



Pr S. HENNEBICQ



Pascal BOUVIER



Pr JE. BAZIN



Pr F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN  
Mme F. DOIRET



Pr P. VASSAL

**Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé**  
*« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »*

---

Année Universitaire 2023 - 2024

---

**LA CHIRURGIE DIGESTIVE URGENTE CHEZ LA  
PERSONNE AGE E FRAGILE.  
ENJEUX ETHIQUES ENTRE LA VOLONTE' D'EVITER  
UN GESTE CHIRURGICAL DISPROPORTIONNE' ET LE  
RISQUE DE PERTE DE CHANCE.**

**Irene MORRA**

Mémoire soutenu le 5 septembre 2024

Tuteurs :

Tuteur Académique : Professeur Philippe SALTEL – Grenoble

Tuteur Professionnel : Docteur Yohann DUBOIS – Grenoble



Pr S. HENNEBICQ



Pascal BOUVIER



Pr JE. BAZIN



Pr F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN  
Mme F. DOIRET



Pr P. VASSAL

**Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé**  
*« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »*

---

Année Universitaire 2023 - 2024

---

**LA CHIRURGIE DIGESTIVE URGENTE CHEZ LA  
PERSONNE AGEE FRAGILE.  
ENJEUX ETHIQUES ENTRE LA VOLONTE' D'EVITER  
UN GESTE CHIRURGICAL DISPROPORTIONNE' ET LE  
RISQUE DE PERTE DE CHANCE.**

**Irene MORRA**

Mémoire soutenu le 5 septembre 2024

Tuteurs :

Tuteur Académique : Professeur Philippe SALTEL – Grenoble

Tuteur Professionnel : Docteur Yohann DUBOIS – Grenoble

## **Remerciements**

A mes tuteurs : merci pour votre confiance, votre soutien et votre aide.

Aux corps enseignant du DIU : merci pour vos enseignements intéressants, passionnants et nourrissants. Merci aussi pour votre patience face aux nombreuses questions qu'on a pu vous poser pendant les cours !

Aux étudiants de la promotion 2023-2024 : merci pour votre présence, amitié et entraide. Merci pour les échanges intéressants qu'on a faites lors des pauses ou des repas en commun...

A mes collègues de travail : merci pour votre aide et votre soutien.

A Elisabeth et à Stefania : merci pour votre relecture attentive et vos conseils.

A ma famille et à mes amis : merci pour votre soutien, votre aide et votre compréhension.

*« Dès lors qu'est abandonnée l'idée d'être au principe des choses, des êtres ou de soi-même, l'importance du prévoir et de la planification se fait très relative, pour ne pas dire superflue. C'est une toute autre pratique, une toute autre éthique qui s'impose. Au lieu de voir, il convient mieux d'écouter ; au lieu de penser, il faut apprendre à sentir ; au lieu d'instituer, il faut s'assouplir pour accompagner ; au lieu de prendre, laisser ; au lieu de commander, seconder et au lieu de leader se faire assistant ; au lieu d'imposer, il faut intégrer ; au lieu de s'ériger, il faut diminuer ; au lieu de concevoir, il faut incorporer... Bref, [...] (c') est un monde à l'envers qui, de surcroît, nous prend à rebrousse-poil. »*

Alexis Lavis, *L'imprévu*

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>2. STRATEGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>6</b>
<b>3. SITUATION DU SUJET.....</b>	<b>6</b>
3.1. <b>Le connu.....</b>	<b>6</b>
3.1.1. La chirurgie d'urgence chez la personne âgée.....	6
3.1.2. La fragilité.....	9
3.1.3. Les outils d'évaluation.....	10
3.1.4. L'indication opératoire : nuances terminologiques.....	15
3.1.5. Le cadre juridique.....	17
3.2. <b>L'inconnu.....</b>	<b>20</b>
3.2.1. La carence d'informations dans la littérature.....	20
3.2.2. Il n'y a pas que la science qui guide une décision médicale.....	21
3.2.3. La question du temps limité.....	22
3.2.4. Décider avec le patient, à la place du patient ou pour le patient ?.....	23
3.3 <b>Question éthique posée.....</b>	<b>23</b>
<b>4. MATERIEL D'ETUDE ET METHODOLOGIE.....</b>	<b>23</b>
4.1. Matériel d'étude : exemple d'un cas clinique.....	23
4.2. Questionnements et inconforts dans la prise de décision.....	30
4.3. Méthodologie.....	31
<b>5. RESULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>31</b>
5.1. L'incertitude et l'imprévisibilité.....	32
5.2. La contingence et l'éthique de la décision.....	37
5.3. Les principes et les émotions.....	38
5.3.1. Bienfaisance, non malfaisance, balance bénéfices-risques et qualité de vie.....	41
5.3.2. Le respect de l'autonomie et le consentement aux soins.....	44
5.3.2.1. Les points faibles du respect de l'autonomie et du consentement.....	48
5.4 La responsabilité.....	55
<b>6. CONCLUSION.....</b>	<b>56</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUCTION

« *Surgical intervention has great potential for harm to the patient and routinely requires balancing the ethical principles of beneficence and nonmaleficence.* »<sup>1</sup>

« *L'homme est garant du respect de l'intégrité physique de tout humain, d'une non atteinte à son corps, comme à celui d'autrui.* »<sup>2</sup>.

### La chirurgie en urgence : il faut décider et faire vite, le temps est précieux...

Une des difficultés que je rencontre dans mon métier de chirurgien digestif est la prise de décision dans le cadre de l'urgence chirurgicale (hors trauma) chez les personnes âgées et fragiles.

Le temps pour prendre une décision et accompagner le patient au bloc opératoire est limité entre une et quelques heures pour les urgences les plus graves et 12-24 heures, parfois un peu plus, pour les urgences relatives.

En préopératoire j'ai toujours la possibilité d'échanger avec le patient et/ou son entourage pour connaître leurs attentes et prendre une décision partagée, mais le plus souvent leur réponse est : « Docteur, on vous fait confiance » ... Très rarement, les patients que je prends en charge dans ces situations ont rédigé des directives anticipées.

La discussion collégiale est plus facile la journée en semaine, mais la nuit et les week-ends, il m'arrive parfois de ne pouvoir discuter qu'avec l'anesthésiste-réanimateur, parfois de prendre la décision toute seule...

Dans certaines situations je me demande si la chirurgie est déraisonnable, compte tenu des antécédents chargés, de l'état très précaire du patient et du pronostic sombre : faut-il toujours opérer ? Quand est-ce de l'obstination déraisonnable ?

Parfois je me demande si le geste chirurgical considéré comme « le *gold standard* » n'est pas disproportionné par rapport à ce que le patient pourrait supporter en postopératoire : quelle est la meilleure prise en charge à proposer pour que le patient puisse survivre à la pathologie aiguë tout en respectant et préservant sa qualité de vie ?

Ma difficulté est donc d'évaluer la balance bénéfice-risque dans un court laps de temps avec une concertation limitée.

---

<sup>1</sup> Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. World J Surg. 2014 ; 38 (7) : 1631-37.

<sup>2</sup> Pic de la Mirandole, cité par Fleury C. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Éditions du Seuil ; 2023, p 17.

## 2. STRATEGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :

Pour la rédaction de ce travail, j'ai utilisé le moteur de recherche *PubMed* pour la littérature scientifique. J'ai croisé les mots-clés suivants: « *emergency surgery, abdominal surgery, frailty, multimorbidity, frailty scale, futility, geriatric surgery, shared decision making* ». J'ai consulté des articles en langue anglaise, française et italienne.

Pour les textes de la Loi et le Code de déontologie médicale, j'ai consulté le site de Légifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)) et le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)).

J'ai consulté le site internet du Comité consultatif national d'éthique ([www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)) et recherché les thématiques du consentement dans le soin, de l'autonomie, des personnes âgées et du vieillissement.

J'ai enfin utilisé les bases de données Cairn et *Google scholar* en cherchant les mots-clés suivants : rapport bénéfices-risques, care, vulnérabilité, fragilité, qualité de vie, obstination déraisonnable, dignité humaine, bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, décision partagée, consentement aux soins, assentiment, incertitude, contingence et responsabilité.

## 3. SITUATION DU SUJET

### 3.1 LE CONNU

#### 3.1.1 La chirurgie d'urgence chez la personne âgée.

Ce n'est pas qu'une question d'âge...

Le vieillissement progressif de la population dû à l'augmentation de l'espérance de vie, fait accroître année après année le nombre de patients gériatriques ayant besoin d'une chirurgie digestive programmée ou en urgence<sup>3-4</sup>.

Le groupe de patients âgés de plus de 65 ans constitue environ 55% des opérés en urgence d'une chirurgie abdominale, mais 75% de la mortalité<sup>5-6</sup>.

Les pathologies chirurgicales digestives prises en charge en urgence le plus souvent chez la personne âgée sont : les occlusions intestinales (tumoraux, sur bride-adhérences ou sur hernie

---

<sup>3</sup> Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015 ; 61 (3) : 437-42.

<sup>4</sup> Webinaire organisé par l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche Comté : « La pertinence de la chirurgie en urgence vitale chez la personne âgée : quels enjeux éthiques ? » <https://www.youtube.com/watch?v=v24pOyrmZII>

<sup>5</sup> Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 61 (3): 437-42.

<sup>6</sup> Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and Emergency Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Surgeon.* 2022; 20 (6): e307-14.

engouée ou étranglée), les appendicites, les complications des lithiases de la vésicule biliaire (cholécystite, lithiase du cholédoque, angiocholite), les ischémies digestives, les péritonites par perforation d'organe creux (sigmoïdite diverticulaire compliquée de perforation avec péritonite généralisée, perforation d'ulcère peptique, appendiculaire ou tumorale) et les fasciites nécrosantes-gangrènes de Fournier.

Les situations sont hétérogènes en termes de gravité, de morbi mortalité et nécessitent de gestes chirurgicaux qui sont plus ou moins lourds et plus ou moins urgents (de quelques heures à 24-48 heures). Tout geste chirurgical réalisé dans le cadre de l'urgence a une morbi-mortalité plus élevée qu'un geste programmé<sup>7</sup>.

Les patients âgés ont un risque plus élevé de morbi mortalité après chirurgie (aussi bien réglée qu'urgente), et ceci est dû à une combinaison des comorbidités et à un état physiologique altéré, diminué<sup>8</sup>. En cas de chirurgie d'urgence, le taux de morbi mortalité ainsi que la durée d'hospitalisation sont encore plus élevés<sup>9</sup>.

On estime que la mortalité postopératoire d'une péritonite est de 27 % en-dessous de 65 ans et passe à 38 % au-dessus de 65 ans, la mortalité d'une ischémie digestive est de 60%, elle atteint 75-90% chez les personnes âgées<sup>10</sup>.

La mortalité postopératoire après cholécystectomie pour cholécystite aiguë chez des patients âgés de plus de 70 ans est estimée à 2%<sup>11</sup>. La mortalité de la cholécystite non traitée est estimée à 65%<sup>12</sup>.

Ho *et al*<sup>13</sup> ont effectué une étude prospective de quatre ans concernant des personnes âgées de plus de 64 ans. Ils ont évalué des conditions à risque telles que :

- Les comorbidités et antécédents (par exemple : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire aigu, diabète, emphyseme, arthrite rhumatoïde, cancer).

---

<sup>7</sup> Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF *et al*. Heath Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery*. 2022; 172 (1): 446-52.

<sup>8</sup> Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. *Surgery*. 2023. 173 (2): 485-91.

<sup>9</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al*. The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res*. 2021 ; 33 (8) : 2191-2201.

<sup>10</sup> Webinaire organisé par l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche Comté : « La pertinence de la chirurgie en urgence vitale chez la personne âgée : quels enjeux éthiques ? » <https://www.youtube.com/watch?v=v24pOyrnZII>

<sup>11</sup> López Penza P., Ruso Martinez L. Analyse des résultats de la cholécystectomie laparoscopique d'urgence chez le patient âgé plus 70 ans. *J Chir Visc*. 2022 ; 159 (4) : S96.

<sup>12</sup> Édition professionnelle du Manuel MSD. « Cholécystite aiguë - Troubles hépatiques et biliaires ». <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-hépatiques-et-biliaires/pathologies-de-la-vésicule-et-des-canaux-biliaires/cholécystite-aiguë>. Consulté le 30 mai 2024.

<sup>13</sup> Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF *et al*. Heath Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery*. 2022 ; 172 (1) : 446-52.

- Les « paramètres de fonctionnalité » (17 items parmi lesquels par exemple : autonomie pour marcher, manger, faire sa toilette).
- Les « paramètres de santé » : conditions souvent liées à l'âge (par exemple : troubles de la vision, de l'audition, état dépressif, troubles mnésiques, troubles de la déglutition) non incluses dans le premier et deuxième point.

Ils ont constaté deux choses.

1. Les patients qui, dans la période de suivi, avaient eu besoin d'une prise en charge urgente pour une pathologie abdominale chirurgicale, avaient des conditions à risque plus nombreuses que le groupe général.

Ils expliquent cette différence par le lien possiblement existant entre urgences chirurgicales et certaines conditions médicales (par exemple arythmie cardiaque et ischémie digestive), mais surtout par le fait que les patients en meilleure condition générale de base ont plus de chances d'être pris en charge de façon réglée et éviter ainsi une complication urgente de la pathologie sous-jacente (par exemple : intervention de cholécystectomie coelioscopique après des crises de colique hépatique non compliquée, ce qui prévient le risque de la cholécystite aiguë ou intervention de cure de hernie inguinale symptomatique, qui prévient le risque d'étranglement herniaire).

2. Les paramètres de fonctionnalité et de santé influent sur le pronostic et le type de prise en charge en urgence (opératoire ou non opératoire) plus que les antécédents et les comorbidités.

Dans l'article les auteurs affirment que se focaliser trop sur les comorbidités comporte la sous-estimation d'autres facteurs qui ne rentrent pas dans les diagnostics traditionnels, comme par exemple le déclin fonctionnel ou cognitif, et ceci peut biaiser l'évaluation de l'état général du patient et de ses réserves fonctionnelles.

Ces facteurs sont inclus dans le concept de « vulnérabilité », qui « désigne la potentialité d'un risque qu'encourt une personne si une situation à laquelle elle pourrait être exposée se produisait. [...] On est vulnérable face à un risque potentiel »<sup>14</sup>.

Quand « la situation se produit », dans le cas du présent travail de mémoire la pathologie chirurgicale aiguë, on passe d'une condition en puissance (la vulnérabilité) à un état de fait : la fragilité.

Dans la littérature chirurgicale Anglo-saxonne le terme le plus souvent utilisé est « *frailty* », que j'ai traduit par « fragilité » mais qui est utilisé souvent indifféremment dans les articles pour

---

<sup>14</sup> Avis n° 128 du CCNE. « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? ». 2018, p. 35.

parler de la vulnérabilité et de la fragilité telles que je viens de les définir. Fragilité est le terme que j'utiliserai le plus souvent dans ce travail.

### 3.1.2 La fragilité.

#### Il n'y a pas que les antécédents, les comorbidités et la pathologie aiguë.

La fragilité est un syndrome multifactoriel, caractérisé par la diminution de la force et de la résistance. La diminution des capacités physiologiques augmente la prédisposition à la dépendance et la mortalité. Il y a un déclin progressif avec perte de capacité adaptative aux stress (comme ceux dus à une maladie aiguë ou à une chirurgie) et une capacité de récupération diminuée<sup>15\_16\_17</sup>.

Cette condition dépend d'une insuffisance multi systémique avec perturbations métaboliques et déséquilibre de plusieurs médiateurs de l'inflammation. On retrouve un état inflammatoire chronique (appelé *InflammAging*), ainsi qu'un déficit immunitaire et un état hormonal altéré<sup>18</sup>. Les perturbations métaboliques comportent, entre autres, une dénutrition.

Il en résulte un ensemble de phénomènes physiopathologiques (sarcopénie, ostéoporose, déclin fonctionnel et incapacité fonctionnelle) qui augmentent la dépendance et diminuent les réserves fonctionnelles<sup>19</sup>.

La fragilité n'est pas liée uniquement à l'âge<sup>20</sup>, mais tend à être plus fréquente dans la population âgée. On reporte que 10% des personnes de plus de 65 ans et 40% des plus de 80 ans sont atteintes de fragilité. Elle est plus fréquente chez les femmes<sup>21</sup>.

La prévalence de la fragilité dans les patients âgés de plus de 65 ans opérés d'une urgence chirurgicale abdominale varie entre 20%<sup>22</sup> et 30.8%<sup>23</sup>.

La fragilité dans ce groupe de patients est un facteur prédictif de morbidité, mortalité, augmentation de la durée d'hospitalisation et perte d'autonomie<sup>24</sup>.

---

<sup>15</sup> Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and Emergency Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Surgeon*. 2022; 20 (6): e307-14.

<sup>16</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>17</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al*. The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res*. 2021; 33 (8): 2191-2201.

<sup>18</sup> *Ibid*.

<sup>19</sup> *Ibid*.

<sup>20</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>21</sup> Ronchi S, Racaniello E, Accardi R. Frailty syndrome: tra geriatria e chirurgia. Una revisione della letteratura. *IJN*. 2019; 31: 31-41. [IJN\\_31\\_2019\\_Frailty\\_syndrome1.pdf \(italianjournalofnursing.it\)](#)

<sup>22</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>23</sup> Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and Emergency Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Surgeon*. 2022; 20 (6): e307-14.

Kennedy, dans une revue de la littérature, rapporte une mortalité postopératoire globale à 30 jours de 15.68% chez les patients âgés de plus de 65 ans, et de 24.7% dans le groupe de patients fragiles (cette différence est statistiquement significative,  $p < 0.05$ )<sup>25</sup>.

Parmar reporte une mortalité postopératoire globale (patients opérés uniquement par laparotomie) à 90 jours de 19.5% : la mortalité augmente progressivement avec la fragilité des patients<sup>26</sup>.

