we will join together as patients, doctors and scientists in our continued efforts to bring about a new found hope for all human kind.»

le primat de la loi par le primat de la conscience, le primat de la règle par le primat de la réflexion, le primat de l'affirmation par le primat de l'interrogation, le primat de la passivité par le primat de la responsabilité. Si l'étymologie du mot éthique renvoie (comme d'ailleurs celle du mot morale) à moeurs, elle renvoie aussi à «manière d'être». Les moeurs d'une société ne se réduisent pas à la perception de tendances collectives même si elles sont aussi cela. Les moeurs d'une société sont bâties par chacun de ceux qui la composent à condition qu'ils sachent qu'ils en sont comptables, c'est à dire qu'ils sont des acteurs qui «comptent». L'éthique est d'abord une éthique de la personne, une éthique du soi vers l'autre, du "je" vers le "tu", du "nous" vers le "vous".

Cette éthique de la personne s'inscrit en amont et en aval de la loi et peut-on dire aussi en amont et en aval des avis officiels des comités d'éthique nationaux, européens ou internationaux dès lors que leurs avis prennent la forme moins de méditations éthiques que de palimpsestes de la loi. L'éthique de la personne est une éthique au quotidien conçue comme une analyse sur les conflits de valeurs qui peuvent amener à des postures variables non pas sur des principes philosopho-psychologiques généraux et évolutifs mais sur la mise en miroir de ces principes et de la manière dont ils doivent

être déclinés en fonction des situations et des êtres humains qui s'y incarnent. Les lois ou les normes qui les précèdent quand elles se veulent trop détaillées ont pour effet de tracer des décisions de moins en moins conscientisées. Or l'éthique est d'abord un champ d'exercice de la conscience et de conduite de chacun, en somme une éthique de la responsabilité.

Pour autant cette éthique-là n'est pas une éthique solitaire. Elle est une éthique de la collégialité telle qu'elle peut se vivre dans une équipe de soins, dans un groupe de parole, dans un comité d'éthique institutionnel, dans un espace éthique. Elle doit être une éthique citoyenne dont le moteur dans une démocratie a sa source dans les représentants du peuple : c'est bien grâce à la révision périodique des lois que les débats éthiques ont pénétré peu à peu la société jusqu'à la révision en cours, actuellement examinée par le Parlement et qui fut précédée des états généraux de la bioéthique. La révision de la loi relative à la bioéthique n'a pas qu'un intérêt «réglementaire», elle vaut aussi et surtout par le rôle clé et incontestable qu'elle donne aux parlementaires dans le déploiement d'une éthique sociétale qui engage la configuration anthropologique de la nation. La loi ne vaut que si elle sait laisser ouvert le champ du questionnement des consciences. Tant il est vrai qu'il n'y a d'éthique que partagée.

**BOUDDHISME ET SANTÉ**

*Extraits de la conférence donnée le 26 octobre 2010 par Paul-Marie Phan Van Song, ancien directeur de l'Ecole supérieure de commerce de Saigon, docteur en droit public*

**LA SANTÉ, SUJET D'ACTUALITÉ**

- d'actualité parce que constituant un marché avec des concepts nouveaux, dans le domaine de l'alimentation, des médecines alternatives, etc.

- d'actualité aussi d'un point de vue économique avec le discours sur l'incontournable nécessité de réduire les dépenses de la santé.

Associer bouddhisme et santé est un très grand sujet. Permettez-moi de commencer par quelques mots sur le bouddhisme.

**1 LE BOUDDHISME**

Dans le panorama global des traditions religieuses et spirituelles de l'humanité, le bouddhisme, ou plutôt, les bouddhismes occupent une place singulière. Nés de l'Inde et venus du coeur de l'Orient, ils font l'objet

maintenant d'un intérêt et d'une prolifération croissants en Occident.

**1.1 - BOUDDHISME, DE SA DIFFUSION EN ASIE ET DE SES DIFFÉRENTES ÉCOLES**

**NAISSANCE DU BOUDDHISME EN INDE**

Le bouddhisme est né dans le nord-est de l'Inde aux 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> siècles avant notre ère, dans le royaume de Kapilavastu, aux confins du Népal. Descendant de la famille régnante, le prince Cakyamouni, Gautama (le nom de Bouddha avant son éveil) rencontra la souffrance, la misère et la mort et quitta sa famille pour embrasser la vie d'ermite. Après sept années de voyage et de recherches, il connut l'inutilité de l'ascèse, et, sous un arbre, à Gaya, après quarante jours de méditation, il atteignit l'illumination. Le nom de cet arbre devint bodhi, l'éveil, et Gautama devint le Bouddha, ce qui signifie l'éveillé. Le mot Bouddha renvoie donc à la fois à un personnage historique et à la description d'un état parfait.

A la source du vaste mouvement bouddhique, (suite p3)

**LE SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ EN DÉBAT... EN SUISSE**

Depuis quelques années, le débat sur le suicide médicalement assisté devient récurrent en Suisse. Si un peu plus de la moitié des Suisses (sondage 2007) accepterait d'y recourir en cas de maladie incurable et un peu plus du quart sans restriction, l'accueil d'étrangers à la seule fin de pouvoir être aidés à mourir grâce à une législation équivoque soulève dans la population des réactions mitigées. La Suisse est en effet de plus en plus gênée de se voir désignée comme la destination privilégiée du tourisme de la mort. La Loi suisse ne poursuivant que l'assistance médicale au suicide « pour motif égoïste », on comprend que l'assistance « ordinaire » au suicide fasse l'objet d'une tolérance. Mais la société zurichoise Dignitas qui organise le suicide d'étrangers peine de plus en plus à trouver des lieux (appartements ou hôtels) pour exercer leurs tâches ; aussi est-elle contrainte de proposer ses services dans des véhicules ou des caravanes, ce qui provoque aussi des réactions des autorités. Les prix pratiqués pour l'organisation de la mort (3000 à 8000 francs suisses) soulèvent aussi un légitime malaise. Mais la tension persiste entre ceux qui préfèrent l'ambiguïté de la loi actuelle et ceux qui préféreraient définir clairement les règles d'encadrement du suicide médicalement assisté.

**CELLULES SOUCHES ADULTES ET PLAQUETTES**

Une équipe de chercheurs (S-H Lu et al.) regroupant plusieurs universités américaines et l'Université de Séoul viennent de publier dans la revue Cell Research (2011, 1-16) un travail montrant que des plaquettes obtenues à partir de cellules souches embryonnaires humaines s'avéraient fonctionnelles in vitro et dans la microcirculation de souris vivantes.

Ces travaux laissent espérer une source « inépuisable » de plaquettes qui pourrait donc ne plus nécessiter le recours souvent laborieux à des donneurs. Il est intéressant de constater que dans la conclusion de leur travail les chercheurs signalent l'intérêt immunitaire qu'il y aurait à appliquer les protocoles de différenciation pour produire des plaquettes spécifiques au patient. Il y aurait encore une fois aussi l'intérêt éthique de ne pas avoir recours à des embryons. Ne pas oublier Nuremberg.

