

Éthique de l'acte chirurgical

Ethics of the Surgical Act

Philippe Hubinois

Résumé

La partie purement technique de l'acte chirurgical ne résume pas, à elle seule, l'esprit de la spécialité.

L'éthique chirurgicale s'exprime au mieux au cours des phases pré et post opératoires.

La phase pré opératoire est le moment de l'indication à poser et celle de l'information à prodiguer au patient ; la phase post opératoire est celle du suivi à assurer.

Le patient, lors d'un contentieux médical, se plaint plus souvent de l'insuffisance, ressentie, de l'information et du suivi que de la réalisation technique de l'acte elle-même.

La prodigieuse explosion de la technique, robotique et virtuelle augmentée, au XXIème siècle, ne doit donc pas faire oublier, au jeune chirurgien, la nécessité de garder un contact empathique avec son patient, au cours des deux phases qui encadrent l'acte technique.

De cette attention à un côté qu'on pourrait aussi dire « médical » de son action, dépend directement la possibilité de minorer la pression judiciaire qui s'exerce sur lui, au XXIème siècle.

Mots clés

- ◆ Éthique
- ◆ Acte chirurgical
- ◆ Pression judiciaire
- ◆ Contentieux médical
- ◆ Technique

Abstract

Surgical technique does not summarize the spirit of surgery.

Surgical ethics is preferentially expressed during pre and post operative phases.

Pre operative phase is the moment of surgical indication and patient information. Post operative phase is the moment of surgical follow up.

In case of medical litigation, patients more complain of insufficient information and of lack of follow up, than of surgical technique.

Exponential technical progress of 21st century, for example robotics and augmented virtual techniques, does not wipe off the necessity of an empathetic contact with the patient, in pre and post operative phases.

Keeping in mind this type of relationship between the patient and the surgeon is the best way to minimize medical litigation.

Keywords

- ◆ Ethics
- ◆ Surgical act
- ◆ Judiciary pressure
- ◆ Medical litigation
- ◆ Technics

Correspondance

Philippe Hubinois - Chirurgie viscérale

16, rue Picot 75116 Paris.

E-mail : hubray-exp3@orange.fr

Parler de l'éthique de l'acte chirurgical suppose de préciser d'abord le sens que l'on donne à ces mots : éthique, acte, chirurgical (première partie).

Pour se demander ensuite s'il existe et/ou s'il est nécessaire d'envisager une éthique de l'acte chirurgical propre au XXIème siècle, en ce que ce siècle est indiscutablement celui des révolutions chirurgicales les plus rapides et les plus importantes (deuxième partie).

Enfin, si la réponse à cette question est positive, quels éléments importe-t-il de ne pas sous-estimer, dans la décision chirurgicale prise en situation, au XXIème siècle, quelle éthique de l'acte chirurgical peut-on prôner (troisième partie).

Signification qu'on prête aux mots « éthique » et « acte chirurgical »

1) L'étymologie du mot éthique est grecque : le mot *ethos*, suivant qu'il est accentué d'une manière ou d'une autre sur le *éth*a grec initial, indique, selon le cas, la coutume ou le caractère.

Si le latin tardif, dit impérial, utilisera, pour désigner la morale, à côté du mot *mos-mores*, un autre mot (*éthica*), dérivé directement du grec, il subsiste cependant, en théorie, quelques différences, fussent-elles minimes, entre l'éthique et la morale.

La morale, tout comme la déontologie (du grec *deon, deontos*, ce qu'il faut, ce qui convient) et logos (parole, discussion, raison, science) sont imposées à l'individu (pour la première) et à la profession le plus souvent (pour la seconde), de l'extérieur.

Alors que pour l'éthique, il s'agit d'une contrainte que l'on s'impose à soi-même. C'est la définition qu'en donne le dictionnaire Robert : « *art de diriger sa conduite* » et qui rappelle celle qu'en donne Kant : « *science des lois de la liberté* » au XVIIIème siècle ou Axel Kahn au XXème siècle : « *réflexion sur ce qu'est l'action bonne* ».

2) L'acte est, dans l'une de ses acceptions, pour le dictionnaire Robert, un « *mouvement volontaire, précédé par une intention, poursuivant un but* ».

3). La chirurgie pour sa part est l'action, le travail de la main (*kheir ergon* en grec)

L'acte chirurgical est, conformément aux deux définitions précédentes, sous-tendu par une intention (soigner, tenter de guérir le patient, chaque fois que possible), mais la guérison du patient, objectif à atteindre, lui reste en partie étranger, car elle est tout à la fois fonction de « l'état antérieur » du patient et de la complexité de l'action manuelle sur le vivant.

L'histoire de la chirurgie montre combien l'action chirurgicale a longtemps été tenue pour distincte de l'action médicale à proprement parler. Interdisant la discipline aux clercs (par le concile de Tours, en 1163), l'Église assimilera, jusqu'au XIII^{ème} siècle, les chirurgiens aux « mécaniques », de simples ouvriers manuels. Il faudra attendre l'année 1691 pour qu'un édit royal de Louis XIV sépare les chirurgiens des barbiers (peut-être d'ailleurs en raison du succès des chirurgiens Félix et Mareschal, qui guérissent le roi-soleil d'une pénible et traînante fistule anale, en 1686).