Parmi les patients âgés fragiles qui survivent à la chirurgie abdominale urgente, le taux de mortalité dans l'année suivante est de 12%. Plus de 10% des patients qui étaient à domicile avant la chirurgie urgente, sont transférés de façon permanente dans une structure de séjour pour personnes dépendantes<sup>27</sup>.

Même si les complications postopératoires sont plus élevées dans le groupe de chirurgie à haut risque (colectomie, résection de l'intestin grêle), la fragilité comporte une augmentation du risque postopératoire même pour les chirurgies considérées à bas risque (cholécystectomie, appendicectomie)<sup>28</sup>.

Comment peut-on se rendre compte de la fragilité du patient et estimer le poids que celle-ci peut avoir dans le contexte de la chirurgie digestive urgente ?

### **3.1.3 Les outils d'évaluation.**

#### Les « scores » ou index de fragilité et les protocoles décisionnels :

Dans le cadre de la chirurgie réglée, on a le temps de préparer tout patient à affronter de la meilleure manière possible son intervention. Les programmes de pré habilitation visent à améliorer la réserve physiologique des patients de tous les âges, fragiles ou non fragiles, qui doivent subir une chirurgie lourde ou carcinologique, comme par exemple le programme de Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>27</sup> Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF et al. Health Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery*. 2022; 172 (1): 446-52.

<sup>28</sup> Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. *Surgery*. 2023. 173 (2) : 485-91.

<sup>29</sup> HAS : Synthèse du rapport d'orientation Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) Juin 2016. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese\\_raac\\_2016-09-01\\_15-49-32\\_230.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf)

Une récente méta analyse a énuméré au moins 35 outils d'évaluation pour mesurer l'état de fragilité<sup>30</sup>.

En ce qui concerne la chirurgie digestive réglée, il est prouvé qu'une évaluation préopératoire pluridisciplinaire des patients âgés améliore leurs suites postopératoires<sup>31</sup>. Cette évaluation permet de détecter la ou les fragilités et de mettre en œuvre des mesures (re nutrition, kinésithérapie respiratoire et motrice, re évaluation et adaptation du traitement personnel) qui permettent d'optimiser les réserves fonctionnelles, d'améliorer le taux de survie et préserver au maximum l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie postopératoire<sup>32-33</sup>.

Aussi dans le cadre de l'urgence il apparait de plus en plus important d'avoir une estimation de la fragilité du patient, même si pour le moment la précision diagnostique de ces instruments de *screening* dans ce contexte reste encore assez méconnue<sup>34-35</sup>.

Cette évaluation semble importante même si on n'a pas le temps de « préparer » le patient à la chirurgie, elle a une valeur principalement pronostique et rarement elle est utilisée comme outil de décision préopératoire<sup>36-37</sup>.

La fragilité est sous-estimée quand on n'utilise pas de score et que l'on se fie uniquement à l'impression clinique<sup>38</sup>.

La précision de ces outils d'évaluation est variable en fonction de la spécialité dans laquelle ils sont utilisés (orthopédie, chirurgie digestive, etc.). Nombreux de ces tests sont chronophages,

---

<sup>30</sup> Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF et al. Health Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery*. 2022 ; 172 (1): 446-52.

<sup>31</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al.* The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res*. 2021; 33 (8): 2191-2201.

<sup>32</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>33</sup> McIsaac DI., Hladkowitz E, Bryson GL, Forster AJ, Gagne S, Huang A *et al.* Home-Based Prehabilitation with Exercise to Improve Postoperative Recovery for Older Adults with Frailty Having Cancer Surgery: The PREHAB Randomised Clinical Trial. *Br J Anaesth*. 2022; 129 (1): 41-48.

<sup>34</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al.* The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res*. 2021 ; 33 (8): 2191-2201.

<sup>35</sup> Ronchi S, Racaniello E, Accardi R. Frailty syndrome: tra geriatria e chirurgia. Una revisione della letteratura. *IJN*. 2019; 31: 31-41. [IJN\\_31\\_2019\\_Frailty\\_syndrome1.pdf \(italianjournalofnursing.it\)](https://www.ijournalofnursing.it)

<sup>36</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>37</sup> Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. *Surgery*. 2023. 173 (2): 485-91.

<sup>38</sup> *Ibid.*

avec plusieurs items à remplir, et sont difficiles à utiliser au lit du patient dans un contexte d'urgence par des non spécialistes en gériatrie<sup>39-40</sup>.

Les autres facteurs qui peuvent influencer négativement la précision et la fiabilité de ces scores dans le cadre de l'urgence sont les altérations cliniques et biologiques liées à la pathologie aiguë en cours<sup>41</sup>, la présence d'un déficit cognitif préexistant ou une altération de l'état de vigilance dû à la pathologie aiguë : en l'absence d'une personne de l'entourage, les réponses du patient risquent de ne pas être fiables<sup>42</sup>.

On dispose de différents scores un peu plus « maniables » et rapides, mieux adaptés à l'urgence. Kenig *et al.* ont comparé six différents scores pour une évaluation des patients âgés nécessitant une chirurgie abdominale urgente<sup>43</sup>. Il s'agit d'évaluations relativement rapides et qui ne demandent pas une préparation spécifique en amont du praticien, et peuvent donc être facilement utilisées par le chirurgien de garde. Dans cette étude, parmi les scores évalués, le VES-13<sup>44-45</sup> est celui qui a les meilleures sensibilité et valeur prédictive négative pour prédire la mortalité et la morbidité postopératoire. Un autre outil avec une bonne sensibilité et valeur prédictive négative est le score *Oncodage G8*<sup>46</sup>, initialement destiné à la prise en charge des patients oncologiques. L'outil VES-13 prend en compte l'âge, l'autonomie motrice, l'auto évaluation de la part du patient de son propre état général, mais ne prend pas en compte les comorbidités, la polymédication, la dénutrition et l'état cognitif. L'outil G8 prend en compte les mêmes paramètres que le VES-13 et en plus la polymédication, la dénutrition (*Body mass index*, BMI), l'état cognitif et l'état dépressif.

---

<sup>39</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al.* The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res.* 2021; 33 (8): 2191-2201.

<sup>40</sup> Costa G, Massa G, et ERASO (Elderly Risk Assessment for Surgical Outcome) Collaborative Study Group. Frailty and Emergency Surgery in the Elderly: Protocol of a Prospective, Multicenter Study in Italy for Evaluating Perioperative Outcome (The FRAILESEL Study). *Updates Surg.* 2018; 70 (1): 97-104.

<sup>41</sup> Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015 ; 61 (3) : 437-42.

<sup>42</sup> Evaluation gériatrique standardisée en oncologie. *Oncologik.* <http://oncologik.fr/referentiels/dsrc/evaluation-geriatrique-standardisee-en-oncologie>. Consulté le 07/07/2024.

<sup>43</sup> Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 61 (3): 437-42.

<sup>44</sup> [https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/projects/acove/docs/acove\\_ves13.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/projects/acove/docs/acove_ves13.pdf)

<sup>45</sup> Belmin J, Khellaf L, Paniel S, Jarzebowski W, Valembois L, John Zeisel J *et al.* Validation of the French version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *BMC Med Res Methodol.* 2020; 20 (5): 21.

<sup>46</sup> <https://ressources-aura.fr/questionnaire-g8/>

L'état nutritionnel du patient est particulièrement important : 88.6% des patients décédés en postopératoire dans le travail de Kenig *et al.*<sup>47</sup> étaient dénutris : dans ce même article, le taux d'albuminémie (mais pas le BMI) était un facteur prédictif de mortalité postopératoire.

Un outil d'évaluation destiné spécifiquement à la chirurgie d'urgence est le EmSFI (*Emergency Surgery Frailty Index*)<sup>48</sup>.

Il s'agit d'un outil qui n'évalue pas uniquement la fragilité, mais aussi les comorbidités, l'état global du patient et le Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS).<sup>49</sup>

Ce score est assez précis pour prévoir la mortalité postopératoire, il perd en performance pour prédire la morbidité et pour le moment il n'a pas été comparé aux autres scores utilisés plus fréquemment.

De Blasio *et al.*<sup>50</sup> ont publié un document décisionnel, issu d'une conférence de consensus, défini « méthode en deux étapes » qui peut aider le chirurgien dans la prise en charge des patients âgés fragiles atteints d'une pathologie chirurgicale urgente. Ce protocole n'utilise pas les *scores* de fragilité dont j'ai parlé ci-dessus.

Première étape : le chirurgien :

- Calcule au lit du malade le *Palliative Performance Scale* (PPS)<sup>51</sup>
- Recherche les critères cliniques généraux suivants :
  - Plus d'une hospitalisation dans les derniers 12 mois
  - Résident en EPHAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
  - En attente d'admission en EPHAD
  - Soins palliatifs à domicile
  - Dialyse

---

<sup>47</sup> Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 61 (3): 437-42.

<sup>48</sup> Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al.* The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res.* 2021 ; 33 (8) : 2191-2201.

<sup>49</sup>Le S.R.I.S. Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique : réponse inflammatoire systémique à certaines agressions cliniques graves. <http://medicalcul.free.fr/sris.html>

<sup>50</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>51</sup>[https://www.ciiss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciiss\\_lanaudiere/Professionnels/Soins\\_fin\\_de\\_vie/Echelle\\_performance\\_soins\\_palliatifs.pdf](https://www.ciiss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciiss_lanaudiere/Professionnels/Soins_fin_de_vie/Echelle_performance_soins_palliatifs.pdf)

- Oxygénothérapie à domicile
- Ventilation mécanique non invasive

### Deuxième étape :

Si le PPS a un score < 50% et au moins un critère clinique général est présent, le chirurgien appelle l'anesthésiste-réanimateur pour procéder à une évaluation collégiale, à laquelle peuvent participer d'autres spécialistes si présents ou joignables (urgentiste, gériatre, médecin généraliste, néphrologue, oncologue, pneumologue...).

Cette évaluation collégiale évalue si le patient peut bénéficier du traitement standard pour la pathologie aiguë, peut bénéficier d'une chirurgie palliative ou de soins curatifs ou palliatifs sans chirurgie.

Ce document est une aide à la réflexion et à la décision, mais les auteurs affirment :

*« Le parcours de soins ne peut pas être déduit automatiquement par un algorithme ou une valeur numérique ou des scores pronostiques, mais doit être basé sur une évaluation clinique approfondie et personnalisée, en adéquation avec les convictions, attentes et exigences individuelles de chaque patient. [...] Il ne s'agit donc pas uniquement de décider de traiter ou ne pas traiter, mais aussi de quel niveau d'intensité de soin on peut atteindre. Il est possible, par exemple, de décider de réaliser une intervention mais de s'abstenir d'ultérieurs traitements invasifs en cas de complications postopératoires (ventilation mécanique, trachéotomie, hémodialyse etc.) ».*<sup>52</sup>

L'évaluation de la fragilité en préopératoire peut donc aider à une meilleure prise de décision et une meilleure prise en charge, mais elle ne sera pas le seul facteur à considérer<sup>53-54</sup> :

- On peut un peu plus facilement prévoir quand la chirurgie est déraisonnable et quels sont les possibles risques postopératoires : on a une meilleure capacité d'expliquer au patient et à son entourage les risques de la procédure et les bénéfices attendus en termes de survie et de qualité de vie. Cela peut donc aider à la prise de décision aussi bien l'équipe médicale que le patient.
- On peut adapter la prise en charge postopératoire.
- On peut anticiper l'éventuelle sortie du service de chirurgie en faisant déjà des demandes de SSR (Soins de suite et réhabilitation).

Comment se déroule le processus décisionnel au lit du malade ?

<sup>52</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>53</sup> Ronchi S, Racaniello E, Accardi R. Frailty syndrome: tra geriatria e chirurgia. Una revisione della letteratura. IJN. 2019; 31: 31-41. [IJN\\_31\\_2019\\_Frailty\\_syndrome1.pdf \(italianjournalofnursing.it\)](#)

<sup>54</sup> Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. Surgery. 2023. 173 (2): 485-91.

### 3.1.4 L'indication opératoire : nuances terminologiques.

Le but principal de la chirurgie digestive d'urgence, dans la population globale, est d'éviter le décès du patient et de diminuer au maximum les complications qui altèrent sa vie<sup>55</sup>.

Est-ce que le même principe doit toujours s'appliquer à la population des patients âgés fragiles ?

De Blasio *et al.* affirment :

*« De plus en plus souvent des patients âgés, fragiles et avec capacité fonctionnelle réduite, subissent des traitements invasifs, sans que l'individu dans sa globalité soit pris en compte, sans considérer les bénéfices attendus, les risques et la qualité de vie résiduelle offerte, avec le résultat paradoxal de laisser en vie le sujet, mais avec une telle détérioration fonctionnelle que, après tout, cela ne se différencie pas d'une prolongation du processus de mourir [...]. Est-ce que la simple survie doit-elle être considérée comme le seul et principal but de la prise en charge dans ce groupe de patients, sans tenir compte par exemple de la qualité de vie après les traitements ? »<sup>56</sup>*

Quand un chirurgien doit décider d'opérer (ou pas) un patient, en urgence comme en programmé :

- En premier lieu il doit considérer si du point de vue technique c'est faisable : on parle d'opérabilité et de non-opérabilité.

Pour le chirurgien, le concept d'opérabilité est lié aux possibilités techniques d'effectuer un geste chirurgical efficace (exemple : grosse tumeur du rectum qui envahit le bassin. Il n'y a pas de bénéfice à faire une exérèse si on laisse du tissu cancéreux en place). La décision ne peut pas être uniquement basée sur les possibilités de réussite technique de la chirurgie : souvent ce sont les comorbidités qui conditionnent le pronostic. Si l'intervention est techniquement faisable, l'anesthésiste va juger, en tenant compte de l'état général, de la fragilité et des comorbidités, si le patient a des réserves fonctionnelles suffisantes qui lui permettent de supporter l'anesthésie générale, le réveil et le postopératoire immédiat<sup>57</sup>.

- Puis, si le patient est opérable du point de vue chirurgical et anesthésique, on doit considérer si et quelle intervention est indiquée, adaptée :

Le chirurgien décide quelle intervention est la plus ajustée à chaque contexte s'appuyant sur les *guidelines* et sur ses compétences techniques (exemple d'une occlusion colique tumorale : stomie de proche amont ? Exérèse de la tumeur avec ou sans rétablissement de la continuité digestive ? Exemple d'une cholécystite sévère : cholécystectomie totale ou

---

<sup>55</sup> Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. *BMJ*. 2017; 7 (10): 1-4.

<sup>56</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>57</sup> *Ibid.*

partielle ?). Cette décision peut être prise en préopératoire ou en peropératoire, en fonction du contexte.

- Ensuite l'équipe doit considérer si c'est médicalement et chirurgicalement approprié ou inapproprié dans un contexte donné de proposer une telle prise en charge. « Est-ce que parce que c'est techniquement faisable et indiqué, qu'on doit le faire ? ».

Parfois le patient est opérable du point de vue chirurgical et anesthésique, le geste chirurgical envisagé est indiqué mais il peut sembler trop lourd à supporter ou avec des bénéfices attendus limités : les coûts que le patient doit payer en termes de souffrance physique et ou psychologique peuvent être trop importants. On peut opter et proposer éventuellement une stratégie conservative non chirurgicale<sup>58</sup>.

Dans la littérature Anglo-saxonne on retrouve le concept de « *futility* » (futilité). Ce concept se réfère à une intervention cliniquement inappropriée et éthiquement disproportionnée, mais rapporte le seul point de vue du praticien et donc correspond seulement partiellement au concept d'obstination déraisonnable qu'on retrouve en France dans la littérature et dans les textes de Loi et qu'on verra après.

Les interventions qui n'apportent pas de bénéfice au patient (récupération d'une fonction, amélioration de la qualité de vie ou palliation de symptômes) sont considérées futiles même quand elles peuvent avoir un effet mesurable (exemple : prolongation ou maintien de la vie)<sup>59</sup>.

Pour arriver à la conclusion qu'un acte est futile, le praticien doit disposer d'une évidence clinique forte et, en l'absence de celle-ci, doit s'appuyer sur sa propre expérience et son jugement<sup>60</sup>.

Dans son article, Grossmann<sup>61</sup> affirme que le concept de futilité est souvent d'utilisation malheureuse et peut compromettre la relation médecin-patient (et entourage).

*« L'utilisation de ce terme peut être perçue comme un moyen d'augmenter le pouvoir du praticien sur le patient ». Il rajoute que « le fait qu'un praticien déclare qu'une intervention est futile, risque d'avoir pour conséquence que le patient et son entourage ne se sentent pas ou plus participants de la décision, en plus, en entendant ce mot, ils peuvent avoir l'impression d'être abandonnés. »*

---

<sup>58</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>59</sup> Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. *World J Surg* 2014; 38 (7): 1631-37.

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> Grossman E, Angelos P. Futility: What Cool Hand Luke Can Teach the Surgical Community. *World J Surg* 2009; 33 (7): 1338-40.

Il invite les praticiens à prendre le temps de comprendre les souhaits du patient et à faire des efforts pour que le patient et son entourage puissent avoir des attentes réalistes sur la pathologie et le pronostic.

Il conclut en disant que « *il y a de plus en plus d'évidence que l'utilisation du terme futilité médicale devrait être considéré lui-même futile* » et que, à la place, on devrait utiliser le concept de chirurgicalement inapproprié<sup>62</sup>.

- On arrive ainsi au concept de soin proportionné ou disproportionné, qui relève du point de vue médical (pour ne pas faire courir au patient des risques plus élevés que les bénéfiques) mais surtout du point de vue du patient, et est lié à ses valeurs, sa culture, son vécu et doit absolument être respecté<sup>63</sup>.