**DES VESTIGES DU PROGRAMME DE SANTÉ NAZI**

L'Alsace.fr dans son édition du 16 janvier 2011 signale que des travaux d'extension du pavillon psychiatrique de l'hôpital cantonal de Hall, au Tyrol autrichien, ont permis de mettre au jour les restes de quelque 220 victimes présumées du programme d'euthanasie des malades mentaux par les nazis, dans les années 1942-1945. Cette information permet de ne pas oublier l'ampleur du programme d'extermination des malades mentaux qui fut un des aspects de la politique de santé d'Adolf Hitler pour qui il était légitime de soustraire la vie à des personnes humaines dont on niait l'humanité.

Il y a les enseignements et l'exemple du Bouddha historique.

Son premier enseignement est connu sous le nom des « quatre nobles vérités » :

- La souffrance existe (Gautama, nom du Bouddha avant son éveil, la rencontre sous la forme du malade, du vieillard et du cadavre)

- La cause de la souffrance est dans la possessivité

- La cessation de la souffrance implique la cessation de la passion possessive

- La cessation de la possessivité passe par le « noble sentier des huit parfaits » (compréhension parfaite, pensée parfaite, parole parfaite, action parfaite, moyens d'existence parfaits, effort parfait, attention parfaite, concentration parfaite) et par la réalisation de la vacuité.

Le bouddhisme originel a engendré un premier courant, celui qu'on appelle « petit véhicule », ce qui est la traduction du mot pali theravada, dont la tradition méditative très riche commence à être découverte par l'Occident.

Un deuxième courant, le « grand véhicule », traduction du mot mahayana introduit une dimension altruiste en postulant que le sage ne peut accepter d'entrer dans le nirvana (l'état de libération) tant qu'il reste de la souffrance dans le monde. Ce sage «retourne» parmi ses frères de douleur pour les aider à se libérer. Ce héros de la compassion est appelé un bodhisattva.

Le bouddhisme est une morale de renoncement et de fraternité universelle, différente de celle de la société traditionnelle brahmane indienne, divisée en castes rigoureusement étanches et dominées par une minorité. Rejeté par les brahmanes, le bouddhisme reste minoritaire en Inde mais s'est exporté dans le reste de l'Asie.

**1.2 – LE BOUDDHISME, PHILOSOPHIE OU RELIGION ?**

Bouddha avait compris la loi de la douleur universelle. Cette douleur, inhérente à la vie, est multipliée encore par la transmigration, le cycle de la naissance et de la renaissance dans une autre existence, connue sous le nom de métempsycose. Comment atteindre la délivrance ? Il faut parvenir à l'extinction du désir, véritable moteur du monde, pour atteindre l'état de nirvana.

Le bouddhisme est à la fois une tradition spirituelle, une philosophie, une science de l'esprit, une écologie avant la lettre. Il permet de dépasser la condition souffrante humaine grâce à la réalisation de la vacuité au-delà de tout mot, de tout concept, de toute croyance.

L'astrophysicien américain d'origine vietnamienne, Trinh Xuan Thuan, définit

le bouddhisme comme une « science de l'éveil », comme une « voie menant à l'éveil, une voie contemplative au regard principalement tourné vers l'intérieur » qui envisage « le monde comme un vaste flux d'événements reliés les uns aux autres et participant tous les uns des autres ».

Mais, même si le Bouddha n'est pas un dieu, le bouddhisme est néanmoins une religion, qui a plus de 2 500 ans d'histoire, d'implication dans la théorie et la pratique médicales. Le bouddhisme, comme religion, a beaucoup influencé par ses enseignements, la façon de penser et d'agir face à la vie et à la mort.

**LE KARMA :**

La vision bouddhiste du monde centrée sur la croyance dans le karma, la corrélation entre un acte et ses conséquences ultérieures.

C'est une croyance dans l'interdépendance de tous les phénomènes et dans la corrélation entre les causes et les effets mutuellement conditionnés - physiques, psychologiques et moraux. Dans le monde physique, par exemple, toutes les choses dans l'univers sont intimement liées entre elles comme des causes et des effets sans commencement ni fin. Et le monde est un monde organiquement structuré dont toutes les parties sont interdépendantes. De même dans la société humaine, toutes les composantes sont interdépendantes. La même chose est également trouvée dans la sphère psycho-physique, dans laquelle l'esprit et le corps ne sont pas des unités distinctes, mais un tout solidaire du système humain dans son ensemble.

Mais la loi bouddhique du karma n'entraîne pas un déterminisme définitif. S'il était définitif, il n'y aurait pas de possibilité de l'éradication de la souffrance. L'effet du karma peut être atténué, non seulement dans une vie, mais au-delà, et, selon le bouddhisme, la vie n'est pas limitée à une seule existence. La vie présente n'est qu'une partie de la ronde des existences successives (samsara) qui s'étend à travers l'espace et le temps. Une seule existence est conditionnée par d'autres, elle fait partie de la procédure et subit les conditions de l'une d'elles ou d'une série d'existences successives. Une existence est donc à la fois effet et cause des autres. Cet emprisonnement dans le cycle des existences est le résultat de ses propres actions (karma), bonnes ou mauvaises. Conditionnée par les actes, la forme actuelle de l'existence peut être modifiée par les actes. Cela est possible parce que le présent n'est pas l'effet total du passé. Il est à la fois cause et effet. Comme effet, nous sommes conditionnés par nos actes

passés. Ce que nous sommes maintenant est le résultat de ce que nous avons été auparavant. Par contre, comme une cause, nous sommes le maître absolu de notre destin. Le présent, si insaisissable, est la pierre angulaire de l'avenir. Ce que nous serons dépend de ce que nous sommes et de ce que nous faisons avec nos propres choix.

Comment concilier cette vision bouddhiste de victoire sur la souffrance par la réalisation de la vacuité avec le désir humain de rester en bonne santé ?

Nous avons vu que pour atteindre le nirvana, il faut supprimer la souffrance. Le cycle de l'homme, naissance, vieillesse, maladie, mort, est cette rencontre avec la souffrance. Et l'homme passe ainsi de cycle en cycle, c'est la métépsychose, la réincarnation. La mort en somme n'est qu'un passage. Alors que dire, que penser de la santé ? Avoir la santé pour parcourir ce cycle ? Avoir la santé pour subir la souffrance ? Avoir la santé pour passer toutes ces étapes ?

### 2 LA SANTÉ

La santé, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est définie comme « tout ce qui concourt au plein épanouissement physique, mental et spirituel de l'homme et ne consiste pas simplement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

### 3 LA VISION BOUDDHISTE DE LA SANTÉ

#### 3.1 – L'HARMONIE

La compréhension bouddhiste de la bonne santé est semblable. Elle met l'accent sur l'interaction équilibrée entre l'esprit et le corps ainsi qu'entre la vie humaine et son environnement. Les maladies ont tendance à se déclarer lorsque ce délicat équilibre est rompu et la théorie bouddhiste a pour but pratique de restaurer et de renforcer cet équilibre. Dans le traitement de la maladie cependant, le bouddhisme, en aucune manière, ne rejette la médecine moderne et la gamme puissante d'outils diagnostiques et thérapeutiques à sa disposition. Plutôt, il précise que ceux-ci peuvent être utilisés efficacement dans la lutte contre la maladie lorsqu'ils sont basés sur une meilleure compréhension des processus de vie intérieure.