Le XVII^{ème} et le XVIII^{ème} siècles virent le développement concomitant de l'anatomie humaine et des techniques chirurgicales, ce qui amènera Paul Valéry, dans son « discours aux chirurgiens », en 1938, à définir la chirurgie comme « *œuvre de la main, science de l'immédiat, art de l'imprévu* ».

Les principales évolutions, parfois peut-on même les qualifier de révolutions, tant chirurgicales que médicales, explosent dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et au début du XXI^{ème}.

Y aurait-il une « éthique chirurgicale » propre au XXI^{ème} siècle ?

Les mots évoluent en même temps que la langue et les définitions qu'elle en donne s'adaptent aux contextes changeants.

Le dictionnaire Robert donne, au début du XXI^{ème} siècle, en 2003, pour la chirurgie, cette définition : « *une partie de la thérapeutique médicale, qui comporte une intervention manuelle, avec des instruments, aidée d'appareils (robot)* ». Et de fait, la révolution robotique est capable d'induire, au cours des prochaines années, des bouleversements considérables dans l'organisation de la profession chirurgicale et dans la conception par le chirurgien de son travail quotidien, ce qui engendrera certainement des changements considérables de son « éthique ».

L'éthique des « soins chirurgicaux », dont l'acte purement technique n'est qu'une partie (bien sûr très importante), interfère, pour la collectivité, avec :

- la science médicale, le progrès technique ;
- l'économie ;
- le droit et, plus précisément, les « droits des patients » ;
- les vertus d'humanité et d'équité.

L'objectif éthique en chirurgie vise à assurer la meilleure qualité de soins aux patients, sans les priver de l'accès au progrès technique, en évitant de « gaspiller » en période de restriction ou de crise budgétaire, et sans démotiver les praticiens soumis à une pression juridico-judiciaire renforcée.

Les dernières années du vingtième siècle et les vingt premières années du vingt et unième siècle ont vu se renforcer les pressions sociétales sur les professions chirurgicales, qui se confrontent journalièrement à la difficulté de toute action sur le vivant.

Ces pressions sont au nombre de trois principales : la pression de la technique (1), la pression économique (2) et la pression judiciaire (3).

En ce qui concerne la pression de la technique

Axel Kahn, généticien de formation, a montré qu'en médecine il existe, pour évaluer les nouvelles découvertes et techniques, trois ordres, dans une progression ascendante de valeur : un ordre technique de la « faisabilité », qui vise à vérifier si une nouvelle technique est ou non réalisable, puis un ordre économique, qui vérifie quelles sont, parmi les techniques faisables, celles qui restent compatibles avec des dépenses raisonnables pour la collectivité. Enfin l'ordre éthique, qui seul décidera, parmi les découvertes et techniques faisables et économiquement réalisables, celles qui seront retenues comme étant éthiquement justifiées, dans le seul intérêt du patient. Cette partition en trois ordres s'applique très précisément au domaine chirurgical, dans lequel l'attitude éthique vise à se garder d'une vision par trop conservatrice, mais aussi à se garder du « sensationnalisme ». Le chirurgien du XXI^{ème} siècle est en effet entraîné dans un maelström d'innovations technologiques, dont le rythme d'apparition et de développement est exponentiellement croissant. Le temps reste, *in fine*, le meilleur et le seul garant d'une évaluation raisonnable et motivée du progrès technique, à distance, quand l'attrait initial pour la nouveauté est passé.

La pression économique

La seconde pression qui s'exerce sur le chirurgien du vingt et unième siècle est la pression économique, qu'on pourrait dire parfois « stakhanoviste ». Elle s'exerce désormais autant dans les établissements publics que les établissements privés. En période de T2A (Tarification A l'Activité), la marche des établissements, leurs crédits, leurs budgets, dépendent directement des « produits » engendrés. Les techniques les plus modernes engendrent des dépenses plus élevées, il faut donc pour les provisionner, opérer toujours plus, quand bien même les indications de nombreux actes chirurgicaux se restreignent avec le temps. La sécurité des actes, toujours plus techniques et plus complexes, a également un coût croissant et, pour les mêmes raisons, fait courir un risque, aussi faible soit-il, de modifier, ne serait-ce qu'à la marge, la manière dont on pose les indications chirurgicales.

Par ailleurs, si l'efficacité (l'efficacité au moindre coût) a pour objectif de prévenir le gaspillage, elle peut, en pratique, interférer cependant avec le temps passé pour informer et pour suivre le patient, pour lui assurer (en cancérologie, par exemple) une prise en charge « adaptée » ; elle peut conduire à réduire le temps de la « communication », ce temps peu « rentable », qui reste pourtant le meilleur rempart contre la judiciarisation de l'activité.