*“L'évaluation des bénéfices se concentre sur l'idée subjective du patient de ce qui est bon pour lui et de la manière dont un traitement l'aide à atteindre ses objectifs de vie et est donc mieux déterminée par le patient.”*<sup>64</sup>

Pour aboutir à la prise en charge la plus ajustée, il est nécessaire d'allier les connaissances théoriques et techniques de l'équipe soignante (ce qui est approprié ou non approprié) avec la volonté, les valeurs et le vécu du patient (ce qui est proportionné ou disproportionné).

Pour que le patient (ou sa personne de confiance) puisse prendre la meilleure décision concernant sa santé, il faut qu'il soit dûment informé (« *information loyale, claire et appropriée* »)<sup>65</sup> sur son état de santé, son pronostic, les risques liés à la-les pathologie(s) en cours, les alternatives de prise en charge et les conséquences d'un refus du traitement.

Quels sont les instruments que la Loi française met à disposition du « couple » soignant - patient pour arriver à la prise en charge la plus ajustée dans l'intérêt de ce dernier et pour que le « savoir technique » ne prenne pas toute la place dans la décision ?

### **3.1.5 Le cadre juridique :**

Pour évaluer si le traitement proposé correspond à ses attentes et à sa vision, le patient a le droit d'être dûment informé, et le praticien le devoir de l'informer.

---

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC “Strategie perioperatorie: presa a carico dell’anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta”. SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>64</sup> Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. *World J Surg.* 2014 ; 38 (7) : 1631-37.

<sup>65</sup> Article 35 du Code de Déontologie Médicale : « Information du patient ». <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>

- Le consentement éclairé<sup>66</sup> :

*« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

*Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

*Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. [...].*

*Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance [...] ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée [...] et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance [...] ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. [...] ».*

Le patient a le droit d'être accompagné dans sa prise de décision par une personne de confiance, qui a aussi le rôle d'exprimer les souhaits du patient, si ce dernier n'est plus en mesure de le faire par soi-même.

- La personne de confiance<sup>67</sup> :

*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance [...] qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.*

*Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. »*

Le patient a la possibilité d'exprimer à l'avance sa volonté concernant la prise en charge de sa propre fin de vie :

---

<sup>66</sup> Art. L. 1111-4 du Code de la santé publique, CSP.

<sup>67</sup> Art. L. 1111-6 du CSP.

- Les directives anticipées<sup>68</sup> :

Expriment « *La volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer. Le modèle permet à la personne d'exprimer sa volonté selon l'un ou l'autre des cas suivants :*

*a) Dans le cas où elle est en fin de vie ou se sait atteinte d'une affection grave, la personne exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et sur la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux, notamment ceux entrepris dans le cadre de son affection*

*b) Dans le cas où elle ne pense pas être atteinte d'une affection grave, elle exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux dans l'hypothèse où elle serait victime d'un accident grave ou atteinte par une affection grave. »*

Les directives anticipées s'imposent au médecin, elles sont contraignantes, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Il faut une décision collégiale pour le non-respect<sup>69</sup>.

- Le concept d'obstination<sup>70</sup> :

*« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.*

*Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie. [...]*

*Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. [...] »*

L'inutilité et le maintien artificiel de la vie correspondent aux concepts vus dans le paragraphe précédent : non opérabilité, acte non indiqué ou non approprié.

Le concept de disproportionné relève d'une estimation de la balance bénéfices-risques et de la qualité de vie, de la part de l'équipe soignante et du patient.

---

<sup>68</sup> Art. R1111-18 du CSP.

<sup>69</sup> Veber B. Limitations thérapeutiques en médecine périopératoire. *Anest Reanim.* 2018; 4: 486-491.

<sup>70</sup> Art. L1110-5 du CSP.



littérature ne permettent pas d'apprécier de façon précise les risques du traitement chirurgical comparé à une alternative de traitement médical (antibiotique seul ou avec drainage radiologique de la vésicule biliaire) dans ce groupe particulier de patients<sup>78</sup>.

De Blasio *et al.* affirment que à ce jour, la littérature spécialisée n'a pas encore d'évidence suffisante pour émettre des recommandations fiables pour guider le binôme chirurgien-anesthésiste sur la conduite à tenir dans le cadre d'une urgence digestive chez un patient âgé avec une ou plusieurs pathologies chroniques et/ou dégénératives. On ne dispose pas non plus de référentiels pour établir si une intervention est inappropriée<sup>79</sup>.

La connaissance de ces données permettrait à l'équipe médico chirurgicale de mieux expliquer aux patients et à leur entourage les enjeux en cours<sup>80</sup> et aux patients de pouvoir prendre une décision qui soit vraiment éclairée.

On peut donc parfois se retrouver dans le domaine de l'incertitude, qui « *survient lorsqu'il n'existe pas suffisamment d'information permettant de prédire le pronostic ou le résultat au décours d'une intervention* »<sup>81</sup>.

Comment le médecin peut fournir « [...] à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »<sup>82</sup> et proposer la meilleure prise en charge possible, tout en sachant qu'il y a une part d'incertitude ?

### **3.2.2 Il n'y a pas que la science qui guide une décision médicale.**

Quelles sont les limites de ce qui est approprié et inapproprié du point de vue médico chirurgical ?

Les interventions qui n'apportent pas de bénéfice au patient sont considérées inutiles, mais les situations où il y a unanimité au sein d'une équipe sur le fait qu'une intervention soit vraiment inappropriée sont relativement rares.

Le problème est que on réfléchit en termes de probabilités de succès ou d'insuccès : où est le seuil ? « *Certains praticiens peuvent considérer qu'une probabilité de succès de 1 sur 100 n'est*

---

<sup>78</sup> Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. *Surgery*. 2023. 173 (2): 485-91.

<sup>79</sup> De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC "Strategie perioperatorie: presa a carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta". SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

<sup>80</sup> Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF *et al.* Health Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery*. 2022 ; 172 (1) : 446-52.

<sup>81</sup> Belhomme N, Jegou P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Med Interne*. 2019; 40 (6): 361-67.

<sup>82</sup> Art. R.4127-35 du CSP.

*pas suffisante pour proposer une intervention, pour d'autres la limite est 1 sur 1000. Il n'y a pas de seuil fixe : la décision doit être prise au cas par cas. »<sup>83</sup>*

Il y a un certain degré de subjectivité dans la prise de décision.

Plus la situation est difficile, complexe et « délicate », plus il y a des chances que les *guidelines* ou les protocoles ne soient pas adaptés au cas particulier, plus le degré d'appréciation individuelle et personnelle augmente.

On est ici dans le domaine de la contingence. « *Une décision est contingente lorsqu'il apparaît que l'on aurait pu prendre la décision inverse sans avoir moins de justifications à avancer. [...]* (Il y a une) *part insurmontable de contingence qui affecte une décision médicale.* »<sup>84</sup>.

### **3.2.3 La question du temps limité.**

#### Décider vite pour agir vite.

Le contexte de l'urgence raccourcit la réflexion, la pondération et l'échange, aussi bien pour les praticiens que pour les patients.

En ce qui concerne les praticiens, parfois on peut avoir des informations limitées concernant les antécédents et les traitements personnels du patient. Parfois la concertation entre spécialistes est limitée en durée et parfois aussi en nombre de participants : les nuits, les Week ends et les jours fériés souvent la discussion a lieu uniquement entre le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur.

En urgence, il peut aussi arriver que les conditions pour délivrer les informations au patient ne soient pas optimales. La consultation a lieu le plus souvent dans le Service des Urgences, où la discrétion est parfois mise à mal. Le lieu peut être bruyant, plus ou moins chaotique, la consultation interrompue par des appels ou le va et vient du personnel.

Le problème pour le patient est qu'on lui demande d'assimiler rapidement les informations vitales reçues. Souvent les patients âgés peuvent avoir des troubles de l'audition ou un ralentissement psychomoteur qui peuvent rendre plus difficile la compréhension, l'intégration, l'élaboration des informations reçues et la prise de décision pondérée en fonction de leur subjectivité<sup>85</sup>.

La volonté du patient est au centre du processus de décision mais est ce que les conditions sont toujours réunies pour que la décision soit prise de façon libre et éclairée ?

---

<sup>83</sup> Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. World J Surg. 2014 ; 38 (7) : 1631-37.

<sup>84</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p 47.

<sup>85</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021.

### **3.2.4 Décider avec le patient, à la place du patient ou pour le patient ?**

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique établit que « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

Comment respecter l'autonomie du patient dans des situations de grande vulnérabilité et dans l'urgence, quand il n'est pas en capacité d'exprimer ses souhaits, n'a pas rédigé des directives anticipées et n'a pas exprimé ses convictions sur l'obstination déraisonnable à sa personne de confiance ou le cas échéant à son entourage ?

Quand le patient me dit « Docteur je vous fais confiance », comment est-ce que je peux juger de sa qualité de vie présente et future ? Comment est-ce que je peux respecter au mieux sa dignité ?

### **3.3 QUESTION ETHIQUE POSEE :**

Dans le cadre de la chirurgie digestive urgente chez la personne âgée fragile, quels sont les enjeux éthiques de la décision thérapeutique, entre la volonté d'éviter un geste chirurgical disproportionné et le risque de perte de chance ? Dans un contexte d'incertitude et de contingence, comment est-ce que je peux prendre avec ou pour le patient (quand il ou son entourage me le demandent expressément ou quand la situation d'extrême urgence le rend nécessaire) la meilleure décision le concernant, en prenant en compte la balance bénéfice-risque, sa qualité de vie et le respect de sa dignité ?

## **4. MATERIEL D'ETUDE ET METHODOLOGIE**

### **3.1 MATERIEL D'ETUDE : EXEMPLE D'UN CAS CLINIQUE**

Quand la décision est difficile et le cas sort des « sentiers battus » : Monsieur C.

La situation clinique que je vais décrire constitue le point de départ de ma réflexion sur les difficultés de prise de décision dans le cadre de l'urgence chirurgicale chez le patient âgé et fragile.

J'ai rencontré Monsieur C, âgé de 93 ans, dans le Service des Urgences de la Clinique dans laquelle je travaille. C'était un soir, les Urgences étaient pleines, le patient était installé sur un brancard, dans le couloir principal. Il n'y avait pas de box libre, il y avait un va et vient d'infirmières, de médecins et de pompiers amenant des nouveaux patients. D'autres malades étaient installés, comme Monsieur C., dans le couloir, assis sur des chaises ou couchés sur des brancards.

Monsieur C. avait été adressé aux Urgences par l'EPHAD dans lequel il résidait depuis environ une année. Il se plaignait de douleurs abdominales du flanc et de la fosse iliaque droite et il avait de la fièvre. Il avait consulté dans un autre établissement, environ 2 semaines auparavant, pour le même tableau : il était rentré en EPHAD avec une prescription d'antibiotiques.

Monsieur C. était très dépendant pour les activités de la vie quotidienne, classé GIR 2 (Groupe iso-ressources)<sup>86</sup>. Depuis au moins 5 mois il se déplaçait uniquement avec aide, il ne pouvait plus descendre seul de son lit, il avait besoin d'une aide à la toilette. Il arrivait encore à manger tout seul.

Parmi ses antécédents médicaux figuraient un diabète de type 2, une dyslipidémie, une hypertension artérielle, une cardiopathie ischémique stentée, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une insuffisance rénale chronique modérée, un cancer du rein traité par chirurgie et chimiothérapie (stoppée, la situation oncologique était stable), une insuffisance surrénalienne et une possible maladie de Parkinson en cours de bilan.

Au niveau des antécédents chirurgicaux on notait une cure de hernie inguinale gauche, une sigmoïdectomie par laparotomie médiane pour maladie diverticulaire, une néphrectomie droite pour cancer et puis une néphrectomie partielle gauche pour la même raison, une chirurgie en urgence (en 2007) pour hernie de Spiegel droite réparée par simple suture (« rafie ») et cure d'événtration du flanc droit (en 2008) par laparotomie avec mise en place d'une prothèse intra-péritonéale biface.

A l'interrogatoire, le patient était ralenti et désorienté. Il ne savait pas trop me raconter son histoire clinique, ni me dire pourquoi il était aux Urgences. Ses constantes (tension et fréquence cardiaque) étaient normales et il n'avait pas de signe de choc hémodynamique, il n'était pas marbré.

A l'examen clinique, le ventre était souple. Je pouvais constater un volumineux placard inflammatoire, douloureux, au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite (en regard de l'ancienne cicatrice de cure d'événtration) : il y avait un volumineux abcès sous cutané qui était confirmé par le scanner (Image 1).

---

<sup>86</sup> Le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide d'une grille (Grille nationale AGGIR, Cerfa n°11510\*01). Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perde-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

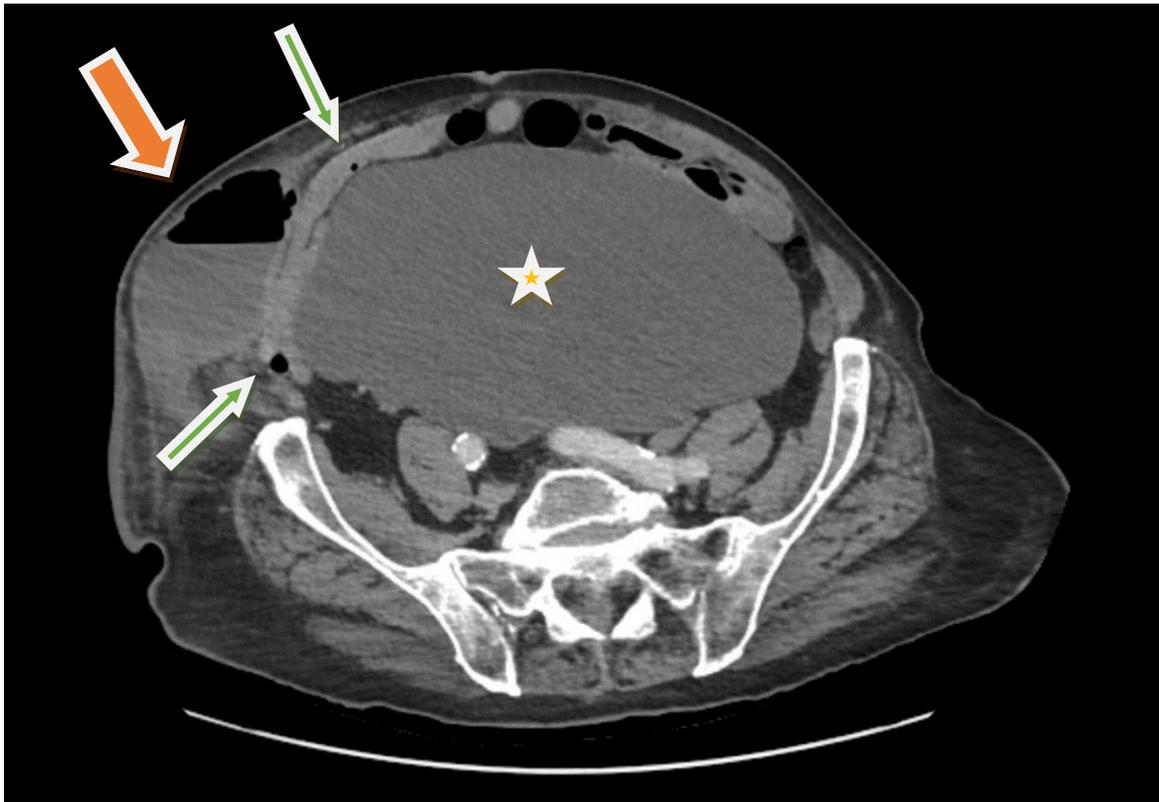


Image 1 : Scanner abdominal de Monsieur C. *Flèche grande* : abcès sous cutané avec niveau hydro aérique. *Flèches petites* : bulles d'air au niveau de la paroi musculaire. *Etoile* : globe urinaire.

Cet abcès sous cutané était caractérisé par un niveau hydro aérique important et quelques bulles d'air au sein de la paroi musculaire : les deux étaient des signes indirects de communication (« fistulisation ») du tube digestif avec la paroi abdominale.

Il n'y avait pas de signe de péritonite : pas de bulle d'air ni de liquide dans le ventre au scanner et pas de douleurs abdominales (en dehors de l'abcès) ni de défense à la palpation. Il n'y avait pas de signe d'occlusion digestive. Il y avait aussi un globe vésical.

A la biologie on pouvait constater la présence d'un syndrome inflammatoire (GB 14300 G/l, CRP 228 mg/l). La fonction rénale était normale. L'albuminémie n'avait pas été dosée.

Lors de l'évaluation préopératoire je n'avais pas calculé de score de fragilité : j'avais donc juste l'impression clinique d'un patient fragile et « fatigué ».

La fille (nommée comme personne de confiance) m'avait dit au téléphone que son père était un peu désorienté et avait des troubles mnésiques depuis environ 15 jours, c'est-à-dire depuis le début de l'épisode de douleurs et de fièvre.

C'est à ce moment que j'ai rencontré ma difficulté décisionnelle.

Le patient présentait un volumineux abcès de la paroi abdominale qui de toute évidence (mais sans certitude) était provoqué par l'ancienne prothèse de cure d'événtration qui avait dû, je le supposais, éroder le tube digestif et provoquer la fistule, et ceci à plusieurs années de distance de

la chirurgie de paroi. C'était une complication assez rare et il n'y avait pas de *guidelines* pour un tel cas de figure.

Le patient n'avait pas de signe de péritonite. Je devais donc gérer une « urgence pariétale » avec point de départ digestif, intra abdominal.

Que faire ? Quel était le geste chirurgical le plus approprié pour ce patient ?