La santé physique est considérée par le bouddhisme comme étant le fonctionnement normal du corps et de ses organes. La fonction normale des organes du corps est le résultat de l'harmonie et l'équilibre des quatre éléments principaux dans le corps, la terre (pathavi), l'eau (apo), le vent (vayo), et le feu (tejo). Si l'équilibre est perturbé, la fonction normale est interrompue et la maladie apparaît. Étant donné que chaque

partie du corps humain est organiquement reliée à toutes les autres parties, pour la bonne santé du corps, tout cet ensemble doit être en bon état. Compte tenu du fait que le corps, comme tous les phénomènes, est toujours dans un état de changement, de déclin et de décomposition, la santé physique ne peut durer longtemps. Il est impossible que le corps soit parfaitement sain et exempt de toutes les maladies en permanence. La maladie est donc un rappel de la fragilité humaine.

L'approche bouddhiste met donc l'accent sur la force spirituelle, fondée sur la compassion pour les autres. Bien que l'interaction entre l'esprit et le corps ne soit pas encore largement reconnue par la profession médicale, le bouddhisme affirme qu'elle renforce l'individu.

Se préoccuper de la santé d'une personne, c'est se préoccuper de la personne entière avec ses dimensions physique, mentale, familiale, professionnelle, sociale, aussi bien que de l'environnement dans lequel elle vit et qui agit sur elle. Par conséquent, la tendance à ne comprendre la santé que par rapport aux dysfonctionnements de certaines parties de l'organisme humain est inacceptable pour le bouddhisme.

La compréhension bouddhiste de la maladie physique en termes de perturbation de l'harmonie et de l'équilibre dans le corps est différente de la vision « militariste » de la maladie axée sur la lutte contre les germes, les virus, les bactéries etc. Dans cette vision, l'efficacité des traitements dépend de leur puissance d'attaque, et non de la puissance réparatrice comme dans le cas du bouddhisme.

Ces points de vue différents conduisent à des façons de guérir différentes. La voie bouddhique est de contribuer à l'harmonie du corps où la discorde a eu lieu, soit par la médecine soit par le changement dans la pensée et le mode de vie. Le médicament est utilisé pour stimuler l'organisme et non pour attaquer la maladie : il stimule le pouvoir d'auto-guérison, le pouvoir de faire face à la maladie, de rétablir l'équilibre. La guérison est plus une expression des efforts combinés de l'esprit et du corps pour surmonter la maladie qu'un combat entre la médecine et la maladie.

#### 3.2 – LE KARMA, FACTEUR CONTRIBUTANT À LA SANTÉ

En dehors de cette approche, le bouddhisme voit le karma comme un facteur important contribuant à la santé ou à la maladie. Dans la perspective bouddhiste, une bonne santé est l'effet de corrélation du bon karma dans le passé et vice-versa. Cette interprétation de la santé et de la maladie en terme de karma est aussi une manière de souligner qu'il existe une relation entre la moralité et

la santé. La santé dépend de nos modes de vie, c'est à dire de notre façon de penser, de notre façon de sentir, et de notre façon de vivre. La maladie est la conséquence d'un style de vie malsain, lié à des voluptés de tous ordres (boisson, opium, consommation de nourriture carnée, sexe, etc.). C'est la composante normative du point de vue bouddhiste sur la santé, qui implique la pratique de valeurs morales et religieuses, telles que l'ascèse, la compassion, la tolérance et le pardon. C'est la raison profonde pour laquelle le bouddhisme conseille à ceux qui veulent être en bonne santé, la pratique morale (sila), la discipline mentale (samadhi), et la sagesse (panna) dans la partie du "noble sentier des huit parfaits."

Et même si la maladie vient du karma, elle doit néanmoins être traitée.

#### 3.3 – LA RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE

Le conseil du bouddhisme à une personne malade est d'être patient et d'accomplir de bonnes actions pour atténuer les effets du karma passé. La croyance dans le karma en matière de santé et de maladie ne conduit pas au fatalisme, ni au pessimisme.

Croire à son karma c'est aussi prendre la responsabilité personnelle pour sa santé. La santé n'est pas donnée. Elle doit être acquise par ses propres efforts, et il ne faut pas blâmer les autres pour la souffrance due à la maladie. En outre, cela peut être réconfortant de penser que notre maladie n'est pas de notre faute dans notre vie présente, mais l'héritage d'un passé lointain dans une autre vie, et que, par notre attitude et nos efforts dans la maladie que nous sommes en train de vivre, de bons effets karmiques peuvent survenir pour le futur ou pour la vie future. La croyance dans le karma nous permet également de gérer les aspects douloureux de la vie, avec sérénité et sans lutte stérile, dans une attitude ni négative, ni déprimante, par exemple dans une maladie en phase terminale. Cette acceptation nous permettra aussi de surmonter le désespoir et donc mourir d'une mort paisible, digne.

L'accent mis sur la cause karmique de la santé et de la maladie implique donc une responsabilité individuelle dans sa santé et sa maladie. La santé est à gagner en poursuivant les efforts. Un bon mode de vie (exercices physiques, bonne nutrition, etc.) conduit à une bonne santé ; alors que les mauvaises habitudes de vie dans la vie présente, comme dans les vies précédentes, apportent la maladie. Le sens de la responsabilité est beaucoup plus nécessaire dans les soins de santé.

Le point de vue karma-bouddhiste de la santé et de la maladie, au contraire, reconnaît le rôle positif de la maladie et de

la souffrance dans le renforcement de notre caractère moral, ce qui donne le courage, la connaissance de soi et la sympathie envers les autres.

Toutefois, l'accent bouddhiste sur le karma individuel ou la responsabilité personnelle de santé ne signifie pas que le bouddhisme attribue à l'individu l'entière responsabilité de toutes ses maladies.

#### 4 LA MÉDITATION AU SERVICE DE LA SANTÉ OCCIDENTALE

La méditation bouddhiste n'est pas seulement un moyen de guérir l'esprit de ses maux causés par les opinions erronées, l'auto-indulgence, la haine et la colère sous toutes les formes, mais elle est également conçue comme un moyen d'inciter positivement, d'avoir un mental sain, en particulier les quatre états sublimes : la bonté (metta), la compassion (karuna), la joie sympathique (mudita), et l'égalité (upekha). Aimer nous permet d'aimer et d'être bons les uns avec les autres, tandis que la compassion nous incite à aider les personnes en détresse. La joie et la sympathie sont des capacités à se réjouir de la joie des autres. La sérénité est l'attitude face aux vicissitudes de la vie, aux pertes et aux gains, à la gloire et au manque de notoriété, à l'éloge et au blâme, au bonheur et à la tristesse. Cet état d'esprit doit être permanent pour entretenir une santé mentale appropriée. Cette vision de la santé doit se refléter dans tous les aspects de l'existence, y compris penser, parler, vivre son quotidien et agir.

Un article de Sophie Coignard, publié dans Le Point du 21 août 2008 pour annoncer la parution du livre du philosophe Matthieu Ricard "L'Art de la méditation", donne des exemples d'utilisation de la méditation bouddhiste comme une méthode thérapeutique.

