

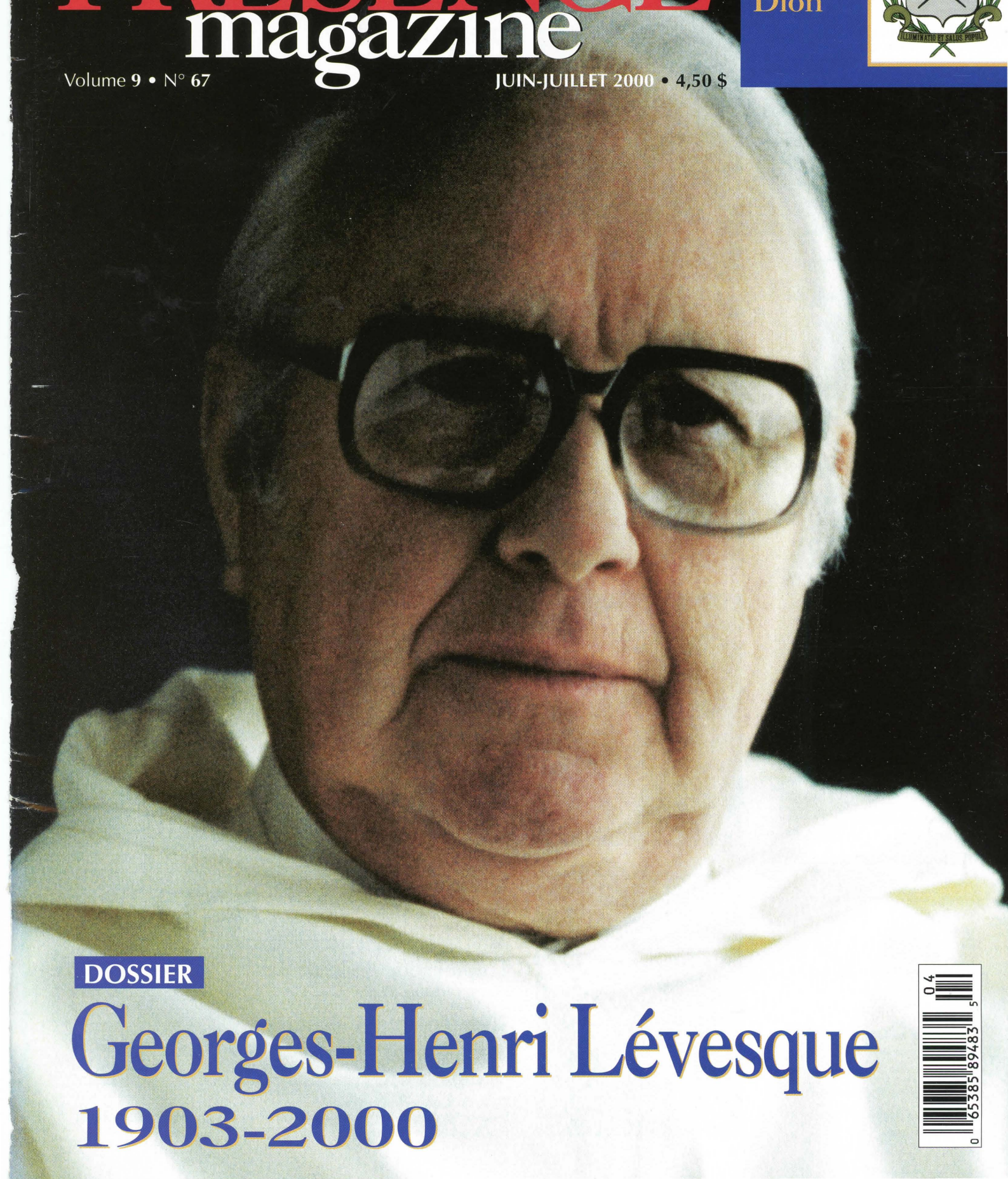
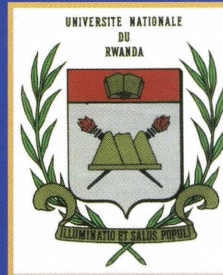
PRÉSENCE magazine