En réfléchissant uniquement au tableau abdominal, la chirurgie indiquée, même en l'absence de *guidelines*, ce que je vais appeler la chirurgie « optimale », aurait consisté en :

Une laparotomie médiane avec :

- Résection de l'intestin fistulisé à la paroi, puis stomie ou anastomose en fonction des constatations peropératoire et de l'état hémodynamique du patient.
- Evacuation de l'abcès par incision cutanée.
- Exérèse complète de la prothèse.
  - Avantages : ça aurait été le geste « radical », définitif.
  - Inconvénients : les risques de morbi-mortalité du geste étaient très élevés chez Monsieur C.
  - Incertitudes :
    - Antécédents de nombreuses chirurgies abdominales = risque de viscérolyse longue et difficile, risque de plaie digestive peropératoire.
    - Résection de l'intestin : l'étendue et le site de résection (colon droit ou intestin grêle, proximal ou distal) auraient été connus uniquement pendant l'intervention.
    - Rétablissement de la continuité digestive (anastomose) ou pas ?
      - Anastomose : risque très élevé de fistule (lâchage de la suture digestive) chez ce patient fragile et dénutri, avec péritonite postopératoire, très probablement mortelle.
      - Stomie : le rétablissement de la continuité digestive n'aurait probablement jamais été proposé secondairement en raison des nombreuses comorbidités et de la fragilité. Si la résection devait porter sur un segment proximal de l'intestin grêle, il y aurait un risque d'hyper-débit stomial, difficile à gérer, avec risque de déshydratation, troubles ioniques et dénutrition. Ce risque pouvait aussi se présenter, en moindre mesure, en cas de réalisation d'une iléostomie distale.

- L'exérèse de la prothèse risquait d'être un geste délabrant et hémorragique. En cas d'exérèse incomplète, le risque d'infection chronique ou de récurrence de la fistule sur un autre segment d'intestin était élevé.

Mais est-ce que cette lourde chirurgie était appropriée chez ce patient âgé et fragile ?

Est-ce qu'il y avait des alternatives ? Et si oui, lesquelles ?

- Traitement médical seul : non envisageable. Les antibiotiques seuls n'auraient jamais pu régler le problème.

Il fallait au moins drainer l'abcès.

- Chirurgie « à minima », palliative :
  - Opérer pour drainer l'abcès par abord direct et ensuite « diriger » l'éventuelle fistule (si confirmée) vers l'extérieur et idéalement l'appareiller avec un pansement aspiratif (*Vacuum-Assisted-Closure*®, VAC)<sup>87</sup>.
    - Avantages : geste moins lourd, morbidité et mortalité plus faibles. Cette approche aurait permis de traiter le problème aigu (l'infection de paroi), de prendre le temps d'optimiser le patient sur le plan médical et nutritionnel et de décider secondairement si le patient était éligible à une chirurgie « optimale ».
    - Inconvénients : transformer un problème aigu (abcès) en problème chronique (fistule permanente de l'intestin grêle à la peau) si on décidait secondairement de ne pas proposer de traitement « optimal ». La prothèse restée en place serait toujours une source potentielle de récurrence de l'infection...
    - Incertitudes :
      - Risque de laparotomie si découverte peropératoire d'une situation non imaginée en préopératoire.
      - Risque de problèmes de gestion de l'éventuelle fistule en cas d'échec d'utilisation du système VAC® : risque d'irritation cutanée, de fuites. Risque d'inconfort majeur pour le patient.
      - Risque de récurrence de l'abcès.

---

<sup>87</sup> Le VAC® est un système de pansement aspiratif comprenant une mousse, un film adhésif connecté à une pompe d'aspiration qui permet d'appliquer aux plaies avec perte de substance, une pression négative qui favorise la cicatrisation tout en maintenant l'étanchéité. Avec quelque précaution technique en plus, on peut utiliser le VAC® aussi au niveau abdominal au contact des viscères.

Est-ce que le fait de ne pas envisager le traitement « optimal » exposait le patient à une perte de chance ? Ou est-ce que ça le protégeait d'un risque de mortalité et morbidité trop importants ?

Il était soir, mes collègues chirurgiens étaient déjà rentrés, je ne pouvais donc pas échanger sur les aspects le plus techniques de la décision.

Avec beaucoup d'incertitudes, sur le moment, la balance bénéfiques-risques était à mon sens en faveur du traitement palliatif.

J'ai exposé très simplement la situation au patient et de manière un peu plus étendue par téléphone à sa fille. J'ai décrit les 2 options chirurgicales possibles et mon choix d'effectuer le traitement le moins agressif, en expliquant que à mon avis les risques de la première option (le traitement « optimal ») étaient trop élevés. Ils ont été informés du risque de laparotomie et de stomie. Ils ont été informés de ma forte suspicion de fistule digestive sous-jacente.

Le patient m'a exprimé son accord pour l'intervention (est-ce qu'il avait vraiment compris ?) en me disant, ainsi que sa fille, qu'il me faisait confiance.

J'ai eu l'impression d'avoir pris « toute la place » dans la prise de décision, dans un contexte en plus très incertain...

Au bloc opératoire, j'ai réalisé une incision de l'abcès avec exérèse cutanée. Au niveau du fond de la paroi abdominale était visible un bout de prothèse, que j'ai ôté. Je voyais l'intestin au fond de la plaie, mais je n'ai pas constaté, pendant l'intervention, de fuite de liquide digestif.

Le principe de l'incision des abcès est celui de ne pas refermer la peau, car l'infection récidiverait à coup sûr. En plus, même en n'ayant pas constaté une fuite de liquide digestif, il était fort probable que celle-ci se produise en postopératoire.

En fin d'intervention il y avait une perte de substance de la paroi abdominale d'environ 10 cm de longueur, 4 cm de largeur et 3-4 cm de profondeur. J'ai appareillé cette plaie en appliquant un film protecteur (pour ne pas abîmer l'intestin grêle visible) et un pansement aspiratif à pression négative type VAC® pour garder l'étanchéité.

Pendant l'anesthésie générale le patient a eu besoin d'amines (2mg/h) pour maintenir une tension artérielle correcte.

Une fibrillation auriculaire rapide a été découverte et traitée en salle de réveil.

Monsieur C. a été transféré dans la nuit dans les Service de Soins Continus pour le postopératoire immédiat. Il était déjà extubé, conscient.

Le dosage des amines a été progressivement baissé, jusqu'au sevrage le lendemain de la chirurgie.

L'état de vigilance du patient s'est rapidement amélioré, avec des échanges cohérents et des réponses orientées.

Une fistule digestive s'est, comme attendu, constituée assez rapidement et elle a été initialement drainée sans trop de problèmes par le pansement à pression négative VAC®.

J'ai pu expliquer à Monsieur C. et à sa famille les constatations peropératoires et les gestes effectués. Je les ai également informés qu'on allait discuter de façon collégiale de la possibilité d'effectuer une deuxième opération pour éliminer ce qui était à l'origine de l'abcès (l'intestin érodé par la prothèse), mais qu'il s'agissait d'une chirurgie lourde et risquée et qu'on craignait de faire « plus du mal que de bien ».

Le patient n'a jamais ouvertement exprimé son refus d'une obstination déraisonnable ni son souhait qu'on essaye de tenter « le tout pour tout ». Il a toujours fait confiance à l'équipe, il voulait juste rentrer à son EPHAD et passer du temps avec les siens.

La famille avait bien compris l'enjeu et notre questionnement sur le rapport bénéfices-risques d'une deuxième chirurgie pour traiter définitivement l'infection de paroi.

Le dossier de Monsieur C. a été discuté au staff médico chirurgical : en raison de la fragilité et des nombreuses comorbidités, la chirurgie « optimale » a été considérée trop lourde, disproportionnée, même au vu de la réponse favorable à la première chirurgie. Par conséquent, l'équipe s'est aussi interrogée sur la conduite à tenir en cas de dégradation sur le plan septique en raison d'un éventuel échec de la chirurgie palliative : il semblait déraisonnable d'envisager une escalade thérapeutique de soins médicaux lourds de réanimation (hémodialyse, intubation, etc.).

Le projet thérapeutique a consisté donc à « diriger » la fistule à l'extérieur, en essayant de la faire tarir et de trouver le meilleur moyen pour l'appareiller de façon provisoire en attendant son tarissement, ou de façon définitive en cas de persistance.

Le patient et sa famille ont été informés du fait que l'équipe considérait une éventuelle chirurgie « optimale » comme déraisonnable et ont accepté la proposition de la réunion collégiale de s'en tenir au geste palliatif déjà effectué et de limiter les soins médicaux lourds de réanimation en cas d'aggravation.

Initialement Monsieur C. a bien répondu aux traitements en cours aussi bien sur le plan général (dans son dossier médical on peut lire : « Bien réveillé, orienté. Il a le moral ».) qu'au niveau de la paroi abdominale. Il a été transféré dans le service de chirurgie au bout de quelque jour de son admission en urgence.

La réfection du pansement VAC® a été effectuée les 2 premières fois sous anesthésie générale au bloc opératoire, puis une fois sous sédation encore au bloc opératoire et ensuite au lit du malade, sans douleurs.

Le placard inflammatoire cutané a régressé en quelques jours.

Après une initiale mise à jeun avec sonde nasogastrique en aspiration, traitement intraveineux par Octréotide et nutrition parentérale exclusive pour essayer de tarir la fistule (inefficace), la sonde nasogastrique a été retirée au bout d'une semaine, le traitement par Octréotide arrêté et le patient re alimenté par voie orale à partir du lendemain.

Avec l'aide du kinésithérapeute, Monsieur C. a pu être mobilisé au fauteuil et y rester plusieurs heures par jour.

Le projet thérapeutique semblait fonctionner : la fistule était en train de devenir chronique et le défaut pariétal se comblait progressivement, en laissant le tube digestif « à la peau » (technique de la « fistulisation dirigée »).

On commençait à s'interroger sur les modalités de sortie du patient du service de chirurgie, pour qu'il puisse continuer la thérapie par pansement aspiratif en EPHAD : la fistule avait un débit modéré et on arrivait à bien l'appareiller. Dans un deuxième temps, une fois le défaut pariétal comblé, on pouvait imaginer qu'on arriverait à appareiller la fistule avec une poche de stomie.

Mais malheureusement un mois après l'intervention, l'état clinique de Monsieur C. s'est dégradé assez rapidement, avec apparition de douleurs abdominales généralisées, douleurs et inflammation au niveau de la plaie (qui était devenue difficile à appareiller), fièvre et dyspnée. Le scanner thoraco abdomino pelvien ne montrait pas d'anomalie particulière. Cliniquement il s'agissait d'une récurrence de l'infection pariétale sans abcès constitué.

Les difficultés d'appareillages se sont majorées et elles ont contribué à aggraver les douleurs pariétales et l'inconfort : le liquide digestif iléal, corrosif, « brûlait » la peau et le tissu sous cutané.

Monsieur C. a exprimé à plusieurs reprises son « ras le bol ».

En raison de la limitation des soins décidée de façon concertée en postopératoire initial et confirmée à la re évaluation suite à la dégradation, il a été décidé de façon collégiale de ne pas opérer à nouveau Monsieur C. et de procéder à des soins de confort en optimisant au mieux le traitement antalgique, en accord avec le patient et son entourage.

Le patient est décédé deux jours après sa dégradation, à un peu plus d'un mois de sa chirurgie en urgence, sans besoin de mettre en place une sédation profonde et continue.

#### **4.2 QUESTIONNEMENTS ET INCONFORTS DANS LA PRISE DE DECISION :**

Les difficultés que j'ai éprouvées dans ma prise de décision ont été déterminées par l'incertitude du contexte : j'ai ressenti de l'inconfort quand j'ai dû imaginer les différentes stratégies thérapeutiques possibles et quand j'ai dû concilier le tableau chirurgical assez inhabituel avec l'état général très fragile du patient. J'avais du mal à estimer les probabilités de succès du

traitement palliatif, qui était certes moins risqué que le traitement « optimal », mais qui, à mes yeux, aurait eu plus de répercussions sur la qualité de vie de Monsieur C.

A cette première difficulté de décision de stratégie thérapeutique, s'est rajouté mon questionnement sur la possibilité de faire participer le patient à la décision, en respectant ainsi sa dignité et en préservant sa qualité de vie, sans avoir l'impression de l'influencer ou d'imposer mon point de vue.

#### **4.3 METHODOLOGIE**

Dans ce travail j'ai souhaité me familiariser davantage avec les concepts d'incertitude et de contingence qui rentrent en jeu dans la prise de décision et qui parfois peuvent l'influencer négativement.

J'ai ensuite exploré le rapport entre les principes éthiques de bienfaisance, non malfaisance et autonomie dans le cas particulier des patients âgés et fragiles et comment le recueil du « consentement » éclairé peut être problématique dans le cas de la dépendance et comment on peut faire pour décider au mieux.

J'ai décidé de ne pas traiter les difficultés de prise en charge que parfois peuvent survenir en raison de la limitation des ressources (par exemple le manque de lit dans le service de soins continus) qui, en théorie, ne devraient pas influencer la décision médicale. Ma réflexion ne va donc pas considérer le principe éthique de justice.

### **5. RESULTATS ET DISCUSSION**

Dans son livre « Petit traité de la décision médicale » Pierre Le Coz parle du « *moment philosophique de la décision médicale* »<sup>88</sup>.

Il distingue les « *décisions médicales communes* »<sup>89</sup> de celles dont la justification n'est pas univoque et immédiate.

*Les premières « ne posent [...] pas de question d'éthique. [...] En bien des cas, en effet, les habitudes de pensée nourries par l'expérience clinique qu'il a acquises au fil du temps suffisent au médecin à prendre des décisions ajustées à la particularité des contextes. Une grande partie de la justification des décisions s'éclaire à l'aune de considérations d'ordre scientifique, déontologique ou pragmatique et ne semble pas devoir être marquée du sceau de la réflexion philosophique pour trouver sa justification. Cela ne vaut pas seulement, du*

---

<sup>88</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 41.

<sup>89</sup> *Ibid.* p. 42.

*reste, pour les décisions relatives aux cas bénins. Même des décisions cruciales peuvent se passer de justification philosophique »<sup>90</sup>.*

*Les deuxièmes font partie de « tout un pan du champ décisionnel de la médecine pour lequel l'éclairage intuitif de la conscience demeure insuffisant, sans que le code déontologique puisse venir compenser ce défaut de lumière. En bien des cas, seule une argumentation philosophique serait à même de justifier à posteriori pourquoi telle ou telle règle déontologique a été mise en œuvre. »<sup>91</sup>.*

Deux phénomènes au moins interviennent sur les décisions médicales pour lesquelles la justification n'est pas univoque et immédiate. Le premier est l'incertitude.

## **5.1 L'INCERTITUDE ET L'IMPREVISIBILITE**

*« L'incertitude est omniprésente dans l'exercice de la médecine, et va accompagner chaque praticien tout au long de sa carrière. »<sup>92</sup>*

*« La tragédie du prévoir et le délire divinatoire »<sup>93</sup>*

Dans son livre « L'imprévu », Alexis Lavis affirme qu'« il existent des phénomènes qui échappent par nature à notre capacité de prévision »<sup>94</sup>.

Il poursuit en disant que même si :

*« Le développement considérable des outils statistiques [...] (a) accentué la déterminabilité de la réalité, il n'a pas fait pour autant disparaître l'imprévu. Outre le fait que à tout calcul appartient la possibilité de l'erreur, les probabilités ne proposent qu'une fourchette de possibilités, sans jamais pouvoir atteindre le réel unique qui se produira. Or cette limite, elles ne peuvent la franchir, non par manque de performance mais parce qu'elles appartiennent, par définition, au domaine du possible. Elles sont le calcul des possibilités et non la détermination de la réalité qui va advenir. »<sup>95</sup>*

Pour Han *et al.*, cité par Motte,

*« L'incertitude est un état, en lien avec l'expérience cognitive subjective de quelqu'un, un état d'esprit plutôt qu'une caractéristique du monde objectif. La caractéristique déterminante de cet état semble être un manque de connaissance à propos d'un aspect de la réalité. Le concept d'incertitude implique par ailleurs une conscience subjective de ce manque de connaissance sans laquelle le sujet ne pourrait pas se sentir incertain. ». L'incertitude est « la perception subjective d'une ignorance »<sup>96</sup>.*

---

<sup>90</sup> *Ibid.* p. 42.

<sup>91</sup> *Ibid.* p. 42-43.

<sup>92</sup> Belhomme N, Jegou P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Med Interne*. 2019 ; 40 (6): 361-67.

<sup>93</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p35.

<sup>94</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 70.

<sup>95</sup> *Ibid.* p 177.

<sup>96</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

Dans le domaine de la santé, Belhomme *et al.* expliquent que il n'existe pas une incertitude mais des incertitudes. Ils citent différents auteurs qui ont étudié et proposé des classifications de cet aspect omniprésent de la pratique médicale<sup>97</sup>.

La classification plus intéressante pour mon travail de mémoire, me semble être celle de l'approche phénoménologique<sup>98</sup> proposée par Beresford, cité dans l'article de Belhomme *et al.*<sup>99</sup>

Trois sources d'incertitude sont mises en évidence :

- L'incertitude technique : relative aux connaissances du praticien, qui seront toujours en quelque sorte limitées, et relative aussi aux « *données médicales et scientifiques (qui) sont insuffisantes pour prédire l'évolution d'une maladie, ou les résultats d'une intervention* »<sup>100</sup>.
- L'incertitude personnelle : « *inhérente à la relation médecin-patient, et (qui) peut tenir soit d'une inaptitude du patient à exprimer son souhait ou ses volontés, [...] soit du médecin, [...] le faisant douter de l'objectivité de son jugement* »<sup>101</sup>.
- L'incertitude conceptuelle : « *qui correspond aux situations de dilemme, dans lesquelles il faut établir un ordre de priorité [...]. Elle est également générée par le doute des praticiens concernant l'applicabilité de guidelines ou règles générales, à l'échelle individuelle de leurs patients* »<sup>102</sup>.

Dans une situation clinique donnée, bien entendu, ces trois types d'incertitude peuvent être présents à des proportions variables.