Je cite : "La souffrance est partout, et la souffrance n'est pas désirable." Voilà, en très, très résumé, le constat de base qui a présidé au mariage des sciences cognitives et du bouddhisme. Que ce soit à Boston, à Toronto, à Genève, à Maastricht ou même à Châteauroux, la méditation sous diverses formes a été adoptée par des psychiatres, mais aussi par des médecins confrontés à la douleur physique et morale de patients atteints de graves maladies. [...] Christophe André, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, a introduit la méditation dans sa pratique pour prévenir les rechutes dépressives. "Il s'agit, explique-t-il, d'apprendre à garder son esprit ici et maintenant... C'est un outil assez

*troublant mais efficace, qui permet non pas de supprimer les pensées négatives, mais de les regarder et de les arrêter.*" Claude Penet, psychiatre à Châteauroux, a pour sa part commencé à pratiquer la méditation dans une démarche de recherche personnelle avant d'en proposer les techniques à ses patients : "Je ne m'étends pas trop sur l'aspect méditation bouddhiste, dit-il. Car la seule chose qu'ils demandent, c'est l'apprentissage d'exercices qui leur permettent de maîtriser leurs émotions négatives." [...] aujourd'hui, les progrès de l'imagerie médicale ont permis de montrer de manière certaine que la méditation modifie le fonctionnement du cerveau. Mieux : les moines tibétains, par exemple, présentent des particularités intrigantes lorsque leur cerveau est examiné de près : la zone associée aux émotions comme la compassion manifeste une activité beaucoup plus grande que chez le commun des mortels. C'est l'université de Madison, dans le Wisconsin, qui, sous l'impulsion du psychiatre Richard Davidson, a publié le plus grand nombre d'articles scientifiques sur ce sujet.

Ainsi que l'indique Matthieu Ricard dans son livre paru en 2008 "L'Art de la méditation", (aux éditions Nil), "un nombre croissant d'études scientifiques indiquent que la pratique de la méditation à court terme diminue considérablement le stress [...] Huit semaines de méditation, à raison de trente minutes par jour, s'accompagnent d'un renforcement notable du système immunitaire [...] ainsi que d'une diminution de la tension artérielle..." Tous ces effets de la méditation sont documentés dans de grandes revues scientifiques internationales, comme le Journal of the National Cancer Institute ou le Journal of Behavioral Medicine. [...]

C'est donc une vision, ou plutôt une application « occidentale » d'une pratique « bouddhiste » utilisée en médecine.

#### EN CONCLUSION :

Le concept bouddhiste de la santé et de la maladie est formulé dans le cadre du principe d'interdépendance et des lois du karma. Par conséquent, la santé et la maladie doivent être comprises comme un tout, par rapport à l'ensemble du système et des conditions environnementales, sociales, économiques et culturelles.

Ce point de vue est diamétralement opposé au point de vue analytique qui tend à disséquer des êtres humains en différents segments, dans les domaines physique et mental, comme la santé est définie comme une simple absence de symptômes mesurables de la maladie. Le point de vue bouddhiste, au contraire, met l'accent sur toute la personne. Il fait valoir que puisque les êtres humains ne sont pas seulement des êtres physiques mais aussi des créatures mentales, émotionnelles, sociales et spirituelles, par cette unité psychosomatique, la maladie affecte aussi esprit et émotions. Et donc a contrario, la difficulté d'adaptation émotionnelle, mentale et sociale peut aussi affecter le corps. Donc, pour prendre en charge la santé d'une personne, on doit se préoccuper de toute sa personne, corps, esprit, émotions, ainsi que de son environnement social. Cela peut sembler un objectif utopique que les services de médecine ou de santé ne peuvent accomplir seuls. Mais on doit penser et lutter pour la santé globale.

Voyez-vous, rien n'est nouveau sous le soleil. Notre médecine occidentale actuelle n'est-elle pas déjà tout ce que le bouddhisme a dit ? La vision de l'Occidental est une vision analytique, la vision asiatique est une vision synthétique. Qu'elle soit analytique ou synthétique, on ne peut pas détacher l'homme de son environnement. En somme, sûrement beaucoup parmi vous direz à la fin de cette conférence : c'est tout ? C'est banal ? en somme ce discours du bouddhiste ne se différencie en rien du discours chrétien.

*Le texte complet de la conférence peut être adressé sur demande à [espace.ethique@chu-poitiers.fr](mailto:espace.ethique@chu-poitiers.fr)*

I - Trinh Xuan Thuan (né en 1948 à Hanoi) est un astrophysicien et écrivain originaire du Viêt Nam. Il fait ses études d'astrophysique au California Institute of Technology (Caltech), puis à l'Université Princeton aux États-Unis où il a obtenu son doctorat. Depuis 1976, il est professeur d'astrophysique à l'Université de Virginie. Il est spécialisé dans l'astronomie extragalactique. Il est membre de l'Université Interdisciplinaire de Paris.

II - Dr Ratanakul Pinit, Ph.D. Directeur de l'Institut d'études religieuses, Université Mahidol, Bangkok, Thaïlande. Journal Eubios d'Asie et du Comité international de bioéthique (2004)

III - Le christianisme comme la médecine moderne prône un comportement similaire. Mais dans l'esprit occidental, le point de vue religieux et moral est distinct du point de vue médical.

Dr Jean-François Pouget-Abadie.  
Praticien hospitalier ; Médecine interne ;  
CH de Niort. Serment prononcé en 1974.

### LE SERMENT D'HIPPOCRATE EST-IL UNE SOURCE TOUJOURS VIVE DE L'ETHIQUE MEDICALE ?

Les médecins sont invités à prêter serment à la fin de leurs études. La prestation est faite à la Faculté de médecine, dans la salle des thèses, devant un jury et l'assemblée souvent modeste - la proche famille - ou enrichie d'amis ou de collègues.

Le conseil départemental de l'Ordre peut solliciter, inconstamment il est vrai, une nouvelle prestation, qui peut être collective, pour les nouveaux médecins au moment de leur première inscription au tableau. Cet acte est très loin d'être une pure formalité ou encore un clin d'œil nostalgique au passé, ou bien une manifestation du folklore qui accompagne et soulage parfois les difficultés des études médicales. C'est vraiment d'une promesse qu'il s'agit, d'un engagement véritable à l'aube de la vie professionnelle.

La prestation du Serment d'Hippocrate est un acte fort et déterminant et il n'est pas inutile de s'y arrêter. Ces quelques lignes souhaitent redire l'histoire du serment et de son auteur, rapporter sa formulation ancienne et la forme actuelle la plus habituelle, souligner son actualité, se pencher enfin sur la richesse de son contenu et de sa visée éthique.

### LE SERMENT : SON AUTEUR ET SON HISTOIRE

Hippocrate a existé ; il est né vers 460 avant Jésus-Christ dans l'île de Cos, il est mort vers 370. Il vécut au siècle de Périclès, fut le contemporain de Platon et le témoin d'une civilisation exceptionnelle par la philosophie, la littérature et l'art. Il a enseigné sur son île natale avant de devenir itinérant, comme souvent les médecins de son siècle.

Il est l'auteur présumé de nombreux traités rassemblés initialement dans la grande bibliothèque d'Alexandrie-haut lieu du savoir sous le vocable de collection hippocratique. Ses écrits traitent d'anatomie, de physiologie, de pathologie médicale ou chirurgicale, d'obstétrique et de thérapeutique, mais aussi, et avec une qualité remarquable, de la conduite du médecin lui-même : qui doit embrasser la profession ? Comment le médecin doit-il se conduire ? Et de nombreuses questions dont la problématique est à l'évidence d'ordre éthique.