Volume 9 • N° 67

JUIN-JUILLET 2000 • 4,50 \$

RENCONTRE

Marius
Dion



DOSSIER

Georges-Henri Lévesque 1903-2000





Malade? Mieux vaut tôt que tard



La médecine, on le sait, a mis en œuvre de bien grands moyens pour prolonger la vie humaine, et elle y a admirablement réussi. Pendant longtemps, il était de bon ton de saluer cela comme un progrès qu'il aurait été sot et parfaitement odieux de remettre en question.

Hier encore on s'extasiait sur le nombre de centenaires que des conditions d'hygiène toujours meilleures et des mesures de prévention plus largement appliquées avaient permis de garder en santé pendant la majeure partie de leur vie. Aujourd'hui, on ne le crie pas sur les toits, mais on le chuchote dans bien des officines, la perspective

Durant la Deuxième Guerre mondiale, les nazis séparaient les femmes des hommes, les jeunes des vieux. On le sait, ceux et celles qui avaient une chance de survie étaient ceux qui avaient une «bonne santé»... Exemple extrême, mais historique. Quels critères retiendrons-nous pour l'avenir?

pour l'État d'avoir à prendre en charge, pour des périodes de plus en plus longues, des personnes en perte d'autonomie et d'une santé toujours plus fragile inquiète. Rien d'étonnant alors à ce que beaucoup de gens de tous milieux se mettent à faire des calculs qui, bien qu'ils soient sans doute nécessaires et inévitables, semblent néanmoins à plusieurs aussi inquiétants que mesquins. Les aînés, après tout, ne font pas que gruger les fonds publics, ils paient des impôts, et depuis longtemps, forcément.

On se souvient du tollé qu'a suscité, il y a quelques mois, un responsable du réseau de la santé en déclarant, dans une

conférence de presse, que certains services et traitements ne devraient plus être offerts aux personnes âgées de plus de 80 ans. En Angleterre, si je me fie à ce que racontent les journaux, c'est à 70 ans qu'on est forcé de renoncer à la dialyse et aux pontages coronariens, et probablement aussi à d'autres traitements de pointe jugés trop onéreux. Il n'y a pas si longtemps, quand la maladie frappait des personnes, même très âgées, on se faisait une gloire de mettre en œuvre les techniques les plus sophistiquées pour faire reculer la mort, au point parfois de faire outrage au sens commun et à la dignité humaine elle-même. En ce temps-là, on croyait, à tort, disposer de ressources inépuisables, et on faisait preuve, par voie de conséquence, d'une folle prodigalité. Il y a pourtant longtemps que les démographes et les statisticiens nous annoncent les conséquences du vieillissement de la population et ses inévitables séquelles sur l'économie en général, et sur le secteur de la santé en particulier. Mais nous avons fait la sourde oreille.

L'«ÂGE D'OR»?

Alors que l'État sonne le glas de cette époque faste et des illusions qu'elle avait entraînées, la gérance de la pénurie incite les responsables des services de santé à revoir leurs priorités et à réaménager leur enveloppe budgétaire. Le facteur de l'âge, comme critère d'accessibilité à certains traitements, est de plus en plus spontanément évoqué. Comme la proportion des personnes âgées augmente d'année en année, et comme le taux de morbidité s'accroît inévitablement dans cette cohorte de la population, certains songent donc à refuser des traitements médicaux sophistiqués et coûteux à des malades en se fondant prioritairement, sinon exclusivement, sur le critère de l'âge.