Face à Monsieur C., j'étais confrontée à une incertitude technique (je ne pouvais pas prédire avec les résultats des deux options possibles) et à une incertitude personnelle : le patient n'avait pas exprimé son souhait (mise à part celui de me faire confiance) et de mon côté, je doutais de mon jugement sur le rapport bénéfices-risques et sur l'estimation de la qualité de vie du patient face aux options thérapeutiques.

---

<sup>97</sup> Belhomme N, Jego P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. Rev Med Interne. 2019 ; 40 (6) : 361-67.

<sup>98</sup> « *La phénoménologie est l'une des branches récentes de la philosophie. On peut définir la phénoménologie comme cette discipline qui cherche à saisir les données immédiates de la conscience, saisir ce qui nous apparaît. Etymologiquement, phénomène dérive du grec phainomen : ce qui apparaît. Il s'agit donc de la science (logos) de ce qui apparaît à notre conscience, la science des phénomènes.* » <https://www.les-philosophes.fr/phenomenologie.html>

<sup>99</sup> Belhomme N, Jego P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. Rev Med Interne. 2019; 40 (6): 361-67.

<sup>100</sup> *Ibid.*

<sup>101</sup> *Ibid.*

<sup>102</sup> *Ibid.*

« Le médecin contemporain est confronté à différentes composantes de l'incertitude que les connaissances biomédicales ne suffisent pas à traiter dans leur diversité. [...]. (L') exercice médical est une pratique soignante plutôt qu'une science appliquée »<sup>103</sup>.

Le problème que pose l'incertitude, réside dans la difficulté à se rendre à l'évidence qu'on ne peut pas tout maîtriser, tout savoir, tout prévoir. « Il faut [...] se garder, non pas de prévoir, mais de vouloir tout prévoir ; car tout prévoir, nous ne le pouvons justement pas. »<sup>104</sup>

A. Lavis affirme aussi que « Il y a un abîme entre déterminer un possible et prévoir<sup>105</sup>. [...] La prévision<sup>106</sup> n'est pas une prédiction<sup>107</sup>. [...] C'est l'en-visageable<sup>108</sup> qui est ici en jeu et non l'avenir proprement dit. »<sup>109</sup>.

L'incertitude dérive du fait que « le prévoir ne voit pas ce qui est mais ce qui seulement pourrait être. La « vue » du prévoir ne constate jamais rien qui soit réel »<sup>110</sup>. Il rajoute aussi :

« Quand bien même le possible aurait atteint une très forte probabilité, il n'en demeure pas moins, comme tel, ce qui pourrait être et non ce qui est. Le réel n'est pas le plus haut degré du possible. Il y a entre les deux une discontinuité, un écart que seul un saut peut franchir ; et c'est dans ce suspens nécessaire que se nichent l'imprévu, l'incertitude de retomber ou non sur ses pieds »<sup>111</sup>.

« Tout ce qui s'institue, en raison précisément de son caractère stable, offre un point d'appui, ou tout au moins son illusion, qui constitue le facteur déterminant du sentiment de sécurité, donc du confort et par-là du bonheur. »<sup>112</sup>

C'est difficile d'abandonner l'idée que la Médecine n'est pas une science appliquée et qu'elle ne puisse pas toujours offrir ce point d'appui tant sécurisant.

« L'incertitude médicale confronte l'Evidence Based Medicine (Médecine basée sur l'évidence, EBM) à ses limites »<sup>113</sup>.

Cette incapacité de prédire, ressentie par le praticien, peut comporter des réactions émotionnelles comme le stress et l'angoisse<sup>114</sup>. C'est la peur d'échouer et de dévoiler notre faillibilité qui se présente. Cette peur peut paralyser, induire à l'errance ou à l'erreur...

---

<sup>103</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>104</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 199.

<sup>105</sup> *Ibid.* p. 12.

<sup>106</sup> En italique dans le texte.

<sup>107</sup> *Ibid.* p. 26.

<sup>108</sup> En italique dans le texte.

<sup>109</sup> *Ibid.* p. 28.

<sup>110</sup> *Ibid.* p. 30.

<sup>111</sup> *Ibid.* p. 32.

<sup>112</sup> *Ibid.* p 59.

<sup>113</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>114</sup> Belhomme N, Jégo P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. Rev Med Interne. 2019; 40 (6): 361-67.

« *Lorsqu'elle est à tort perçue comme un signe d'incompétence, l'incertitude peut entraîner chez le praticien la crainte d'un jugement négatif des patients, ou de ses pairs* »<sup>115</sup>. Elle peut être à l'origine d'une multiplication des explorations complémentaires ou de « *décisions à faible niveau de preuve, augmentation des coûts de la prise en charge, diminution de la qualité de la décision médicale partagée, détérioration de l'attitude vis-à-vis du patient, [...] augmentation du risque de burnout du praticien* »<sup>116</sup>.

L'incertitude ne pourra jamais être complètement éliminée de la pratique médicale (ni de la vie tout court). Comment l'accepter et assumer de faire le saut dont parle A Lavis<sup>117</sup>, de faire « un pas dans le vide » et prendre le risque de tomber, en sachant aussi qu'on fait prendre ce risque à une autre personne, dont on est responsables : le patient ?

« *Les situations d'incertitude sont singulières et [...] et leur gestion ne relève pas d'une démarche pédagogique type mais plutôt d'un apprentissage* »<sup>118</sup>.

Motte *et al.* affirment que l'apprentissage de la gestion de l'incertitude nécessite d'un changement de paradigme<sup>119</sup>.

Coutellec, cité par Motte *et al.*, présente l'incertitude comme un ingrédient de la démarche scientifique et affirme que « *Tolérer l'incertitude dans une démarche de soins pourrait être caractérisé par l'adoption d'une posture d'humilité qui consiste pour le soignant à partager ses savoirs et ses non-savoirs, biomédicaux et autres, avec le patient, son entourage, le contexte, l'équipe soignante, etc.* »<sup>120</sup>.

« *Les conditions de réalisation d'une prévision reposent ainsi sur la mise en commun organisée des talents* »<sup>121</sup>.

« *Des comportements de résilience, comme augmenter ses connaissances, se confronter avec d'autres collègues ou parfois exprimer cette incertitude au patient, peuvent aider à y faire face.* »<sup>122</sup>.

« *Le doute est [...] un moteur de progrès en ce qu'il facilite l'interdisciplinarité, elle-même mode d'approche de la complexité.* »<sup>123</sup>

---

<sup>115</sup> *Ibid.*

<sup>116</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>117</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 32

<sup>118</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>119</sup> *Ibid.*

<sup>120</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>121</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 90.

<sup>122</sup> Belhomme N, Jego P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Med Interne*. 2019 ; 40 (6) : 361-67.

La concertation peut donc alléger le poids de l'incertitude, et partager sa propre incertitude (même avec le patient !) peut parfois dénouer des situations qui semblent insurmontables.

L'incertitude, si appréhendée de façon positive, peut nous aider à avancer et à progresser, elle peut nous mettre « en mouvement », quand elle ne nous paralyse pas...

*« Il faut en effet de l'inconnu, du problématique et par là de l'imprévu pour qu'on se mette à réfléchir. Si tout est déjà su et sûr par avance, à quoi bon s'y mettre ? La pensée ne prospère que sur le terrain chaotique de l'incertain. C'est pour cette raison d'ailleurs que Socrate s'emploie toujours à détruire le savoir – ou ce qu'on tient pour su – afin d'établir l'espace questionnant propre à la pensée, au sein duquel les connaissances se disputent : le dialogue. [...] Pour celui qui n'a jamais envisagé qu'une seule voie, l'apparition brutale d'un carrefour où toutes les routes sont ouvertes est en effet peu supportable. »<sup>124</sup>*

On peut imaginer au moins trois « niveaux » de dialogue : celui avec soi-même, celui avec l'équipe et celui avec le patient et son entourage.

Motte *et al.*, citant Crahay, parlent d'un

*« Dépassement d'une vision de la connaissance dualiste, où les faits sont vrais ou faux et où la vérité existe et peut être transmise ou découverte, vers une vision de la connaissance où il n'existe plus de vérité définitive mais où la connaissance est à construire activement par l'individu, dans une démarche réflexive, à partir de différents points de vue dont il évalue les niveaux de preuve et de pertinence »<sup>125</sup>.*

Ils affirment également, en parlant de « l'apprentissage de l'incertitude » pendant les études médicales, que :

*« Exercer la réflexivité a posteriori lors de débriefing en stage ou même en formation à la faculté est utile et nécessaire. Mais on devrait rechercher un exercice de cette réflexivité dans toutes les temporalités : a posteriori, mais aussi a priori et dans l'action. [...] Il faudrait favoriser une clinique de l'attention qui permette la réflexivité en cours d'action. L'enjeu de la formation serait de préparer à cette réflexivité et à cette attention dans l'action. »<sup>126</sup>*

L'incertitude et l'imprévisibilité interrompent l'inertie et l'habitude de nos convictions et de nos supposées connaissances, dans lesquelles on est confortablement installés. On risque de rester paralysé si on n'ose pas faire ce pas dans le vide et « choisir notre cap »<sup>127</sup>.

Mais elle peut aussi venir nous « réveiller » et nous aider à voir la situation sous un autre angle, amplifier nos connaissances, nous inciter à faire recours à l'intelligence collective.

---

<sup>123</sup> Avis n° 128 du CCNE. « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? ». 2018.

<sup>124</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 67-68.

<sup>125</sup> Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale. 2020 ; 21 (1) : 39-51.

<sup>126</sup> *Ibid.*

<sup>127</sup> Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement ; 2021, p 61.

Pour avancer, « *pour pouvoir se projeter en un avenir, il faut en effet obligatoirement se risquer en partie dans l'inconnu* »<sup>128</sup> : il faut prendre une décision.

Mais il y a un deuxième élément qui peut parfois survenir et rendre la décision plus périlleuse et sa justification moins univoque et immédiate. On a osé « faire le saut », on franchit le vide de l'incertitude, mais le terrain sur lequel on met les pieds est instable : c'est le terrain de la contingence...

## 5.2 LA CONTINGENCE ET L'ETHIQUE DE LA DECISION

P. Le Coz affirme qu'« *il arrive parfois que « dans l'« orage du présent » (Hegel), le médecin ne peut que trancher entre des options différentes dont l'une pourrait se justifier au regard d'une règle déontologique avec le même degré de pertinence que la décision inverse* »<sup>129</sup>.

Il explique que « *une décision est contingente lorsqu'il apparaît que l'on aurait pu prendre la décision inverse sans avoir moins de justifications à avancer* »<sup>130</sup> et poursuit en affirmant qu'une part insurmontable de contingence affecte une bonne partie des décisions médicales. « *On peut en percevoir une trace à travers la diversité des stratégies thérapeutiques adoptées d'un hôpital à un autre* »<sup>131</sup>, mais aussi d'un praticien à un autre.

La contingence, il poursuit, « *appelle un questionnement philosophique qui ne se limite pas à une interrogation épistémologique quant au niveau de scientificité de la démarche thérapeutique ou quant au souci de rigueur dans l'application du code de déontologie* »<sup>132</sup>.

Cette différence dans la prise de décision dans une situation donnée, découle donc en partie de l'incertitude dont on a déjà parlé, mais aussi d'une subjectivité, d'une individualité propre à chaque acteur de santé : chacun décide aussi avec ses propres valeurs, ses propres priorités, ses propres croyances et son propre vécu.

« *Lorsqu'on ne comprend pas ce que l'on vit, on le subit* » et par conséquent « *on est d'autant plus acteur de ses décisions que l'on aperçoit les principes et les règles éthiques auxquels on se réfère* »<sup>133</sup>.

---

<sup>128</sup> *Ibid.* p 93.

<sup>129</sup> Le Coz P. *Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients*. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 43.

<sup>130</sup> *Ibid.* p. 46.

<sup>131</sup> *Ibid.* p. 47.

<sup>132</sup> *Ibid.* p. 47.

<sup>133</sup> *Ibid.* p. 14.

### 5.3 LES PRINCIPES ET LES EMOTIONS

Etymologiquement, le terme « principe » signifie « *ce qui vient en premier* », et aussi « *ce qui fait autorité* »<sup>134</sup>. Dans le monde du soin, « *face aux personnes en détresse, un principe éthique se présente comme le garant de l'hospitalité* », c'est-à-dire de « *rendre l'hôpital humainement habitable* »<sup>135</sup>.

Mais paradoxalement de temps et temps, ces « garants » risquent de perdre leur valeur première, et les principes peuvent devenir des « *normes formelles qui semblent parfois correspondre à des abstractions vides, artificiellement plaquées sur la réalité clinique* »<sup>136</sup>.

Dans son travail déjà cité, Le Coz œuvre pour redonner vie, redonner du cœur, aux principes de l'éthique biomédicale, énoncés par Beauchamp et Childress<sup>137</sup>.

Classiquement les quatre principes de l'éthique biomédicale sont : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Le respect de l'autonomie consiste à faire participer le patient au processus décisionnel<sup>138</sup>.

Le principe de bienfaisance vise à accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel<sup>139</sup>.

Le principe de non-malfaisance pousse à épargner au patient un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui<sup>140</sup>.

En ce qui concerne le principe de justice, Le Coz en donne une classification et une définition tout à fait singulières qui sont bien loin de celle de justice « distributive ». Il affirme que « *à travers le prisme de l'économie, l'exigence de justice n'appartient plus au champ de l'éthique médicale – la « microéthique » –, mais à celui de la « macroéthique », au droit de la santé et à l'administration des ressources.* »<sup>141</sup>

Pour lui la notion de justice n'est même pas un « principe », elle est au-dessus des trois autres principes. Elle devient une « *exigence* » pour le patient et un « *impératif* » pour le soignant.

Il considère que « *le mal est ce par quoi l'absurde surgit dans le monde. L'absurde n'est ni en l'homme ni dans la maladie grave, mais dans leur coprésence. Il n'y a là évidemment aucune « injustice », si par « injustice » on entend un mal commis par une personne à l'égard d'autrui. [...] Mais comprendre qu'une maladie même très grave n'est*

---

<sup>134</sup> *Ibid.* p. 54.

<sup>135</sup> *Ibid.* p. 56.

<sup>136</sup> Singer cité par Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 15.

<sup>137</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fispach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres, 2008.

<sup>138</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 57.

<sup>139</sup> *Ibid.* p. 57.

<sup>140</sup> *Ibid.* p. 57.

<sup>141</sup> *Ibid.* p. 50-51.

*pas injuste en soi ne dissipe pas la révolte face à l'absurdité de ce qui arrive. C'est ce sentiment de révolte qui va faire naître dans l'esprit du patient une exigence de justice avec laquelle le praticien devra compter »<sup>142</sup>.*

C'est pour cette classification qui lui est propre, que dans son travail l'auteur parle toujours de trois principes et non pas de quatre.

Comment fait Le Coz pour « redonner vie » aux principes ?

Il invite les praticiens à considérer que les émotions ont un rôle dans notre attachement aux principes éthiques : *« les principes d'éthique resteraient de pures abstractions vides si des émotions ne nous y rendaient pas sensibles<sup>143</sup>. [...] L'émotion est une condition qui n'est pas suffisante mais nécessaire à l'éthique. »<sup>144</sup>*

L'émotion est un état affectif intense qui définit une « rupture » par rapport à un état affectif antérieur. Selon son intensité et la capacité du sujet à se rapporter à elle, l'émotion peut à la fois aider ou empêcher d'avoir une conduite adaptée au contexte. [...]. C'est donc un mouvement intérieur transitoire (accompagné à des manifestations physiques, corporelles) avec des effets ambivalents<sup>145</sup>.

C'est les émotions qui « colorent » les rencontres entre les soignants et les patients, elles ont un rôle relationnel important et constituent la base de toute relation médicale. Elles sont même nécessaires à la décision<sup>146</sup>.

*« Par sa puissance à irriguer toutes les ramifications relationnelles dans lesquelles les individus sont engagés, l'émotion est cela seul qui peut empêcher un hôpital d'être autre chose qu'un bloc de béton armé »<sup>147</sup>.*

Les émotions les plus essentielles à la vie éthique sont selon Le Coz<sup>148</sup>:

- Le respect : c'est accorder à quelqu'un de la considération en raison de la valeur qu'on lui reconnaît en tant qu'être humain. De cette émotion découle le respect du principe d'autonomie. Les manques de respect réveillent dans le patient l'émotion de l'indignation.
- La compassion est la volonté de soulager la souffrance de l'autre, et elle est liée au principe de bienfaisance.

---

<sup>142</sup> *Ibid.* p. 25-26.

<sup>143</sup> *Ibid.* p. 79.

<sup>144</sup> *Ibid.* p 85.

<sup>145</sup> *Ibid.* p 80.

<sup>146</sup> *Ibid.* p 86.

<sup>147</sup> *Ibid.* p 85.

<sup>148</sup> *Ibid.* p 88-89.

- La crainte est liée à l'anticipation de l'avenir et en particulier à la représentation du préjudice qui pourrait être causé par une mauvaise décision. Le principe en lien avec cette émotion est la non-malfaisance.
- L'angoisse, « *comprise dans sa signification éthique [...] d'état affectif qui nous signale que nous devons continuer à explorer les argumentations en concurrence lors d'une délibération individuelle ou collégiale. [...] Elle nous prévient que nous n'avons pas trouvé une solution satisfaisante* »<sup>149</sup>. Elle est nécessaire à la réflexion éthique et son absence se traduit par une insensibilité aux conflits de valeurs entre les différents principes éthiques en jeu. L'angoisse est l'expérience de notre faillibilité et recèle une vertu éthique lorsqu'elle arrache le praticien à la certitude subjective de détenir la bonne solution. « *L'essence d'une décision médicale peut être pathologique<sup>150</sup> ou éthique<sup>151</sup> selon qu'elle vise à supprimer toute que toute une angoisse ou qu'elle l'assume pour en faire le support d'une révision émotionnelle.* »<sup>152</sup>

En ligne générale, il n'est pas possible de toujours prendre en compte et respecter à égale mesure tous les principes dans une situation donnée. Les interrogations d'ordre éthique surviennent souvent quand les principes entrent en conflit.

