

POURQUOI LES MÉDECINS MEURENT AUTREMENT

Leur expérience professionnelle leur a appris les limites des interventions et la nécessité de prévoir la fin. Dr Ken Murray

Il y a quelques années Charlie, un orthopédiste réputé et mon mentor s'est découvert une masse dans le ventre. Le diagnostic : un cancer du pancréas confirmé par un des meilleurs chirurgiens du pays. Ce dernier avait développé un protocole de traitement qui pouvait tripler les chances de survie du patient. Sans ce traitement, sur 100 patients, 5 seraient encore en vie après 5 ans alors que, avec le traitement, il y en aurait 15. Pour les 85 qui n'auraient pas survécu, ils auront connu avec une qualité de vie médiocre.

A 68 ans, Charlie n'était pas intéressé par cette intervention. Il est retourné à la maison, cessa ses activités professionnelles et ne remit jamais les pieds dans un hôpital. Il s'est appliqué à passer du temps avec sa famille. Décédé plusieurs mois plus tard à la maison, il n'avait eu ni chimio ni radiothérapie et Medicare n'a guère dépensé d'argent pour lui.

Ce n'est pas un sujet dont nous aimons parlé mais les médecins meurent aussi. On s'étonne de constater qu'ils se soumettent à moins de traitements que la plupart de leurs concitoyens alors qu'on pourrait penser le contraire. Ils savent précisément ce qui arrivera, ils connaissent les options qui s'offrent à eux, ils ont accès à tout ce qui existe en soins médicaux mais ils choisissent de partir sereinement et en douceur.

Les médecins ne désirent pas mourir plus que les autres. Mais ayant généralement discuté des limites de la médecine avec leurs proches, ils veulent s'assurer que, le moment venu, on s'abstiendra de mesures héroïques, comme une réanimation cardio-respiratoire (RCR) qui leur briserait les côtes. (ce qui arrive même dans des réanimations bien exécutées.)

En 2003, Joseph J. Gallo et des collaborateurs ont mené une enquête auprès de 765 médecins portant sur ce qu'ils désirent en fin de vie : 64% d'entre eux avaient déjà écrit des directives anticipées décrivant les mesures à prendre ou non pour leur sauver la vie en cas d'incapacité à décider.

En comparaison, dans la population générale, ce pourcentage est à peine de 20%. (Comme on peut s'y attendre, les médecins plus âgés ont davan-

tage tendance que leurs jeunes confrères à procéder à ces “pré-arrangements” comme l’ont montré Paula Lester et ses collaborateurs.)

Pourquoi un tel écart entre les médecins et leurs malades? Le cas de la RCR apporte un élément de réponse. Dans une étude sur des RCR “jouées” à la télévision, Susan Diem et coll. ont montré qu’elles sont réussies dans 75% des cas et que 67% des patients de la TV retournent à la maison. La réalité est tout autre. Une étude de 2010 portant sur 95 000 cas démontre qu’à peine 8% des malades survivent au-delà d’un mois et que parmi ceux-ci, un maigre 3% le font à peu près normalement.

Contrairement à autrefois où les médecins faisaient ce qui leur paraissait la meilleure chose à faire, nous sommes passés à un modèle où les patients choisissent. Les médecins font de leur mieux pour respecter ces choix mais quand le malade demande :” Et vous , docteur, que feriez-vous à ma place?,” ils évitent de répondre par crainte d’imposer leurs choix à un être vulnérable. Il en résulte que plus de patients subissent des traitements futiles et moins de gens décèdent à domicile comme, disons, il y a 60 ans.

Karen Kehl, professeur de nursing a publié un article intitulé “En route vers la paix”: une analyse du concept de bonne mort (Moving Toward Peace : An Analysis of the Concept of a Good Death). Elle y énumère les caractéristiques d’une mort paisible dont entre autres, être confortable et en contrôle, être habité d’un sentiment accepté de fin de parcours, profiter intensément des liens avec ses proches et voir ceux-ci s’impliquer dans les soins. Les hôpitaux aujourd’hui assurent peu de ses conditions.

Les directives anticipées peuvent offrir aux patients passablement plus de contrôle sur leur fin de vie . Alors que la plupart d’entre nous acceptons les taxes comme incontournables, l’inévitabilité de la mort est une pilule plus difficile à avaler, ce qui empêche la grande majorité des Américains d’exprimer leurs volontés pour leur fin de vie.

Il n’est pas nécessaire qu’il en soit ainsi. Il y a plusieurs années, à 60 ans , mon cousin Torch (il était né sous l’éclairage d’une torche) a eu un épisode de convulsion, résultat d’une métastase cérébrale d’un cancer du poumon. Avec un traitement intensif comprenant 3 à 5 visites hebdomadaires à l’hôpital pour chimiothérapie, on lui dit qu’il pourrait peut-être gagner 4 mois de survie. Torch n’est pas médecin mais il sait qu’il veut de la qualité pour sa vie et pas seulement de la quantité. Il a refusé le traitement se contentant de pilules pour éviter l’œdème du cerveau.

Il a emménagé chez moi et pendant huit mois, nous nous sommes amusés comme jamais depuis des décennies. Nous sommes allés à Disneyland, c’était sa première visite , mais nous traînions surtout à la maison. Torch

était un mordue du sport , il en mangeait à la télévision et mangeait aussi mes productions culinaires. Il n'a pas eu de douleurs intenses et a gardé toute sa bonne humeur. Un jour, il ne s'est pas réveillé. Il est resté trois jours dans un coma qui ressemblait à un sommeil, avant de mourir. Ces huit mois de soins n'ont coûté que 20\$ pour les médicaments qu'il avait pris.

Quant à moi, mon médecin a consigné mes directives dans mon dossier. Elles ont été faciles à faire comme elles le sont pour les médecins. Il n'y aura pas de combat héroïque et je m'en irai dans cette bonne nuit accueillante, comme mon cousin, comme Charlie, comme tant de mes collègues médecins.

-Dr Murray est professeur retraité de Médecine familiale – Université de Southern California

Adapté d'un article original publié sur Zocalo Public Square

Une version de cet article a paru le 25 février 2012 dans certaines éditions du Wall Street Journal sous le titre Why Doctors Die Differently.

Traduction du Dr Marcel Boulanger.