Le Serment qui lui est attribué aborde des thèmes divers, pratiques, mais fondamentaux : secret médical, euthanasie, avortement, respect de la vie, recherche du seul bien du malade, respect des maîtres, vie

### LE SERMENT D'HIPPOCRATE

*Article 1 – Je jure par Apollon médecin, par Eusculape (Asclépios), par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le Serment et l'engagement suivants:*

*Article 2 – Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, dans la nécessité, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par un engagement et un Serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.*

*Article 3 – Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice.*

*Article 4 – Je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.*

*Article 5 – Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.*

*Article 6 – Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, même sur ceux qui souffrent de la pierre ; je la laisserai aux gens qui s'en occupent.*

*Article 7 – Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades en préservant de tout méfait volontaire et corrompateur, et surtout de séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.*

*Article 8 – Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai à qui ne doit jamais être divulgué, le regardant comme un secret.*

*Article 9 – Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir sort contraire.*

#### ANNEXE I

Traduction de Robert Joly  
In Histoire Illustrée de la Médecine  
Presses de la Renaissance- Paris

confraternelle, comportement moral irréprochable, modalités de diffusion et de partage du savoir.

Dans la traduction du texte original (en encadré) on remarque l'organisation en neuf articles qu'il est possible d'accorder en paires, le premier et le neuvième, le deuxième et le huitième, le troisième et le septième, le quatrième et le sixième, le cinquième constituant à lui seul le sommet du texte.

L'histoire ne nous dit pas avec certitude comment ce texte a été utilisé chez nous. Autrefois, depuis la naissance des écoles de médecine, les nouveaux médecins ne prêtaient pas le Serment d'Hippocrate. Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, la Faculté de médecine de Montpellier invite ses étudiants à prêter le Serment dit de Montpellier. Celui-ci rapporté au niveau de l'Annexe II, est d'inspiration hippocratique évidente. Il est très utilisé dans nos facultés françaises, bien que d'autres textes voisins existent, proposés par d'autres facultés ou par le Conseil national de l'Ordre.

### L'ACTUALITE DU SERMENT

Le Serment d'Hippocrate garde une étonnante actualité. Il est possible de dire qu'il est intemporel. Il n'est pas définitivement marqué par une époque et la lecture qu'il est possible d'en faire déborde largement les circonstances originelles ; il peut ainsi recueillir l'assentiment de tous, ouvrir un avenir et inspirer une vie éthique.

### LES RAISONS DE CELA ?

Rappelons tout d'abord la diversité et le caractère tellement pratique des thèmes abordés. Considérons aussi l'appel manifeste à l'humilité et à la raison qui se dégage de ce texte.

Le fragment de phrase de l'article 3 « suivant mes forces et mon jugement », n'invite-t-il pas à un exercice dénué de témérité excessive où s'associent implication personnelle forte, mesure et réflexion ?

La nécessité de cette implication forte est encore suggérée dans l'article 5 par l'association de la vie et de l'art ou plus exactement par la présentation d'une fécondation mutuelle de la vie et de l'art. Une telle pensée, un tel projet, l'invitation à prononcer une si belle promesse, n'ont pas d'âge ou de lieu, mais une actualité et une perspective universelles.

### LA VISEE ETHIQUE DU SERMENT

Cette visée est incontestable à la lecture du texte d'Hippocrate.

A l'invocation adressée aux dieux grecs - cités comme témoins en raison du sérieux de la démarche - répond l'imprécation terminale

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE (suite)

qui institue l'homme comme responsable. L'énoncé des valeurs, l'invitation à la vie éthique, sont insérés dans un dialogue, une promesse, une prise de responsabilité.

**L'article 2** suggère le respect filial dû au maître et invite à la confraternité. Le médecin prestataire du Serment s'inscrit dans une filiation et une fraternité. Il n'est pas autonome, auto-suffisant, mais bénéficiaire d'un don qu'il doit savoir reconnaître et partager. Cette reconnaissance est déjà le socle d'une vie éthique. La diffusion du savoir est maîtrisée mais non préservée comme une lecture superficielle pourrait le suggérer.

Ceci annonce l'impossible exercice de la science sans référence à la conscience. Enfin l'article 8 apparenté à l'article 2, oblige de discerner et de respecter ce qui est secret.

**L'article 3** traite des thérapeutiques dirigées toujours vers l'avantage et le bien des malades en s'abstenant de tout préjudice. Un discernement attentif et une prise de décision appropriée sont donc nécessaires.

**L'article 7** procède du même souci de l'action utile aux malades et de l'interdiction de tout méfait à leur égard. L'interdiction de la séduction peut être lue comme le devoir, pour le médecin, du comportement véridique et dénué d'artifices.

**Les articles 4 et 6** qui établissent l'impératif du respect de toute vie sont encore d'une actualité criante et souvent passionnée. Euthanasie, avortement, stérilisation sont écartées par le serment. Pour nous aujourd'hui les sollicitations sont vives... Quels sont nos

### LE SERMENT DE MONTPELLIER

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur existence si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

#### ANNEXE II

Cette version du serment d'Hippocrate est celle prononcée à la Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

arguments et notre souci de prendre soin et de servir la dignité de tout être humain ?... ou bien sacrifions-nous à un éventuel imaginaire collectif ?

**L'article 5** constitue le sommet, la pointe du serment ; il peut faire emprunter des chemins difficiles. Nous comprenons pureté comme recherche et intention droites au service des malades et sainteté, mieux que innocence, non dans son acception judéo-chrétienne, mais comme état et agir au cours desquelles les capacités humaines sont surpassées et transcendées.

### CONCLUSION

Le Serment d'Hippocrate sollicite un engagement responsable et exigeant de la part de celui qui le prête.

C'est l'engagement du sujet éthique, dont la vie elle-même, dont les forces et les capacités de discernement sont au service d'un Art dédié au bien du malade, au respect de la vie, au partage d'un savoir maîtrisé, dans le respect de ce qui doit rester secret. En toutes ces circonstances, le comportement du médecin doit être véridique, sa réflexion et sa pratique doivent être éclairées par les valeurs reçues et acceptées lors de l'engagement professionnel. Puissent de telles valeurs ne pas prêter à sourire au moment où elles seraient reléguées au rang de chimères ou de sentiments généreux, mais seulement rêvées dans un monde épris de technique et âpre au profit.

## PRISE EN CHARGE DE PATIENTS EN FIN DE VIE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : ÉTATS D'ÂMES D'UN HOMME « ORDINAIRE »

*Dr Xavier LEMERCIER, médecin généraliste, chef de clinique universitaire de médecine générale, Poitiers.*

*Dr Laurent MONTAZ, praticien hospitalier, unité de soins palliatifs, CHU de Poitiers.*

La fin de vie est un moment singulier où les émotions et les sentiments se cristallisent au sein des familles, que ce soit dans la colère ou la révolte, dans le non-dit, ou encore dans l'attention qui est portée au patient, dans les rapprochements familiaux ou au contraire dans les déchirements qui s'opèrent. Personne, dans l'entourage du patient ne reste indifférent à la situation et le médecin généraliste, médecin de famille, n'est pas exclu de cette modification des rapports humains.