Les émotions peuvent donc, si bien « écoutées », être le signal qu'un principe important a été « mis à mal » lors d'une prise de décision donnée.

Selon Le Coz, le « travail » sur les émotions n'a de valeur que si effectué à posteriori parce que sur le moment les émotions peuvent « égarer le décideur »<sup>153</sup>.

Il invite le praticien à effectuer ce travail rétrospectif qu'il appelle « *moment de méditation postdécisionnel* »<sup>154</sup>, en revenant sur les décisions difficiles, pour lesquelles une tension ou des remords ont été ressentis. Il s'agit de se remémorer les émotions survenues au moment de la rencontre avec le patient, au moment de la prise de décision, mais aussi les émotions ressenties par la suite. Il affirme que « *les expériences émotionnelles ne font que nous révéler les valeurs auxquelles nous sommes (le plus) attachés.* »<sup>155</sup>

Pourquoi inviter le praticien à faire attention à ses émotions ? Parce que, il dit, « *l'éthique est avant tout une affaire de sensibilité.* »<sup>156</sup>

---

<sup>149</sup> *Ibid.* p. 90.

<sup>150</sup> En italique dans le texte.

<sup>151</sup> En italique dans le texte.

<sup>152</sup> *Ibid.* p. 102-103.

<sup>153</sup> *Ibid.* p. 18.

<sup>154</sup> *Ibid.* p. 12.

<sup>155</sup> *Ibid.* p. 17.

<sup>156</sup> *Ibid.* p. 17.

Il faut quand même faire attention : « *l'émotion est une condition à la fois nécessaire et insuffisante de la qualité éthique d'une décision, [...] elle n'a pas de valeur morale intrinsèque* »<sup>157</sup>.

Il faut considérer les émotions pour ce qu'elles sont : des états affectifs transitoires, qui peuvent comme on l'a vu plus haut, parfois orienter le médecin sur le bon chemin mais aussi l'égarer ou fausser sa représentation d'une situation donnée.

Il propose d'effectuer ce « *travail de révision émotionnelle* » à posteriori justement pour comprendre si une émotion nous a égaré ou nous a orienté dans la prise d'une certaine décision.

Il affirme que ce moment de méditation post décisionnel est utile pour le prochain cas difficile qui se présentera.

Ce travail postdécisionnel est à mon avis un « entraînement » intéressant, qui permettrait à ceux qui le pratiquent, avec le temps, de se relier de façon un peu plus juste aux émotions et à mieux les écouter, aussi « sur le champs ».

Quelles étaient mes émotions lors de la rencontre avec Monsieur C. ? Qu'est-ce que j'ai éprouvé quand je l'ai examiné, quand j'ai regardé son scanner, quand j'ai commencé à « imaginer » ce qui se passait dans son ventre, quand j'ai commencé à penser aux différentes solutions que je pouvais lui proposer et quand j'ai essayé de lui expliquer sa situation ?

J'ai éprouvé de la compassion face à cet homme très âgé, fatigué, douloureux, allongé sur un brancard du couloir des Urgences et qui me faisait entièrement confiance et me laissait tout décider.

J'ai éprouvé de la crainte et de l'angoisse face au poids de cette décision difficile que je devais prendre : proposer un traitement lourd avec des chances de succès mais aussi des risques élevés de morbi mortalité ou un traitement moins lourd mais moins « radical » ?

Devais-je privilégier sa qualité de vie, sa survie ou les possibilités techniques de « régler le problème » une fois pour toutes ?

J'ai éprouvé surtout de la perplexité : comment pouvais-je respecter l'autonomie d'une personne qui, du fait de son état clinique précaire, ne me semblait pas en mesure de comprendre tout ce que je lui avais expliqué et qui m'avait exprimé sa confiance ? Comment pouvais-je prendre la bonne décision ? Prédire ce qui serait le mieux pour lui ?

### **5.3.1 Bienfaisance, non malfaisance, balance bénéfiques-risques et qualité de vie :**

Les émotions de compassion et d'angoisse signalaient en moi que le principe de bienfaisance et celui de non-malfaisance étaient en conflit.

---

<sup>157</sup> *Ibid.* p. 17.

La volonté de vouloir bien faire, de « résoudre le problème une fois pour toutes », qui me faisait penser à la chirurgie « optimale » risquait de basculer dans un acte malfaisant : j'avais peur de faire courir à Monsieur C. un risque qui me semblait démesuré. Est-ce que en optant pour cette chirurgie, j'agissais vraiment pour son bien ?

En même temps la volonté de ne pas nuire, qui me faisait réfléchir plutôt à l'option palliative, portait en elle le risque de perte de chance pour le patient : je lui niais le traitement que je considérais « optimal ». Je risquais donc de ne pas être bienfaisante, et même - paradoxalement - malfaisante : dans quelle mesure la volonté de ne pas nuire en renonçant au traitement radical était elle-même nuisible, car comportait une perte de chance pour le patient et me rendait donc potentiellement négligente ?

Beauchamp et Childress affirment que :

*« Il n'y a pas de coupure nette dans le continuum qui s'étend entre ne pas faire de mal et apporter des bienfaits. (Il y a une) [...] incertitude conceptuelle et morale qui entoure la distinction entre l'obligation d'éviter de faire du mal à une personne, (et) l'obligation d'agir pour son bien [...]. »<sup>158</sup>*

Dans la prise de décision, rentrent aussi en jeu la pondération des bénéfices et des risques et l'évaluation de la qualité de vie.

Dans le domaine de la santé, poursuivent les auteurs du traité « Les principes de l'éthique biomédicale » :

*« Le risque se réfère à un effet néfaste possible, défini comme un obstacle aux intérêts de la vie, de la santé et du bien-être en particulier. Il se réfère à la possibilité de subir un effet néfaste – sa probabilité – mais parfois aussi à la gravité de l'effet néfaste s'il se produit – son ampleur. »<sup>159</sup>*

Les auteurs poursuivent en expliquant que la formulation des risques est à la fois descriptive, c'est à dire qu'elle évoque la possibilité qu'un événement néfaste se produise, et évaluative, c'est-à-dire que la personne qui estime le risque donne une valeur (grave, inacceptable, insupportable) à l'éventualité de la survenue de l'événement.

Le terme bénéfice se réfère à « quelque chose de valeur positive, comme la vie ou la santé. Contrairement au risque, le bénéfice n'est pas en lui-même un terme de probabilité »<sup>160</sup>.

L'estimation et la gestion du risque sont chargées d'incertitudes, pourtant risque et incertitude ne sont pas tout à fait la même chose. L'incertitude se caractérise, on l'a déjà vu, « par un manque de prévisibilité ou de connaissance en raison de preuves insuffisantes. »<sup>161</sup>

---

<sup>158</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fissbach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 238.

<sup>159</sup> *Ibid.* p. 285.

<sup>160</sup> *Ibid.* p. 286.

<sup>161</sup> *Ibid.* p. 295.

L'estimation du risque implique « *une analyse et une évaluation de la probabilité des résultats négatifs, et particulièrement des effets néfastes.* »<sup>162</sup>

La gestion du risque est « *l'ensemble de réponses individuelles ou institutionnelles à l'analyse et à l'estimation du risque, y compris les décisions de réduire ou de contrôler les risques.* »<sup>163</sup>

La perception du risque est subjective : elle peut varier en fonction l'expérience, de l'histoire et du vécu de la personne qui l'estime<sup>164</sup>.

La perception qu'un patient a des risques et des bénéfices d'un traitement, peut dépendre en partie de la façon dont le médecin présente la situation et les enjeux, et donc elle est influencée par la perception du soignant<sup>165</sup>.

On voit bien que l'évaluation de la balance bénéfices-risques est peu objective, teintée d'indétermination et de subjectivité, aussi bien de la part du praticien que du patient. On peut affirmer que généralement, plus la peur du risque est élevée, plus la tendance sera de faire des choix « sécuritaires ».

Parmi les bénéfices, on peut citer la survie, la guérison ou la rémission, qui sont des valeurs quantifiables (pourcentage de survie et de succès d'un traitement) et la qualité de vie, qui est une valeur non quantifiable.

Certains auteurs ont essayé de quantifier la qualité de vie, mais il s'agit de quantifications imprécises et éthiquement discutables, qui n'ont pas d'intérêt, à mon avis, dans ce travail.

*« La qualité de vie est un concept éthiquement essentiel qui se concentre sur le bien de l'individu, sur le genre de vie possible compte tenu de la maladie de cet individu, et sur le fait de savoir si cette maladie peut lui permettre d'avoir une vie qu'il considère comme valant la peine d'être vécue. »*<sup>166</sup>

Le point fondamental de cette définition est « l'avis du patient » : ce qu'il considère comme valant la peine d'être vécu.

Le concept de qualité de vie est plus difficile à déterminer quand il s'agit de patients incapables d'exprimer leur avis. Il est arbitraire et partiel de juger de la vie d'une autre personne, de quelles souffrances et quelles limitations « valent la peine » d'être vécues.

Le risque est de glisser de la question si un certain traitement est bénéfique pour le patient à la question si « *la vie du patient lui est bénéfique.* »<sup>167</sup>

---

<sup>162</sup> *Ibid.* p. 293.

<sup>163</sup> *Ibid.* p. 293.

<sup>164</sup> *Ibid.* p. 297.

<sup>165</sup> *Ibid.* p. 297.

<sup>166</sup> La Puma cité par Beauchamp TL, Childress JF, Fissbach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 311.

<sup>167</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fissbach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 206.

En même temps, « *il est impossible de déterminer ce qui pourra être bénéfique pour le patient sans présupposer une certaine norme de qualité de vie et une idée du genre de vie que vivra le patient après l'intervention médicale. Un diagnostic et un pronostic précis sont indispensables, mais la décision de savoir [...] (quelle prise en charge proposer), repose inévitablement sur la qualité de vie anticipée, et pas simplement sur une norme de ce qui est médicalement indiqué* »<sup>168</sup>.

Parfois le respect de la qualité de vie du patient et le respect de sa vie, qui impose de ne pas prendre de risque vital démesuré, peuvent rentrer en conflit<sup>169</sup>.

C'est ce qui s'est passé pour Monsieur C. quand j'ai dû décider entre la chirurgie optimale et la chirurgie palliative : j'ai opté pour cette dernière pour ne pas lui faire courir un risque vital qui me semblait démesuré.

Il n'y a pas une réponse univoque à ce questionnement : « *la décision juste sera la décision ajustée au contexte.* »<sup>170</sup>

Pour aider le patient à prendre la meilleure décision dans son intérêt, ou pour essayer de le faire à sa place quand il ne peut pas s'exprimer, il faut bien expliquer la situation, les enjeux et les possibilités thérapeutiques, et rechercher, avec tous les moyens possibles, l'expression de son avis présent (s'il est en capacité de s'exprimer) ou de son avis antérieur (s'il n'est plus assez présent).

### **5.3.2 Le respect de l'autonomie et le consentement aux soins :**

Le respect de l'autonomie du patient de la part du praticien est un devoir, tandis que, du point de vue du patient, l'autonomie est un droit, pas un devoir. Le choix du malade de décider soi-même, de déléguer à la personne de confiance ou au médecin, est en soi une expression de l'autonomie. « *Même si le patient délègue ce droit à quelqu'un d'autre, le choix de déléguer est en lui-même autonome.* »<sup>171</sup>

Pour pouvoir exercer sciemment son autonomie et choisir librement, le patient doit être dûment informé. L'obligation fondamentale du praticien est celle d'assurer au patient « *le droit de choisir, ainsi que le droit à accepter ou refuser d'être informé. L'information imposée, l'absence de choix et la révélation évasive sont incompatibles avec cette obligation* »<sup>172</sup> et constituent des formes de non-respect de l'autonomie.

---

<sup>168</sup> *Ibid.* p. 206.

<sup>169</sup> Le Coz P. *Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients.* Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 93.

<sup>170</sup> *Ibid.* p. 93.

<sup>171</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fispach M. *Les principes de l'éthique biomédicale.* 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 99

<sup>172</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fispach M. *Les principes de l'éthique biomédicale.* 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 100.

Qu'est-ce qui relie les principes éthiques aux droits des patients et aux devoirs des soignants ?  
Ce sont les Lois et le Code de déontologie : « *Ce sont les règles, qui donnent aux principes éthiques une expression concrète, qui les font exister dans la vie clinique. La règle est une procédure [...] qui actualise un principe [...] différemment en fonction des contextes* »<sup>173</sup>.

« *Le médecin qui s'en tiendrait au moment juridique de la décision se bornerait à vérifier l'accord entre ce qu'il décide et ce que le droit lui permet. Seule une compréhension philosophique du fondement des règles du droit peut situer la justification de la décision médicale sur le terrain de l'éthique.* »<sup>174</sup>

« *La réflexion philosophique sur l'argumentation fondatrice des règles du droit qui président à la décision médicale est donc une façon de prendre au sérieux l'exigence de sens*<sup>175</sup> *qui sous-tend la doléance du patient* »<sup>176</sup>.

En d'autres termes, en alignant sa propre pratique clinique aux textes de Loi, le praticien peut s'exercer à penser quels principes sous-tendent une certaine Loi, et peut même parfois, si nécessaire, l'expliquer au patient.

Le médecin doit accepter le fait que dans la Loi tout n'est pas si « noir et blanc » qu'il ne voudrait le croire<sup>177</sup>. Ça peut être déstabilisant quand on a besoin d'un « cadre » qui soutienne, mais cela peut aussi être une source de souplesse car, on doit le rappeler, la Loi doit prendre en compte le plus grand nombre de situations, mais elle ne peut pas tout prévoir !

Les Articles de Loi concernant le consentement libre et éclairé<sup>178</sup>, la personne de confiance<sup>179</sup> et les directives anticipées<sup>180</sup>, ainsi que la loi sur l'obstination déraisonnable<sup>181</sup>, s'enracinent dans le respect du principe d'autonomie et des droits des malades ainsi que dans la volonté de poser une limite au paternalisme médical. La loi qui définit l'obstination déraisonnable pose en plus ses bases sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance et sur le concept de balance bénéfices-risques. Elle parle aussi du respect du concept de dignité.

En ce qui concerne en particulier le « consentement éclairé », l'Article L1111-4 du CSP affirme que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

---

<sup>173</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 110.

<sup>174</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 31.

<sup>175</sup> L'Auteur parle ici d'« exigence de sens » : il se réfère à l'exigence de justice (et donc de sens) dont j'ai parlé p. 38-39 face à l'absurdité de sa maladie.

<sup>176</sup> *Ibid.* p 34.

<sup>177</sup> McCrossan L, Siegmeth R. Demands and Requests for 'Inappropriate' or 'Inadvisable' Treatments at the End of Life: What Do You Do at 2 o'clock in the Morning When ...? Br J Anaesth. 2017; 119 (S1): i90-98.

<sup>178</sup> Art. L. 1111-4 du CSP.

<sup>179</sup> Art. L. 1111-6 du CSP.

<sup>180</sup> Art. R. 1111-18 du CSP.

<sup>181</sup> Art. L1110-5 du CSP.

Deux mots doivent à mon sens attirer l'attention en lisant cet article.

Le premier est « avec » : c'est une mise en commun des savoirs. Le deuxième est « préconisations ». Le médecin « préconise », c'est-à-dire : « *recommande vivement* »<sup>182</sup>, sur la base de ses connaissances scientifiques, techniques et sur la base de son expérience, le traitement qui lui semble le plus adapté.

Le Législateur a souhaité faire en sorte que le patient devienne partenaire de la décision, qu'il ne se limite pas uniquement à acquiescer ou à refuser une certaine proposition. Il contribue, dans la mesure du possible, à élaborer le projet thérapeutique, sans en être bien évidemment le seul agent<sup>183</sup>. Il connaît ce qui est bien et ce qui n'est pas bien pour lui, il connaît ses objectifs de vie et sait juger si le traitement proposé pourrait l'aider à les atteindre<sup>184</sup>.

Par ailleurs, la personne malade ne peut élaborer un avis argumenté que si elle a confiance en l'information qui lui est transmise et qu'elle la comprend<sup>185</sup>.

C'est le consentement libre et éclairé.

Pour que le consentement soit libre, il faut qu'il soit l'expression de l'autonomie de la personne. Il ne peut être une injonction, une assignation ou une prescription<sup>186</sup>. Le patient doit être « *libre de toute pression ou contrainte, effective ou subjective* »<sup>187</sup>.

Pour que le consentement soit éclairé, l'Article 35 du Code de déontologie médicale affirme que :

*« Le patient doit bénéficier d'informations loyales, claires et adaptées à son degré de compréhension de la part des équipes soignantes et médicales [...]. Donner son consentement éclairé implique de connaître les alternatives thérapeutiques envisageables, c'est-à-dire les autres moyens de traiter le(s) problème(s) de santé rencontré(s) avec leurs avantages et leurs inconvénients »*<sup>188</sup>.

Le praticien, ne doit pas faire porter au patient tout le poids d'un choix thérapeutique qui engagerait son avenir<sup>189</sup>. Il ne doit pas non plus se désengager au premier refus de soins : le patient doit réitérer sa décision et le suivi médical doit se poursuivre en cas de refus confirmé<sup>190</sup>.

Le consentement est un processus dynamique et évolutif<sup>191</sup> : le patient a le droit à tout moment de changer d'avis.

---

<sup>182</sup> <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/preconiser>

<sup>183</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 58.

<sup>184</sup> Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. World J Surg. 2014 ; 38 (7) : 1631-37.