La pression judiciaire

La troisième et dernière pression est la pression judiciaire. L'accident médical est désormais de moins en moins, à juste titre, toléré par les opérés. L'expérience des procédures expertales montre, en ce domaine, que la saisine des tribunaux et des CCI (Commissions d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) répond plus souvent :

- à un défaut (au moins ressenti par le patient) de l'information reçue en pré ou en post opératoire par le patient ;
- et/ou à un suivi post opératoire qu'il juge insuffisant et parfois même négligent ;
- plus souvent qu'à l'acte technique lui-même, dont la technicité lui échappe souvent et dont il est capable, parfois, de concevoir la difficulté, en situation.

L'acte chirurgical reste, au XXIème siècle, plus encore qu'au cours des siècles passés, compte tenu que l'offre de soins s'élargit sans cesse, une décision d'une rare complexité, qui engage directement le pronostic vital du patient, dans un nombre élevé de cas.

Il se décompose en une indication à poser, une information à prodiguer au patient dans des termes accessibles, avant l'intervention chirurgicale, puis en un acte technique pur, « cœur » de la spécialité et enfin, très important lui aussi, un suivi chirurgical post opératoire attentif.

Le moment de l'indication chirurgicale est celui où s'impose la discussion éthique en situation : l'analyse du « bénéfice-risque » doit aboutir à ne réaliser l'acte technique que lorsqu'un bénéfice raisonnable est presque assuré, qu'il est accessible avec un risque restant modéré et acceptable par le patient dûment informé.

L'information pré opératoire, devenue une obligation juridique depuis la loi du 4 mars 2002, repose avant tout sur un dialogue, non pas symétrique, quels que soient les moyens d'information désormais disponibles pour les patients sur les media, mais au moins équilibré et loyal, exprimé en termes simples et compréhensibles.

Le suivi post opératoire répond à une obligation juridique de moyens, dont on observe qu'elle n'est, dans les différends médicaux, pas toujours remplie.

Dans ces conditions, quelle éthique chirurgicale prôner pour le XXIème siècle ?

Quelle éthique chirurgicale pour le XXIème siècle ?

« Tous les hommes ont par nature le désir de connaître » et « chaque fois que les passions n'empêchent pas l'esprit d'œuvrer à son œuvre propre, l'effet sera conforme à la raison droite » (Aristote).

L'éthique chirurgicale pourrait ainsi se concevoir comme une opération dialectique, entre « désir » et « proximité », où les mots employés prendraient ici un sens quelque peu différent de leur usage traditionnel.

Le « désir » (la « volonté » de Pascal, « volonté subjective » de Kant) se conçoit ici comme un appétit naturel (et souhaitable), raisonné et raisonnable, du chirurgien pour les techniques nouvelles, capables, une fois qu'elles sont évaluées, d'apporter un réel bénéfice au patient (bénéfice-risque plus que bénéfice-coût).

Cette appétence chemine de pair avec la compétence, acquise par les études, le compagnonnage, la pratique répétée des gestes techniques. Toutes deux doivent s'articuler avec une réelle « proximité », pré et post opératoires, avec le patient.

La « proximité » n'est pas ici la complète suppression de la distance, qui pourrait nuire à la réalisation de l'acte technique, mais une attention à l'autre, en pré opératoire (qualité de l'information et de l'indication posée, choix de la technique en fonction du contexte clinique individuel) et également en post opératoire, quand il faut affronter l'imprévu (la complication), non exceptionnel en chirurgie. De la qualité et de la rigueur du suivi post opératoire dépend la capacité de réintervenir rapidement et de manière adaptée, préservant ainsi le pronostic

C'est dans cette dialectique « désir-proximité » que s'installe la confiance, du patient envers le chirurgien, du chirurgien envers le patient. Et que naît et se développe une éthique propre à chaque chirurgien, immanente, non imposée de l'extérieur.

Conclusion

L'acte technique ne résume pas à lui seul l'acte chirurgical, quelle que soit son importance. De sa qualité, mais aussi du déroulement des phases pré et post opératoires, dépendent le résultat obtenu et son acceptation par le patient, jusque et y compris quand il se produit un « accident médical ».

La place grandissante du progrès technique au XXIème siècle (chirurgie robotique et apprentissage sur simulateurs, tous deux chronophages) ne doit pas faire oublier, tout particulièrement aux jeunes chirurgiens, que le différend judiciaire se nourrit plus volontiers du défaut de « proximité » avec le chirurgien que de l'imperfection technique pure.

Le règne de la vision, sublimée par la robotique, fait passer au second plan le toucher chirurgical, au moins pendant la durée de la phase per opératoire. Elle le remplace par un « palper », médiat, des bras du robot.

Mais le toucher reste (dans l'examen clinique, au cours du suivi), avec la parole, en pré et en post opératoire, le plus sûr moyen d'établir une relation chirurgien-patient fructueuse. Il contribue à réaliser une prise en charge chirurgicale de qualité, marquée par l'humanité et l'empathie avec l'opéré, qui participent, si partiellement que ce soit, à sa guérison.