### DES ÉMOTIONS AMBIVALENTES

La prise en charge de patients en fin de vie

crée chez les généralistes une ambivalence émotionnelle : les émotions et sentiments exprimés peuvent être négatifs comme la tristesse, la souffrance, la douleur, parfois la révolte ou le sentiment d'injustice. Certains médecins décrivent même un processus de deuil pour eux-mêmes. La prise en charge est alors vécue comme un poids lourd à porter. Mais, dans le même temps, les généralistes expriment des sentiments positifs. L'attachement, même s'il est source de difficultés émotionnelles, est vécu le plus souvent comme un aspect positif de la prise en charge. Les généralistes relatent une certaine satisfaction lorsqu'ils assument l'accompagnement du patient et de ses proches jusqu'à la mort, ou lorsqu'ils réussissent à respecter sa volonté malgré les difficultés rencontrées. Cela va même parfois jusqu'à un sentiment de fierté. Le corollaire de la lourdeur de la prise en charge est le

sentiment de soulagement qui survient parfois au moment du décès. A posteriori, le souvenir de l'accompagnement est régulièrement ressenti positivement même si les médecins semblent gênés par ce sentiment. Pourtant, c'est bien l'expression d'un enrichissement personnel qui ressort des relations intenses et intimes entretenues avec le patient et la famille.

Mais les discours dévoilent aussi une relative solitude dans cette prise en charge. Ce sentiment peut surprendre dans le contexte de développement des structures et des réseaux de soins palliatifs, mais il s'agit ici surtout d'un sentiment de solitude face à ses propres émotions, à leur ambivalence, à leurs nuances. Ce n'est donc pas une méconnaissance des équipes de soins palliatifs qui explique cette solitude mais plutôt une méconnaissance de la possibilité qu'elles ont d'être un soutien pour les médecins

eux-mêmes dans leur confrontation à une charge émotionnelle forte.

Le sentiment d'échec est également un ressenti récurrent. Les médecins éprouvent beaucoup de difficultés à se détacher d'une médecine devenue, dans le courant du XX<sup>ème</sup> siècle, puissante et source de nombreuses espérances, enseignée comme une médecine pour guérir plus que comme une médecine pour soigner. La prise en charge de patients en fin de vie est l'occasion de se rendre compte de l'illusion de cette toute-puissance.

### LORSQUE LES CONCEPTIONS PERSONNELLES ET L'EXPÉRIENCE SE MÉLENT

Le vécu et le ressenti des médecins sont profondément marqués par leurs conceptions personnelles et intimes de la mort et de la fin de vie. Lorsqu'il y a inadéquation entre ce qu'ils vivent et ressentent dans leur prise en charge et ces conceptions cela devient source de difficultés. L'absence d'analyse réflexive prive alors les médecins d'un regard qui leur permettrait de se détacher, voire de s'affranchir de concepts sources de souffrance.

Certains médecins ressentent leur expérience de prise en charge comme un poids qui devient, avec le temps, de plus en plus lourd à porter. D'autres la décrivent comme enrichissante et permettant de se construire une carapace, d'établir une distance ou encore d'apprendre à maîtriser et à utiliser les émotions et les sentiments dans la prise en charge, sans pour autant les nier ou les refouler. La possibilité de verbaliser et de partager constitue donc, pour les médecins,

un moyen efficace de réaliser une analyse réflexive de leur propre travail. Ils peuvent ainsi relativiser l'impact du poids du passé, nuancer leurs idées pré-conçues et les appréhender comme des ressources mobilisables à l'occasion de difficultés de prise en charge.

### Un médecin et un Homme... un Homme et un médecin.

Les généralistes expriment des sentiments contradictoires en fonction de la place qu'ils s'attribuent au sein de la prise en charge de patients en fin de vie. L'attachement au patient n'est pas vécu comme quelque chose de négatif quand est admise l'idée que celui-ci fait partie du rôle de médecin. Mais parfois, cet attachement est jugé négatif car considéré comme relevant plutôt du rôle de l'Homme que de celui du soignant. La frontière entre le rôle du médecin et la position de l'Homme est floue. Les prises en charge de patients en fin de vie sont alors l'occasion pour les généralistes de se confronter à leurs propres angoisses existentielles. Les émotions et les sentiments mis en lumière bousculent les médecins dans leur fonction et leur position dans la société. Le mythe de la toute-puissance du médecin s'accommode mal de la prise en charge des patients en fin de vie puisque, par hypothèse, la mort est un échec de la médecine. Soigner n'est pas seulement guérir, comme en atteste la réflexion qui accompagne le développement des soins palliatifs. Soigner, c'est, avant tout, « prendre soin ». Prendre en charge un patient en fin de vie fait donc bien partie de la mission du médecin, ce que les généralistes s'accordent à dire, tout en exprimant

leurs difficultés à l'associer à l'exercice de leur métier tel qu'il leur a été enseigné.

Les prises en charge de patients en fin de vie sont donc pour les généralistes l'occasion d'être remis en question en tant que professionnel mais aussi en tant qu'Homme. Les frontières entre ce qu'ils sont, ce qu'ils font, ce qu'ils croient devoir faire, et ce que l'on attend d'eux, deviennent floues et les exposent à l'émergence de doutes, d'hésitations et de questionnements.

L'essor actuel des soins palliatifs et le développement de la discipline médecine générale doivent donc permettre la prise de conscience et la compréhension du vécu et du ressenti des médecins, pré-requis essentiels qui permettront de proposer des pistes de travail supplémentaires et renforceront les initiatives déjà nombreuses relatives au développement des soins palliatifs en médecine générale. L'enjeu n'est pas, uniquement, de développer des réseaux de soins palliatifs en ambulatoire mais bien de permettre une évolution du mode de fonctionnement et de pensée des généralistes face à la fin de vie. Il s'agit de renforcer les passerelles et les interactions entre les soins palliatifs et la médecine générale, dans le but d'améliorer la prise en charge du patient, mais aussi le vécu des Hommes qui ont la charge de prendre soin de lui.

Référence : Lemerrier X. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge des patients en fin de vie. Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Vienne, 180 p. Thèse : médecine : Université de Poitiers : 2010. Direction : Montaz L.

## ALIMENTATION ARTIFICIELLE EN FIN DE VIE : ENJEUX ÉTHIQUES

*Corneliu Gradinaru, interne au CHU de Poitiers*

Les progrès dans le domaine de la santé engendrent une augmentation de l'espérance de vie. Beaucoup de malades ou personnes âgées voient leur durée de vie allongée, certains présentent des affections chroniques de plus en plus complexes et ont des handicaps de plus en plus sévères. Face à ces enjeux, des soins palliatifs s'imposent, au même rang que des soins curatifs, en fonction de l'état de santé et de l'espérance de vie du patient.

La dénutrition atteint la majorité des patients à un stade avancé de la maladie. Consécutif à un défaut d'apport et/ou à un état d'hypercatabolisme, elle précède un état de cachexie plus ou moins rapidement évolutif. Celle-ci est inévitable lors de l'évolution terminale de toute maladie et l'épuisement des réserves protéiques précède le décès [1].

Dès lors que l'alimentation physiologique ne peut plus être assurée en raison de la dégradation somatique ou psychique de la personne, la question du recours ou non au soutien nutritionnel se pose.

La nourriture est source de vie, symbole de croissance, de force et d'énergie. L'alimentation est un besoin fondamental ; en fin de vie elle peut être l'une des dernières sources de plaisir ; elle est une composante importante de la vie sociale. Ne plus s'alimenter peut évoquer la déchéance, une mort prochaine et inéluctable, peut inspirer au patient un sentiment d'abandon [2]. La nourriture est chargée de beaucoup de représentations et valeurs symboliques, en prendre compte, de même que de la singularité de chaque patient selon ses croyances, religion ou culture, peut éclairer certaines difficultés, conflits ou divergences de vues quant à la prise en charge proposée.