<sup>185</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 6.

<sup>186</sup> Ibid. p. 7.

<sup>187</sup> Art. 35 du Code de déontologie médicale ET Art. R.4127-35 du CSP.

<sup>188</sup> Art. 35 du Code de déontologie médicale.

<sup>189</sup> Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil ; 2007, p. 58.

<sup>190</sup> Art. L. 1111-4 du CSP.

« *Au-delà de sa construction juridique, le consentement doit devenir une construction relationnelle et sociale, pour améliorer la gestion de la relation et de la communication et ainsi [...] ‘promouvoir une culture humaniste de la santé’* »<sup>192</sup>.

Des difficultés peuvent survenir si le patient, ou son entourage, demande des traitements considérés inappropriés par le soignant. Dans ces cas, il est bien évidemment nécessaire de valider de façon collégiale la prise en charge proposée. L'Art. L1110-5 du CSP sur l'obstination, affirme que « *le patient a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.* » Le médecin a donc l'obligation de prodiguer les soins les plus appropriés, mais pas ceux qui ne le sont pas...

Il est tout de même toujours difficile par humanité, d'imposer un refus ferme dans des situations de détresse et parfois des vrais dilemmes peuvent surgir...

McCrossan *et al.* conseillent d'expliquer à plusieurs reprises pourquoi l'équipe considère que le traitement demandé est inapproprié, de proposer d'autres options thérapeutiques si présentes, de demander un deuxième avis à un autre centre et éventuellement demander l'aide d'un juriste et/ou discuter le dossier au Comité d'Éthique<sup>193</sup>.

En cas de traitements qui « *apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien de la vie* »<sup>194</sup>, pour ne pas entreprendre le traitement, ou le suspendre, il faut confirmer la décision par une procédure collégiale, même si le patient exprime (ou avait exprimé) son accord ou si c'est lui qui a (ou avait) fait la demande<sup>195</sup>.

En cas de traitement chirurgical qui lui semble déraisonnable, le chirurgien d'astreinte ou de garde doit donc échanger avec les autres praticiens qui ont ou auront en charge le patient, pour que la décision soit prise de façon collégiale. La concertation est plus difficile et limitée la nuit et les week-ends, mais jamais impossible. Dans tous les cas le chirurgien ne doit pas prendre la décision tout seul.

Au vu de tous ces éléments, Monsieur C. n'avait peut-être pas tout compris de ce que je lui avais expliqué, mais il avait bel et bien fait son choix autonome : il avait décidé que j'allais décider pour lui.

---

<sup>191</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 4.

<sup>192</sup> Voefray Favre A, citée par l'avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 27.

<sup>193</sup> McCrossan L, Siegmeth R. Demands and Requests for 'Inappropriate' or 'Inadvisable' Treatments at the End of Life: What Do You Do at 2 o'clock in the Morning When ...? *Br J Anaesth.* 2017 ; 119 (S1) : i90-98.

<sup>194</sup> Art. L1110-5 du CSP.

<sup>195</sup> Art. L1110-5 du CSP.

J'avais donc respecté son autonomie, mais ma perplexité restait : il n'avait pas décidé « avec » moi. Malgré sa phrase « Docteur, je vous fais confiance », j'avais l'impression d'avoir décidé « pour » lui. Est-ce qu'il avait exprimé un consentement libre et éclairé ?

### 5.3.2.1 Les points faibles du de respect de l'autonomie et du consentement :

Le cas particulier des états de fragilité-vulnérabilité : l'assentiment.

*« La réalité est parfois étrangère aux textes »<sup>196</sup>.*

*« La vocation d'une réflexion éthique est de décrire un idéal vers lequel il faut tendre. Il appartient à chacun de faire tout son possible pour y parvenir ou s'en approcher au mieux. »<sup>197</sup>*

Le Comité National d'Éthique dans le Résumé de son avis n°136, reformule bien ma perplexité : *« Comment consentir à quelque chose que l'on ne comprend pas ou imparfaitement ? Dans quelle mesure le consentement est-il compatible avec les états de grande vulnérabilité ? Comment décider pour autrui, dont la capacité à consentir est altérée ? »<sup>198</sup>*

Il faut se rappeler que le concept d'autonomie (en tant que principe éthique) n'est pas absolu, noir ou blanc : *« il n'est pas possible d'être totalement et individuellement autonome, a fortiori lorsque l'on est atteint d'une maladie ou d'une perturbation qui modifie le rapport à soi et à son environnement. L'autonomie est donc conçue comme n'étant jamais absolue. »<sup>199</sup>*

Dans son livre « La clinique de la dignité », C Fleury affirme que :

*« La dépendance est un fait que personne ne peut nier. Il n'y a pas d'un côté ceux qui sont autonomes et de l'autre ceux qui seraient dépendants. Il n'y a que de dépendants, des interdépendants, mais ces dépendances – au lieu de nous inscrire dans des circuits de réciprocité – nous classifient de façon binaire et erronée comme étant exclusives les unes des autres. »<sup>200</sup>*

Elle définit l'autonomie comme *« la possibilité pour chacun de rendre réversibles les vulnérabilités qui sont les siennes, et de rendre réciproques, dans une dynamique du moindre mal, les dépendances dans lesquelles il s'insère. »<sup>201</sup>*

Mais tous les patients n'ont pas la capacité ou la possibilité par eux-mêmes de « rendre réversibles les vulnérabilités » qui sont les leurs.

---

<sup>196</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 10.

<sup>197</sup> *Ibid.* p. 12.

<sup>198</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 4.

<sup>199</sup> *Ibid.* p. 6.

<sup>200</sup> Fleury C. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Éditions du Seuil ; 2023, p 43-44.

<sup>201</sup> *Ibid.* p. 44.

Le CCNE, dans son avis n°136 affirme que, paradoxalement, quand une personne est malade, elle a besoin d'autrui pour être autonome<sup>202</sup>.

Qu'est-ce qui peut donner à « autrui », dans ce cas le soignant, l'élan pour que l'autonomie de la personne dépendante et vulnérable soit respectée, re affirmée, reconnue même quand elle est à peine ou pas « visible » ?

À mon avis c'est le respect de la dignité.

C. Hédon, dans son texte « La dignité au regard des droits », qui apparaît dans le livre « La clinique de la dignité » de C Fleury, affirme que :

*« La dignité découle de la composante d'humanité que chaque personne a en elle. Dès lors, la dignité n'a pas à être établie, elle ne se mérite pas, ne s'acquiert pas, ne se perd pas. Nous n'avons pas à nous comporter d'une certaine manière ou à correspondre à des attentes pour être dignes. [...] Il n'y a pas de condition pour être digne. Ce n'est pas une qualité appartenant à certaines personnes. Elle est ce que l'humanité a en commun et protège de toute forme de déshumanisation. »<sup>203</sup>*

La dignité doit « juste » être reconnue par les autres humains.

C'est la raison pour laquelle C. Fleury<sup>204</sup> affirme que « toute conception de la dignité est nécessairement une conception relationnelle, au sens où il n'y a pas de dignité possible sans immédiatement supposer un certain type de relation avec autrui, à savoir des relations dignes. »<sup>205</sup>

Parmi les façons d'instaurer des relations dignes dans le domaine du soin, il y a par exemple le respect de l'intimité, que C. Fleury définit comme une « forme territorialisée de la dignité »<sup>206</sup>, ou l'attention que le soignant peut porter à l'accomplissement de ses tâches, que ne sont pas que des gestes mécaniques, mais qui « valorisent davantage la relation au sujet, par la conversation, le temps pris pour accomplir les tâches, et surtout le temps « autre », pour développer avec le sujet une relation qualitative venant valoriser ce qui reste capacitaire chez ledit sujet. »<sup>207</sup>

C'est être attentifs à « l'éthique du lien social »<sup>208</sup>, humaniser le soin.

L'intimité de Monsieur C. avait-elle été respectée le soir de son arrivée aux urgences ? Peut-être pas complètement : il était installé dans le couloir et il n'y avait pas de box d'examen libre... Est-ce que j'avais pris le temps de valoriser la relation avec lui à ce moment ? J'étais peut-être

---

<sup>202</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 6.

<sup>203</sup> Hédon C. « La dignité au regard des droits ». Rebonds et exploitations, dans Fleury C. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Éditions du Seuil ; 2023, p 133.

<sup>204</sup> Fleury C. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Éditions du Seuil ; 2023, p 54.

<sup>205</sup> *Ibid.* p. 44.

<sup>206</sup> *Ibid.* p. 53.

<sup>207</sup> *Ibid.* p. 55.

<sup>208</sup> Marché-Paillé A, citée par Fleury C. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Éditions du Seuil ; 2023, p 55.

un peu trop occupée à imaginer ce qui se passait dans son abdomen, à comment « résoudre » techniquement le problème, et puis j'avais à appeler sa famille, l'anesthésiste, le bloc...

Face aux contraintes temporelles et spatiales le soignant peut parfois se sentir submergé et oublier le côté humain du soin. Il faut apprendre à ralentir, mais ce n'est pas toujours évident, surtout dans l'urgence... Il faudrait donc apprendre à ralentir au bon moment.

Un autre élément qui peut aider à restituer l'autonomie au patient, c'est « *l'instauration d'une relation de confiance (qui) permet le développement d'un climat sécurisant et d'écoute active, facilite l'expression du patient et l'aide à conquérir son autonomie.* »<sup>209</sup>. La confiance est le prérequis à la décision médicale partagée<sup>210</sup>.

Les facteurs qui peuvent expliquer une difficulté dans la création et le maintien d'une relation de confiance sont la place de l'incertitude dans l'agir médical, le manque de temps et l'urgence<sup>211</sup>.

Pour que la décision médicale soit partagée, il faut respecter le principe du consentement, mais ce respect pose question et peut être difficile, « *notamment dans les situations de vulnérabilité, à tel point que l'on peut se demander si l'application du droit au consentement n'est pas devenue un leurre dans certaines circonstances.* »<sup>212</sup>

L'existence de troubles cognitifs ou psychiatriques peut limiter en tout ou en partie les quatre dimensions de l'élaboration du consentement (comprendre, apprécier-pondérer, raisonner et communiquer)<sup>213</sup>.

Dans « *les situations où les capacités de discernement de la personne ne sont ni totalement présentes, ni totalement absentes, fragilisées sans être abolies, si bien que la personne en question ne peut peut-être pas donner un authentique consentement, mais où l'on ne peut pas décider pour elle [...]* » on utilise les termes d'assentiment ou d'adhésion plutôt que le terme de consentement<sup>214</sup>.

La recherche de l'assentiment ou de l'adhésion reste donc valable même en présence d'une personne qui ne comprend pas ou qui comprend imparfaitement, ou qui n'est pas ou plus capable de s'exprimer de façon verbale. L'altération de la capacité de compréhension n'annule pas le devoir d'informer<sup>215</sup>. L'altération de la capacité verbale n'annule pas le devoir de rechercher un accord. « *L'assentiment relève davantage du sentir et du ressentir que du jugement*

---

<sup>209</sup> Rogers C, cité par l'avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 15.

<sup>210</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 15.

<sup>211</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 16.

<sup>212</sup> *Ibid.* p. 10.

<sup>213</sup> *Ibid.* p. 142.

<sup>214</sup> *Ibid.* p. 7.

<sup>215</sup> *Ibid.* p. 17.

intellectuel. »<sup>216</sup> « Ça peut être un accord donné à voix basse ou dans l'arrière-fond infra-verbal de la communication. »<sup>217</sup>

« Les soignants doivent ainsi apprendre à reconnaître, observer, décrire, interpréter, respecter l'assentiment d'un patient, et lui accorder une réelle valeur, indiscutable et contraignante dans la relation de soin pour le respect de l'autonomie de la personne accompagnée ou soignée. »<sup>218</sup>

Ce n'est pas quelque chose de formel, mais quelque chose qui noue la relation soignante, une marque du respect de la dignité du patient. La recherche de l'assentiment permet « d'éviter deux écueils : de passer en force au nom des actes prescrits et du besoin de faire bien (et de) renoncer à soigner puisqu'il n'y a pas eu accord »<sup>219</sup>.

« Préserver l'espace du consentement c'est aussi en effet circonscrire celui de son revers : l'injonction, la contrainte, la privation de liberté - et dissiper les malentendus - pour dispenser des soins proportionnels au bénéfice attendu par les personnes. À ce titre, l'évolution de la relation soignants-patients vers une plus large participation des patients aux choix qui construisent leur parcours médical, est déterminante. »<sup>220</sup>

Concernant l'absence d'accord au soin, le praticien a le devoir, avant de l'accepter, de s'assurer que le refus soit « libre et éclairé ». Comment faire ? Il faut commencer par « distinguer la notion de refus et celle d'opposition »<sup>221</sup>.

L'opposition concerne davantage les personnes présentant des troubles cognitifs, qui peuvent « percevoir le soin ou un traitement comme une agression »<sup>222</sup> et il ne s'agit pas forcément d'un refus. Le travail de transmission de l'information est encore plus important chez ce groupe de patients.

Le temps, parfois très long, nécessaire à la délivrance de l'information est souvent restreint dans le cadre de l'urgence mais, plus généralement, dans le « contexte actuel où des exigences de performance se font jour au sein du système de santé. »<sup>223</sup>

Le CCNE, dans son avis n°136, souligne que :

« Le risque est de ne pas suffisamment expliquer aux personnes ce qu'elles sont en droit de savoir au seul motif qu'elles ne comprendraient pas ou pas tout, ou pas assez rapidement. Un autre risque serait de considérer que le refus n'est pas éclairé lorsqu'il ne semble pas rationnel ou logique, ou à l'encontre de la proposition du professionnel de santé. Accepter

---

<sup>216</sup> Ibid. p. 29.

<sup>217</sup> Lambert G, cité par l'avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 29.

<sup>218</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 29-30.

<sup>219</sup> Ibid. p. 30.

<sup>220</sup> Ibid. p. 26.

<sup>221</sup> Ibid. p. 31.

<sup>222</sup> Ibid. p. 31.

<sup>223</sup> Ibid. p. 31.

*un refus n'exclut pas le soin et ne signe aucunement l'abandon d'une personne, mais au contraire son écoute. »*<sup>224</sup>

Dans les deux cas d'opposition et de refus, il faut donc s'assurer que l'information délivrée puisse avoir été comprise par le patient, en fonction de ses capacités cognitives.

La personne de confiance (ou, si non désignée, un membre de la famille) peut participer et aider à la prise de décision, par exemple en reformulant les explications et en les rendant plus intelligibles au patient. Le risque est que, parfois, elle peut interférer dans la prise de décision, en mettant la pression au patient, en essayant de le « convaincre » d'accepter ce que le médecin propose, ou ce qu'elle considère adapté. Cette attitude « d'infantilisation » des personnes âgées, encore présente aussi bien au sein du personnel soignant que de l'entourage, peut mettre à mal la liberté de l'expression du consentement ou assentiment au soin.

Le consentement doit être considéré comme un « *processus vivant et dynamique* »<sup>225</sup>, pour tous les patients et en particulier pour ceux atteints de troubles cognitifs et mnésiques : il faut parfois présenter l'information de façon répétée et on doit accepter (comme pour tout patient en possession complète de ses facultés) que le patient retire ou révisé son consentement en cours de prise en charge<sup>226</sup>.

Quand une personne n'est plus capable de décider pour elle-même, et si elle n'avait pas établi des directives anticipées, le choix est pris par le professionnel, avec l'aide de la personne de confiance et, en son absence, des proches, qui peuvent donner leur avis sur quelles étaient les volontés du patient.

Les directives anticipées permettent au patient d'anticiper ce qui peut advenir et doivent être considérées par le soignant comme « *un outil d'accompagnement et d'anticipation précieux, une aide au cheminement, de sorte que la personne soit actrice de ses décisions, quand bien même elle ne serait plus en mesure de s'exprimer explicitement au moment de les acter.* »<sup>227</sup>

Cet outil juridique faciliterait la prise en charge dans les situations difficiles, mais une étude réalisée par l'Institut BVA auprès d'un échantillon de Français âgés de 50 ans et plus, interrogés par téléphone en 2019, reporte que seulement 13% des interrogés avait rédigé leurs directives anticipées<sup>228</sup>.

---

<sup>224</sup> *Ibid.* p. 31.

<sup>225</sup> Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ». 2021, p. 18.

<sup>226</sup> *Ibid.* p. 18.

<sup>227</sup> *Ibid.* p. 20.

<sup>228</sup> [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude\\_BVA\\_directives\\_anticipees\\_2019.pdf](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf) consulté le 27/06/2024.

Les directives anticipées, sont contraignantes pour le médecin, à l'exception de la situation d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives apparaissent manifestement non appropriées ou non conformes à la situation médicale. Une éventuelle décision de refus d'application des directives anticipées doit être prise lors d'une procédure collégiale<sup>229</sup> et notée dans le dossier médical.

La personne de confiance a, en premier lieu, un rôle d'assistance et de soutien : elle peut aider, on l'a déjà dit, à la compréhension des informations et à la prise de décision. Deuxièmement, si le patient n'est pas en capacité de s'exprimer, elle a le rôle de témoigner de la volonté antérieure du patient. Mais encore faut-il que le patient et la personne de confiance aient un jour (quand le patient était encore capable de décider pour lui-même) échangé sur les questions de la fin de vie, de l'obstination déraisonnable etc... C'est le cas quand il s'agit d'une personne de confiance désignée dans le passé, mais malheureusement c'est beaucoup moins fréquent, dans mon expérience, en cas de désignation ponctuelle de la personne de confiance lors d'une hospitalisation, comme prévu par la Loi<sup>230</sup>.

Dans certaines situations, par exemple quand le patient hospitalisé en urgence n'est pas capable de s'exprimer, on peut même s'interroger si c'est n'est pas de « l'auto-désignation » de la part d'un membre de la famille, ou de la désignation « d'office » par le personnel effectuant l'admission, ce qui priverait de valeur juridique cette nomination, même quand il s'agit d'un proche<sup>231</sup>.

