



Les soins palliatifs. Éthique et déontologie

L'engagement du médecin et sa reconnaissance

Jacques Jaume



Le 1^{er} octobre 2002, le codage et la rétribution des visites de médecine générale ont été modifiés, de nouvelles cotations ont vu le jour.

Il existe dorénavant une visite codée VMD qui correspond à une visite médicalement justifiée dont la rétribution est scindée en deux parties : une pour l'acte et une pour le déplacement légitimé par l'état du patient.

Une liste de situations justifiant la visite médicale et sa cotation par le médecin a vu le jour. Les patients en soins palliatifs font partie de cette liste. Cette nouvelle donne est une première. Elle reconnaît l'état d'un patient pris en charge par le médecin en « soins palliatifs », c'est-à-dire l'accompagnement d'un malade chez qui tous les traitements curatifs ont été essayés, chez qui « tout ce qu'il était possible de faire (d'une manière curative) a été déjà fait ». Par cet état de fait, les soins palliatifs sont reconnus comme une activité médicale à part entière, ainsi que leurs actes médicaux. Le fait que cette reconnaissance soit conçue pour un acte au domicile, au chevet du mourant, entraînera certainement un développement de la possibilité des fins de vie à domicile, ce que tous les acteurs des soins palliatifs, professionnels ou non, ont toujours souhaité.

Le médecin traitant, avec cette reconnaissance administrative et financière, peut désormais être en adéquation parfaite dans son activité avec le nouveau code de déontologie médicale.

Depuis quelques années, l'Ordre national des médecins est sensible à l'engagement des médecins dans cette prise en charge difficile. Il a formulé dans son nouveau code de déontologie des paramètres éthiques et déontologiques visant à encourager et à reconnaître l'engagement des médecins. Il a édité une brochure : « Déontologie médicale et soins palliatifs. »

Tout médecin est intéressé et doit s'impliquer dans la déontologie de l'accompagnement en fin de vie. Le nouveau code de déontologie, par l'article 2, lui rappelle : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne.* »

Groupe de Travail Algologie - Soins Palliatifs, URML-LR, Montpellier.

Le médecin est le défenseur de la dignité de la personne.

Ce devoir nous oblige à une réflexion permanente, une remise en question qui, loin d'être ennuyeuse, est profitable, nécessaire à nos pratiques, d'autant plus que la mort, aboutissement d'une vie, passage qui nous attend tous, relève de l'acte médical. Pour qu'une mort existe, il faut que le médecin la constate et l'officialise par le certificat de décès. Cette responsabilité de l'acte de fin de vie doit être entourée de toute la dignité nécessaire pour le défunt, la famille, les soignants et le médecin.

Avant d'arriver à la finitude de la mort, le médecin accompagne le malade. L'article 20 du nouveau code de déontologie : « *Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* » insiste sur la prise en compte de la souffrance, de l'assistance morale. La souffrance que vit le mourant est plus étendue que sa douleur physique. C'est une personne qui va tout perdre, son corps, sa position, sa situation, son passé, son futur, les siens.

Le présent, pour lui, est la seule dimension, il n'a plus le droit à l'espoir du futur, la peur de l'au-delà accompagne tous ses moments. Cette ambiance génératrice d'un malaise permanent doit être minimisée dans la mesure du possible. Le médecin, par son art, doit s'y appliquer.

La douleur physique, même si elle n'est pas la totalité du problème, devra être soulagée. De multiples thérapeutiques sont à notre disposition, il faut les utiliser, ne pas faire perdre de chance au patient, faire tout ce qui est en notre pouvoir pour soulager la douleur.

D'autres symptômes peuvent rendre la fin d'une vie encore plus pénible : la soif, la faim, les odeurs, l'agitation, la suffocation... En les maîtrisant, le vécu devient plus acceptable. Cette approche globale de l'individu, de sa souffrance, de sa douleur rend ces moments moins dramatiques. L'assistance morale de la relation d'accompagnement peut se réaliser dans une certaine sérénité où le malade reste digne, sensible à l'entourage des siens, à ses derniers moments de vie.

Comme le médecin reste responsable de ses investigations et de sa thérapeutique, évitant toute obstination, il n'a pas le droit de proposer délibérément la mort.

Son action ne s'arrête pas avec celle-ci, il s'occupe du grand désarroi, du grand vide que vit la famille, les proches, les soignants. Il prend en compte le chagrin, la révolte, le désespoir luttant contre eux dans l'accompagnement des proches, bien après la mort du malade.

C'est pour ces raisons, et nous venons de voir que notre déontologie le souligne fortement, que les soins palliatifs ne doivent en aucun cas être considérés comme une fin, une démarche d'échec. Bien au contraire ils relèvent d'une continuité replaçant la vie au centre des préoccupations, son écoulement devenant alors plus harmonieux pour le malade, continuité qui doit perdurer dans la prise en charge de l'entourage après la mort du patient.

Par cette attitude, le médecin est en phase avec l'article 35 du nouveau code de déontologie : « *Le médecin ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers le malade. Il doit respecter la dignité de celui-ci.* » Ces deux « chapitres » récents dans l'histoire et l'évolution des soins palliatifs leur donnent une reconnaissance de discipline à part entière. Les actes et la présence du médecin au chevet de son patient en fin de vie peuvent ainsi trouver toute leur place et leur force. ■

RÉFÉRENCES

1. Guide d'exercice professionnel à l'usage des médecins. Masson, 1991, tome 1.
2. Jaume J. Soins palliatifs. Bulletin du Conseil Départemental des Médecins du Gard, n° 4, avril, 2003.
3. Jaume J. L'algologie. La médecine qui soigne la douleur. Editions Dervy, 2003.

Résumé

Depuis le 1^{er} octobre 2002, le médecin généraliste peut appliquer un nouveau codage (VDM) lorsqu'il effectue une visite à domicile pour le suivi d'un patient en soins palliatifs. Par cet état de fait, les

soins palliatifs sont donc reconnus comme une activité médicale à part entière, ainsi que leurs actes médicaux. Le médecin généraliste est désormais en adéquation parfaite avec le code de déontologie médicale dans son activité, notamment avec les articles 2, 20 et 35.

Mots-clés : soins palliatifs, reconnaissance, code de déontologie.

Summary: Palliative care. Ethics and deontology. The physician's engagement and acknowledgement

Victim of an infinitely painful condition 17th century authors called "gravel" (renal lithiasis), Montaigne relied on stoicism, and epicurism, in his lucid search for "well-suffering", leaving us some essential messages concerning pain:

- *struggling with pain is an art to practice in a half-stoic half-wise manner ;*

- *the problem is time, the chronicity of pain: "Anything for a sudden effort, nothing forever";*

- *psychic integrity, self-reliance, and self-dignity must be maintained: "Why worry if our arms are twisted, as long as our thoughts are straight ?*

- *pain arising from a benign cause is easier to bear.*

Montaigne also described the inefficacy of the remedies he tried, recalling to us the inestimable value of modern therapeutic progress, at least for physical pain... and for the citizens of this planet who are lucky enough to have access.

Key-words: "well-suffering", struggle, duration, psychic integrity, antalgics.

Tirés à part : J. JAUME,
4 bis, rue Molière,
30900 Nîmes.