La mise en place de la nutrition artificielle

chez le patient en fin de vie est soumise à beaucoup d'interrogations, qui représentent l'occasion d'une démarche d'accompagnement et de dialogue entre le malade, ses proches et les soignants au sens large (équipe médicale et paramédicale impliquée).

Les principales questions qui se posent avant la concertation des différents acteurs sont : quelles sont les « limitations thérapeutiques » prescrites à une personne en situation palliative ? Et est-ce qu'il y a une demande de nutrition artificielle de la part de la personne ou son entourage ? [3]

La phase terminale dans l'évolution d'une maladie n'est pas clairement définie. Elle est invoquée quand le décès est proche, inéluctable et que le pronostic à court terme est réservé. L'ambiguïté de sa définition est due au fait que lorsque tous les malades atteints d'une pathologie chronique évolutive en phase terminale sont incurables, les patients porteurs d'une pathologie incurable ne

sont pas tous en phase terminale de point de vue biologique et peuvent présenter des survies prolongées sous condition d'un traitement symptomatique approprié [4].

L'apport d'eau et de nutriments par des voies « artificielles » à des personnes en phase avancée d'une maladie relève-t-il du traitement médical ou des soins de base dus à tout un chacun ? L'inscription dans l'une ou dans l'autre de ces catégories est d'importance car, s'ils entrent dans celle des traitements, ils sont concernés par la loi Leonetti, ce qui n'est pas le cas s'ils sont reconnus comme étant des soins de base. Dans la première option, ils peuvent être refusés ou arrêtés, ce qui n'est pas le cas dans l'autre alternative [3].

Dichotomie de la perception de l'alimentation artificielle (selon Bozzetti F.) [4] :

- en qualité de traitement, en qualité de soin
- Toute substance qui influe sur les processus physiologiques est une drogue
- La nutrition « naturelle » influe sur les processus physiologiques
- Les médecins prescrivent l'alimentation artificielle (AA)
- Le patient et son entourage peuvent solliciter l'AA
- Certains médecins et sociétés médicales considèrent l'AA comme une thérapeutique
- L'alimentation est considérée par les proches comme un devoir de solidarité, un acte d'humanité et de compassion
- L'AA est utilisée chez les personnes malades
- L'alimentation est indispensable pour les gens malades et en bonne santé
- L'AA devrait être approuvée par des études randomisées contrôlées - Bras placebo éthiquement non acceptable dans les études concernant l'AA

Les deux visions de la nutrition artificielle sont parfaitement acceptables et les défenseurs de l'une ne peuvent pas démontrer sa supériorité sur l'autre.

Parfois en opposition, les principes éthiques peuvent être à l'origine d'un véritable conflit de valeurs dans l'indication de l'assistance nutritionnelle.

Argumentaire déontologique (doctrine selon laquelle toute action doit être jugée selon sa conformité ou sa non-conformité à certains devoirs)

### **L'assistance nutritionnelle permet**

- la réalisation d'une alimentation la plus rapprochée de la normale, contribuant à l'amélioration de la qualité de vie
- la satisfaction d'un besoin physiologique. Cette conception est discutable dans la mesure où actuellement on considère que dans la majorité des cas, la phase terminale d'une maladie grave s'accompagne d'anorexie (absence d'appétit, voire dégoût de la nourriture et absence de sensation de faim) ou de satiété précoce. Il y a également des

études qui ont démontré l'effet anorexigène central des corps cétoniques produits pendant le jeûne [5].

Argumentaire téléologique (doctrine selon laquelle toute chose, toute forme a une finalité)

### **L'alimentation artificielle contribue à :**

- « l'allègement thérapeutique », grâce à la correction de l'état trophique, en omettant les inconvénients des procédés d'assistance nutritionnelle (parentérale, sonde nasogastrique ou gastrostomie per-endoscopique), néanmoins de mieux en mieux maîtrisés de nos jours

- l'amélioration de l'état général du patient en réduisant les complications de dénutrition

- l'allongement de la durée de vie, tout en restant conscient des limites de l'évaluabilité du pronostic en situation de fin de vie.

La prise de décision doit suivre le chemin d'un accord mutuel librement consenti [6], guidé d'un côté, par les principes d'autonomie et justice (principes déontologiques) et de l'autre, par les principes de bienfaisance et non malfaisance (principes téléologiques) :

- principe d'autonomie et de justice : donne le droit à chaque personne de prendre les décisions qui la concerne notamment l'acceptation ou le refus de soins, sous réserve d'une information bien comprise et acceptée, affirme le caractère inaliénable du corps humain

- principe de bienfaisance et de non malfaisance : a pour finalité que les soins prodigués fassent du bien et que l'on s'abstienne de nuire

Garanti par la loi (art. L. 1111-4 du code de santé publique et la loi de 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti), le principe de l'autonomie permet au patient d'accepter ou de refuser un traitement, dans certaines conditions : « Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

En ce qui concerne la mise en œuvre des traitements en phase terminale de la maladie, l'acte décisionnel doit tenir compte des notions de bienfaisance et de non malfaisance, tout en cherchant le consentement éclairé du patient. Ainsi, dans la perspective d'éviter l'obstination déraisonnable, il est devenu licite d'arrêter ou de ne pas entreprendre tout traitement « lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie... » (art. L. 1110-5 du Code de Santé Publique). Si le patient est inconscient, les directives anticipées et/ou l'avis du représentant thérapeutique sont pris en compte. Il faut s'appuyer sur ce que le malade a pu dire avant (consultation de la personne de

confiance si désignation ou du référent familial) ou sur ce qu'il transmet actuellement à travers son comportement ou sa coopération aux soins.

Confrontés à leurs propres préjugés ou influencés facilement par le discours du médecin, le patient et ses proches doivent être correctement informés des bénéfices et des risques d'un procédé d'alimentation artificielle pour être capables de prendre une décision appropriée.

L'avis d'un collègue et le caractère pluridisciplinaire de la discussion peuvent être d'une grande aide, ils peuvent apporter un élément supplémentaire à la réflexion du patient et du soignant, si les positions respectives sont bien explorées [2].

La situation de fin de vie suscite dans chaque cas des conflits de valeurs, imposant la nécessité d'une concertation collégiale où tout le monde peut contribuer pour aboutir à une démarche personnalisée et éviter des attitudes inappropriées.

L'extrême fragilité et la vulnérabilité de la personne en fin de vie exigent une décision médicale périlleuse dans bien des cas. Elle impose au médecin de choisir « le moins mauvais chemin possible » et à sacrifier, face au dilemme d'une situation clinique singulière, une valeur à laquelle il tient. Le jugement pratique est orienté vers le « bien » du patient singulier et non vers une valeur ou un principe moral [7].

Une décision médicale dans ce cas doit prendre en compte l'histoire clinique de la personne, les principes éthiques de bienfaisance et de non malfaisance et le principe d'autonomie mis en jeu au travers du consentement éclairé.