Il est par ailleurs difficile, pour les proches, de se porter témoin de la volonté autrui sans se laisser envahir par sa propre volonté, ses souhaits, ses émotions et ses sentiments.

Le médecin doit prendre en compte le témoignage de la personne de confiance sans faire retomber sur ses épaules la responsabilité d'un choix lourd. Il faut se rappeler, et rappeler à la personne de confiance, que « juridiquement, délivrer une intention n'est pas consentir et donc décider. »<sup>232</sup>

Cependant le témoignage de la personne de confiance doit peser dans la décision.

Le CCNE dans son avis n°136 affirme que « *tenir compte de la démarche initiale effectuée par le patient d'exprimer par avance ses choix, c'est continuer de lui accorder toute la considération à laquelle il a droit, c'est préserver sa dignité quel que soit sa situation de dépendance.* »<sup>233</sup>

---

<sup>229</sup> Veber B. Limitations thérapeutiques en médecine périopératoire. *Anesth Reanim.* 2018 ; 4 : 486-491.

<sup>230</sup> Art. L. 1111-6 du CSP : « *Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.* »

<sup>231</sup> Avis n° 136 du CCNE. « *L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin.* ». 2021, p. 34.

<sup>232</sup> *Ibid.* p 34.

<sup>233</sup> *Ibid.* p 34.

En d'autres termes, c'est une manière de « redonner » au patient son autonomie.

Actuellement les directives anticipées sont contraignantes, mais le témoignage de la personne de confiance ne l'est pas. Pour le CCNE il serait légitime de donner plus de poids à la parole de la personne de confiance, en tant que porteuse de la « *volonté prolongée* » du patient<sup>234</sup>.

Si la personne de confiance n'a pas été désignée, c'est la famille qui a le rôle de porter la parole du patient.

Dans le cas particulier des personnes sous protection juridique, la Loi rappelle que l'expression des souhaits, des préférences et du consentement doivent être systématiquement recherchées quel que soit le régime de protection. L'Article 459 du Code civil affirme que : « *La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. La personne protégée peut accepter ou refuser les soins médicaux.* » Le médecin doit se rappeler que le respect de la volonté de la personne protégée prime sur la décision de son protecteur juridique.

Malgré toute la bonne volonté que le médecin peut mettre pour créer une relation digne en essayant de reconnaître l'autonomie du patient et rechercher son assentiment, il faut se rappeler que toute relation médicale restera toujours asymétrique. Le patient a un « besoin » et le praticien a souvent les moyens de l'assouvir. La vulnérabilité et la fragilité amplifient énormément cette asymétrie, et parfois le patient n'est vraiment pas en mesure de s'exprimer et n'a personne pour témoigner de sa volonté passée.

Sur cette relation déjà asymétrique, pèse un dernier élément qui peut lui aussi influencer le processus décisionnel et accentuer l'asymétrie : la responsabilité.

### **5.3 La responsabilité :**

Du point de vue légal la responsabilité (civile, pénale, professionnelle et ordinale) peut être définie comme « *l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences.* »<sup>235</sup>

Il faut se rappeler que même en cas de décision partagée avec le patient (ou la personne de confiance ou la famille), le seul qui est légalement responsable de la décision, c'est le médecin.

---

<sup>234</sup> *Ibid.* p 34.

<sup>235</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9> consulté le 26/6/2024.

On peut considérer la responsabilité aussi sous un autre point de vue, celui de l'éthique. On peut la définir comme la « *nécessité pour quelqu'un de répondre de ses intentions et de ses actes devant sa conscience* »<sup>236</sup>.

Parfois, dans une situation donnée, des intentions contradictoires, qui découlent de différents principes, différentes valeurs, peuvent rentrer en tension. Par exemple la volonté et le devoir de respecter l'autonomie de la personne peuvent rentrer en conflit avec la nécessité éthique et légale de la protéger.

La question de savoir si le respect de l'autonomie du patient doit avoir la priorité sur la bienfaisance professionnelle reste encore un des problèmes centraux de l'éthique biomédicale<sup>237</sup> et la structure de nombreux dilemmes éthiques.

Le CCNE dans son avis n°128 souligne bien ce conflit entre les principes éthiques :

*« Dans les faits, les décisions médicales prises avec autrui (au mieux), ou pour autrui (ce qui n'est pas rare) sont en partie conditionnées par la responsabilité du «codécideur» (par exemple les proches ou les soignants) et en particulier lorsque la décision relève d'une bonne évaluation du rapport du bénéfice escompté au risque probable. Il est ainsi facile de comprendre que la peur du risque (selon que la personne présente un risque pour elle-même ou pour autrui) va avoir tendance à se traduire par des choix sécuritaires et limitant plus encore l'autonomie. C'est ainsi que pour assurer « le bien de la personne âgée » et au nom de principes éthiques de non nuisance, de pertinence, de bienfaisance, on peut faire fi de l'autonomie et violer le désir de la personne. La dépendance s'oppose alors de façon non éthique à l'exercice de l'autonomie. »*<sup>238</sup>

En même temps, aucun principe « prime » sur les autres, chaque situation est singulière.

Les décisions difficiles surviennent quand deux ou plusieurs principes entrent en conflit.

Il n'y a pas de solution standard, la décision sera prise au cas par cas, entre la volonté de respecter l'assentiment du patient, celle de ne pas l'exposer à un risque excessif ou à un traitement disproportionné ni d'être à l'origine d'une perte de chance.

Dans cette réflexion je suis partie des principes de non malfaisance et de bienfaisance, qui ont besoin de s'appuyer sur le respect de l'autonomie pour s'éclorre pleinement. Mais parfois, quand l'autonomie est fortement défaillante, il faut revenir à la bienfaisance et surtout la non-malfaisance et prendre appui plus fortement sur ces dernières.

Il n'y a pas une décision « juste », mais des décisions « ajustées » aux situations.

---

<sup>236</sup> *Ibid.*

<sup>237</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fispach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres ; 2008, p. 256.

<sup>238</sup> Avis n° 128 du CCNE. « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? ». 2018, p 46.

## 6 CONCLUSION

Ce travail, en analysant les difficultés décisionnelles que peut rencontrer le chirurgien digestif d'astreinte ou de garde dans la prise en charge des urgences chez les patients âgés et fragiles met en évidence différents points importants.

En premier lieu l'incertitude, qui peut être soit un élément paralysant soit une incitation à la réflexion, à la recherche de nouvelles solutions et à l'échange collégial ou multidisciplinaire, et ceci même dans le cadre de l'urgence.

En deuxième lieu la contingence, qui est le reflet de la complexité des situations et de la subjectivité des décideurs. Ce concept nous rappelle que la médecine est un art et pas une science.

La subjectivité des décideurs met en évidence en troisième lieu, le fait que, même si les principes éthiques sont « universels », la sensibilité de chacun peut être différemment touchée dans une même situation. Les principes de l'éthique ne sont pas des ingrédients fixes à utiliser exactement dans les mêmes proportions à chaque fois. Le goût amer qu'une décision peut laisser est l'indice qu'un principe était, à l'œil du décideur, pas assez bien « dosé » par rapport aux autres...

Par conséquent, dans le contexte spécifique de l'urgence chez la personne âgée les éléments tels que les nombreuses co morbidités et fragilités rendent la décision plus difficile : les principes de bienfaisance et de non malfaisance, et la balance bénéfices-risques sont à soupeser avec attention. L'aide du patient (ou de son entourage) est fondamentale.

La présence d'un déficit cognitif, isolé ou accompagné de morbidités-fragilités, augmente davantage le challenge : l'avis du patient est toujours important et le soignant doit se donner les moyens d'expliquer au mieux la prise en charge et de rechercher l'assentiment ou l'accord à la prise en charge qui lui semble la plus appropriée.

Finalement, la décision finale est toujours du ressort et de la responsabilité du praticien, et même si cela demande de sauter dans le vide de l'incertitude ou de marcher sur le terrain instable de la contingence, le praticien ne sera pas seul : le patient et son entourage seront ses guides pour donner la direction, et ses collègues ses conseillers pour établir, confirmer et maintenir le cap.

Un processus de prise de décision juste et acceptable est défendable en raison de la hiérarchie des principes qu'il établit, et pas uniquement parce qu'il va entraîner une bonne décision ou un bon résultat<sup>239</sup>.

---

<sup>239</sup> Beauchamp TL, Childress JF, Fislach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020<sup>e</sup>, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres, 2008, p. 318.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### ○ Articles :

De Blasio E, De Gaudio AR, Petrini F, Riccioni L, Anzani A, Carlomagno N *et al.* Condivisione SIAARTI-SIC “Strategie perioperatorie: presa a carico dell’anziano con gravi comorbilità e fase avanzata di malattia con parologia chirurgica acuta”. SIAARTI, Buone pratiche cliniche. <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/04/SIAARTI-SIC.pdf>

Belhomme N, Jegou P, Pottier P. Gestion de l’incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Med Interne.* 2019; 40 (6): 361-67.

Belmin J, Khellaf L, Pariel S, Jarzebowski W, Valembois L, John Zeisel J *et al.* Validation of the French version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *BMC Med Res Methodol.* 2020; 20 (5): 21.

Collins CE., Renshaw S, Adib M, Gupta A, Rosenthal R. Frailty in emergency general surgery: Low-risk procedures pose similar risk as high-risk procedures for frail patients. *Surgery.* 2023. 173 (2): 485-91.

Costa G, Bersigotti L, Massa G, Lepre L, Fransvea P, Lucarini A *et al.* The Emergency Surgery Frailty Index (EmSFI): development and internal validation of a novel simple bedside risk score for elderly patients undergoing emergency surgery. *Aging Clin Exp Res.* 2021; 33 (8): 2191-2201.

Costa G, Massa G, *et* ERASO (Elderly Risk Assessment for Surgical Outcome) Collaborative Study Group. Frailty and Emergency Surgery in the Elderly: Protocol of a Prospective, Multicenter Study in Italy for Evaluating Perioperative Outcome (The FRAILESEL Study). *Updates Surg.* 2018; 70 (1): 97-104.

Grant SB., Modi PK, Singer EA. Futility and the Care of Surgical Patients: Ethical Dilemmas. *World J Surg.* 2014; 38 (7): 1631-37.

Grossman E, Angelos P. Futility: What Cool Hand Luke Can Teach the Surgical Community. *World J Surg* 2009; 33 (7): 1338-40.

Ho VP, Bensken WP, Santry HP, Towe CW, Warner DF, Connors AF *et al.* Health Status, Frailty, and Multimorbidity in Patients with Emergency General Surgery Conditions. *Surgery.* 2022; 172 (1): 446-52.

Kenig, J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six Screening Instruments for Frailty in Older Patients Qualified for Emergency Abdominal Surgery. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 61 (3): 437-42.

Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and Emergency Abdominal Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis. *Surgeon.* 2022 ; 20 (6) : e307-14.

López Penza P., Ruso Martínez L. Analyse des résultats de la cholécystectomie laparoscopique d’urgence chez le patient âgé plus 70 ans. *J Chir Visc.* 2022; 159 (4): S96.

McCrossan L, Siegmeth R. Demands and Requests for ‘Inappropriate’ or ‘Inadvisable’ Treatments at the End of Life: What Do You Do at 2 o’clock in the Morning When ...? *Br J Anaesth.* 2017; 119 (S1): i90-98.

McIsaac DI., Hladkowicz E, Bryson GL, Forster AJ, Gagne S, Huang A et al. Home-Based Prehabilitation with Exercise to Improve Postoperative Recovery for Older Adults with Frailty Having Cancer Surgery: The PREHAB Randomised Clinical Trial. Br Anaesth. 2022; 129 (1): 41-48.

Parmar KL, Pearce L, Farrell I, Hewitt J, Moug S. Influence of Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: A UK-Based Observational Study. BMJ. 2017; 7 (10): 1-4.

Ronchi S, Racaniello E, Accardi R. Frailty syndrome: tra geriatria e chirurgia. Una revisione della letteratura. IJN. 2019; 31: 31-41. IJN\_31\_2019\_Frailty\_syndrome1.pdf (italianjournalofnursing.it)

Veber B. Limitations thérapeutiques en médecine périopératoire. Anests Reanim. 2018 ; 4 : 486-491

○ **Livres :**

Beauchamp TL, Childress JF, Finsbach M. Les principes de l'éthique biomédicale. 2020e, deuxième tirage éd. Médecine & sciences humaines 9. Paris : les Belles lettres, 2008. Chapitres 3, 4 et 5.

Fleury, Cynthia. La clinique de la dignité. Le compte à rebours. 1ère éd. Paris : Éditions du Seuil, 2023.

Lavis A. L'imprévu : que faire lorsqu'on ne sait plus ? Les grands mots. Paris : Autrement, 2021.

Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris : Editions du Seuil, 2007.

○ **Avis du CCNE ([www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)) :**

Avis n° 128 du CCNE. « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? » 2018.

Avis n° 136 du CCNE. « L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin » 2021.

○ **Sites internet :**

- *Articles de Loi et Code de déontologie :*

Articles de Loi : Légifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)) : Art. L. 1111-4, Art. L. 1111-6, Art. R. 1111-18, Art. L1110-5, Art. R.4127-35 du Code de la Santé Publique. Art. 459 du Code civil.

Conseil national de l'ordre des médecins ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)) : Art. 35 du Code de déontologie médicale.

- *Définitions :*

Définition de « phénoménologie » : <https://www.les-philosophes.fr/phenomenologie.html>

Définition de « préconiser » : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/preconiser>

Définition de « responsabilité » : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9> consulté le 26/6/2024

- *Scores-classifications* :

Evaluation gériatrique standardisée en oncologie. Oncologik: <http://oncologik.fr/referentiels/dsrc/evaluation-geriatrique-standardisee-en-oncologie>.

Score VES:

[https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/projects/acove/docs/acove\\_ves13.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/projects/acove/docs/acove_ves13.pdf)

Score *Oncodage* G8 : <https://ressources-aura.fr/questionnaire-g8/>

Critères SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*) : <http://medicalcul.free.fr/sris.html>.

*Palliative Performance Scale* (PPS) : [https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss\\_lanaudiere/Professionnels/Soins\\_fin\\_de\\_vie/Echelle\\_performance\\_soins\\_palliatifs.pdf](https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Professionnels/Soins_fin_de_vie/Echelle_performance_soins_palliatifs.pdf)

Groupe iso-ressource, GIR : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

- *Documents HAS (Haute Autorité de Santé)* :

HAS : Synthèse du rapport d'orientation Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) Juin 2016. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese\\_raac\\_2016-09-01\\_15-49-32\\_230.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/synthese_raac_2016-09-01_15-49-32_230.pdf)

Niveaux de preuve : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

- *Webinaire et documents médicaux* :

Webinaire organisé par l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche Comté : « La pertinence de la chirurgie en urgence vitale chez la personne âgée : quels enjeux éthiques ? » <https://www.youtube.com/watch?v=v24pOyrnZII>

Édition professionnelle du Manuel MSD. « Cholécystite aiguë - Troubles hépatiques et biliaires ». Consulté le 30 mai 2024. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-hepatiques-et-biliaires/pathologies-de-la-vesicule-et-des-canaux-biliaires/cholécystite-aiguë>.

Titre :

**La chirurgie digestive urgente chez la personne âgée fragile.  
Enjeux éthiques entre la volonté d'éviter un geste chirurgical disproportionné et le risque de  
perte de chance.**

Résumé :

La chirurgie digestive d'urgence chez la personne âgée présente des nombreux enjeux éthiques en raison de la fragilité et des comorbidités du patient, qui peuvent considérablement augmenter le risque chirurgical et la morbi-mortalité postopératoire. Le chirurgien, dans sa prise de décision, doit sous peser la balance bénéfices-risques et prendre en considération la qualité de vie. L'incertitude médicale, la contingence et la subjectivité peuvent rendre difficile l'estimation de la balance bénéfice risque. Le seul qui peut donner un avis précis sur la qualité de vie, c'est le patient lui-même (c'est la qualité de vie *attendue*). Le respect du principe d'autonomie et le consentement éclairé sont centraux pour aboutir à une décision médicale partagée. Mais souvent les patients âgés et fragiles sont atteints de troubles cognitifs plus ou moins importants, qui peuvent limiter leur degré d'autonomie. Comprendre les informations données par le médecin et formuler un avis peut devenir difficile, voire impossible pour ces patients. Le praticien doit adapter ses explications au contexte et doit chercher un assentiment aux soins, plutôt qu'un consentement formel. La Loi a prévu deux « outils » pour « redonner » au patient, qui ne peut plus s'exprimer, la possibilité de le faire encore. Il s'agit des directives anticipées et la personne de confiance. Les directives anticipées sont contraignantes, contrairement à l'avis de la personne de confiance. Quand le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer ou quand il fait entièrement confiance aux soignant, les principes de bienfaisance et de non malfaisance seront mis en avant dans la décision éthique et le praticien devra prendre en compte la qualité de vie *estimée*. La responsabilité est le dernier élément qui rentre en jeu dans le processus décisionnel : le praticien est le seul responsable légal et pour cette raison, parfois, des solutions de « moindre risque » seront prises. La concertation est indispensable, surtout dans les situations où la prise en charge semble déraisonnable.

Mots clés :

*Emergency surgery, abdominal surgery, frailty, multimorbidity, frailty scale, futility, geriatric surgery, shared decision making*, rapport bénéfices-risques, care, vulnérabilité, fragilité, qualité de vie, obstination déraisonnable, dignité humaine, bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, décision partagée, consentement aux soins, assentiment, incertitude, contingence responsabilité.

Adresse de l'auteur :

[irenmo@yahoo.com](mailto:irenmo@yahoo.com)