En 1987, aux États-Unis, Daniel Callahan, le directeur du Hastings Center, un centre de recherche en bioéthique, publiait un essai intitulé *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*¹. Il venait de lancer le débat en proposant de fixer des limites et de repenser les objectifs que la médecine devait poursuivre dans une société vieillissante. C'était il y a 13 ans, le problème et les questions difficiles qu'il soulevait nous ont rattrapés. Dans ce livre, l'auteur rappelait avec raison que l'âge de la personne malade avait toujours constitué un critère dont les médecins avaient tenu compte avant de décider si oui ou non elles ou ils allaient entreprendre un traitement. C'était là une pratique courante, non pas secrète, mais tacite. Avec le temps, c'est devenu, d'après Callahan, un sujet tabou. Et il faut pourtant qu'on en parle, si on veut éviter des dérapages plus inquiétants que tous les virages ambulatoires auxquels on nous a soumis ces dernières années.

UN CRITÈRE À NE PAS ABSOLUTISER

Dans *Setting Limits*, Callahan propose qu'on n'offre plus aux malades qui ont atteint leur *natural life span*, c'est-à-dire la durée moyenne de leur espérance de vie, que des soins qui soulagent leurs souffrances plutôt que des traitements destinés à prolonger leur vie. Cela peut paraître raisonnable,

surtout si l'on songe aux aberrations auxquelles nous ont menés certaines formes d'acharnement thérapeutique. Cet entêtement obstiné à repousser les frontières de la mort, les médecins en ont usé, non seulement avec les vieillards incurables, mais beaucoup aussi avec les grands prématurés, dont ils n'ont pu faire si souvent, en définitive, que de grands handicapés. Mais la proposition de Callahan l'est beaucoup moins si l'on identifie, comme lui-même semble le faire, une *full biographical life*, que j'ose traduire par une «vie achevée», avec un *natural life span*. Faire de ces deux réalités une seule et même chose constitue à mes yeux un piège dangereux. Laissez-moi vous expliquer pourquoi à l'aide d'un exemple qui illustre bien mon propos. Accompagnez-moi à l'hôpital. Entrez avec moi dans la chambre de quelqu'un qu'on a ramené à la vie à coup et au coût d'efforts héroïques, après une tentative de suicide, et qui se réveille d'un long coma plus désespéré que réjoui d'avoir été «sauvé». Cette personne avait, de son point de vue, achevé sa vie, même si elle n'avait que 20 ans. En d'autres mots, elle ne voulait plus rien faire de son existence, sinon y mettre fin. Cet individu n'avait donc pas atteint son espérance moyenne de vie, à moins, bien sûr, qu'il n'ait souffert par ailleurs d'une maladie débilitante et incurable susceptible d'entraîner une mort prématurée. Il n'est pas «naturel» aujourd'hui, dans nos pays, de mourir à 20 ans.

Si on peut juger assez aisément de ce qu'est une espérance moyenne de vie — les statistiques sont là pour nous le dire — il m'apparaît infiniment plus difficile de déterminer pour quelqu'un d'autre si sa vie est «achevée», au sens où on le dit d'une œuvre complétée de l'avis de son auteur. Si la durée moyenne de l'espérance de vie est déterminée par l'âge de toute la mécanique corporelle, la vie «achevée» ne l'est qu'au moment où la capacité de mener à bien ou, plus modestement, d'entreprendre des projets, voire de simplement les rêver, n'existe plus ou ne présente plus le moindre intérêt. Des millions de personnes à travers le monde, frappées d'épreuves effrayantes, trouvent un sens à leur vie, là où notre regard ne perçoit qu'absurdité. Tel est le mystère des êtres de tous âges, et la solidarité humaine exige que nous les respections, sans nécessairement toujours les comprendre ni partager leur vision des choses.

Le critère de l'âge doit demeurer un élément parmi d'autres, quand il s'agit de juger de la pertinence d'offrir ou non certains types de traitements aux malades qui les réclament pour ajouter des années à leur vie ou de la vie à leurs années. En faire le critère déterminant et exclusif me paraît odieux. Si l'accessibilité aux services médicaux en venait, dans l'avenir, ce qu'à Dieu ne plaise, à dépendre tout entière de notre âge, disons-nous bien que si nous devons être malades, mieux vaudrait tôt que tard! Paradoxalement. ■

1. Daniel CALLAHAN, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, Simon & Schuster, 1987.