Il s'agira d'une décision partagée où l'avis du patient est prioritaire conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la loi Leonetti et qui se traduit dans le code de la santé publique, par le droit d'accepter ou de refuser tout traitement. Ce refus doit toujours conduire à une réadaptation du projet thérapeutique, jamais à un abandon du patient.

### Références

1. BRESSON J.L., DELARUE J., ROMON M., et al. Cahier de nutrition et de diététique. Paris : Masson, 2001.
2. ROUSSET C., SAÏAH L., TRAN C., et al. L'alimentation et la nutrition. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, 2008, 4.
3. HASSELMANN M. Alimentation des personnes en phase avancée ou terminale de leur maladie. In : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN). Site du CLAN. [en ligne]
4. BOZZETTI F. Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients : a therapy, a basic human care or something in between? Clinical Nutrition, 2003, 22
5. Intergroupe SFAP/SFGG « Soins palliatifs et gériatrie ». Alimentation du sujet âgé en situation palliative. In : Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Site de la SFAP.
6. LLORCA G. Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Paris : Med-Line, 2004
7. VAN CUTSEM B., JASSOGNE S. Conflits de valeurs en fin de

## PEUT-ON PRÉLEVER DES ORGANES APRÈS UNE DÉCISION D'ARRÊT THÉRAPEUTIQUE ? QUESTIONS ÉTHIQUES POSÉES PAR LE PRÉLÈVEMENT D'ORGANE CHEZ DES PATIENTS EN CATÉGORIE III DE MAASTRICHT

René Robert, Véronique Goudet  
CHU de Poitiers

Le prélèvement d'organe (PO) chez des patients victimes d'arrêt cardiaque intra ou extra-hospitalier et dont l'échec de la réanimation cardio-pulmonaire aboutit au décès, est autorisé en France depuis 2005 et pratiqué par une douzaine de centres pilotes. Ces situations correspondent aux catégories I et II de Maastricht. Les problèmes éthiques associés à ce type de prélèvement ont déjà été abordés (voir lettre d'Éthique N°2).

Dans d'autres pays (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas, Belgique) le prélèvement d'organe (PO) peut être réalisé chez des patients dont l'arrêt cardiaque survient après une décision d'arrêt thérapeutique, correspondant à la catégorie III de Maastricht.

De façon concrète, ce type de prélèvement est proposé après une décision d'arrêt thérapeutique chez des patients ayant au préalable manifesté leur souhait de donner leurs organes. Le retrait de l'assistance respiratoire est réalisé au bloc opératoire afin que les organes soient prélevés aussi rapidement que possible après que l'arrêt cardiaque ait été jugé irréversible. Les patients concernés sont dans la plupart des cas des patients gravement cérébro-lésés. Beaucoup plus rarement (voire exceptionnellement), il peut s'agir de patients conscients dépendants d'une assistance respiratoire (sclérose latérale amyotrophique, insuffisance respiratoire chronique...) demandant à ce que celle-ci soit interrompue et souhaitant donner leurs organes au moment de leur décès.

Cette procédure pose un certain nombre de questions éthiques supplémentaires qui ont conduit l'agence de biomédecine en France à ne pas la proposer, au moins dans un premier temps. Par rapport au prélèvement d'organe après arrêt cardiaque non contrôlé (Maastricht II ou I), ce type de prélèvement a l'avantage de la temporalité : l'information des proches et la recherche de

la volonté du patient ne sont pas contraintes par l'urgence technique nécessaire au maintien d'organes perfusés. De plus, le temps d'ischémie chaude est plus court réduisant le risque de dysfonction précoce du greffon chez le receveur. Par rapport au prélèvement chez des patients en mort encéphalique, il ne s'agit plus de consentement présumé, mais de consentement explicite exprimé par le patient ou transmis à ses proches.

Cependant un certain nombre de problèmes techniques et éthiques, souvent liés sont soulevés par cette procédure.

### CELUI DE LA SÉLECTION DES PATIENTS

Il s'agit de patients pour lesquels une décision d'arrêt thérapeutique est prise indépendamment de la possibilité de réaliser un prélèvement d'organe, et chez qui on escompte qu'un arrêt cardiaque surviendra rapidement après l'arrêt de la suppléance ventilatoire. Ainsi sont concernés essentiellement des patients gravement cérébro-lésés n'ayant pas les critères de mort encéphalique et dont le pronostic neurologique est particulièrement défavorable. Les critères cliniques pour ces patients ont été définis aux États-Unis, en Grand-Bretagne et en Belgique.

### CELUI DU CONFLIT D'INTÉRÊT

Le risque est que la volonté de réaliser des prélèvements d'organe puisse influencer des décisions d'arrêt thérapeutique. Ce risque pourrait être pallié par l'intervention de deux équipes distinctes, celle du soin, proposant l'arrêt thérapeutique et celle du prélèvement d'organe recherchant la volonté du patient et vérifiant les critères de réalisation d'un prélèvement d'organe. Ceci permettrait de protéger les soignants en charge du patient et les proches du patient du dilemme moral potentiel dans ce genre de décision. Toutefois, en accord avec la loi Léonetti, le médecin en charge du patient devra être physiquement présent lors de l'arrêt de la

ventilation artificielle.

### CELUI DES ASPECTS PRATIQUES DE SURVENUE DE L'ARRÊT CARDIAQUE LORS DE L'ARRÊT DE L'ASSISTANCE RESPIRATOIRE

L'expérience des pays étrangers montre que dans un certain nombre de cas, malgré l'arrêt de l'assistance respiratoire, l'arrêt cardiaque ne survient pas. Dans ces cas, le prélèvement d'organe ne peut être réalisé et on imagine le désarroi supplémentaire pour les proches et les équipes soignantes. On conçoit le rôle crucial de l'information pour anticiper et prévenir des situations potentiellement conflictuelles.

### CELUI DE L'INFORMATION DU PUBLIC

Cette condition de « mort programmée » est théoriquement identique à celle des décès survenant après arrêt thérapeutique en réanimation reconnue et acceptée par la loi Léonetti, avec une différence majeure : après un arrêt thérapeutique en réanimation, la mort est souvent attendue, mais son délai de survenue importe peu ; dans une procédure d'arrêt thérapeutique en vue de prélèvement d'organe sur donneur décédé, la mort est « espérée » dans un délai le plus court possible après l'arrêt de l'assistance respiratoire. Dans l'expérience des pays étrangers ayant cette pratique, l'entourage est prévenu de cette éventualité.

Au total, il est indispensable de bien analyser les enjeux éthiques posés par le prélèvement d'organe chez les donneurs décédés après arrêt thérapeutique « contrôlé » (catégorie de Maastricht III) avant d'envisager d'ajouter cette procédure aux possibilités actuelles de prélèvement d'organe. Si la réflexion stratégique s'orientait vers une acceptation de cette procédure, il serait indispensable d'avoir résolu le problème du conflit d'intérêt et d'avoir réalisé une information large du public et des personnels soignants.

ESPACE  
DE RÉFLEXION  
ÉTHIQUE

Ouverture : mardi et jeudi  
de 12h30 à 18h30

Ouverture : mardi et jeudi  
de 12h30 à 18h30

[www.espace-ethique-chu-poitiers.fr](http://www.espace-ethique-chu-poitiers.fr)  
[espace.ethique@chu-poitiers.fr](mailto:espace.ethique@chu-poitiers.fr)

Tél : (05 49 4) 4 22 22 (aux heures ouvrées)