

MORALE ET ETHIQUE EN NEUROCHIRURGIE

B. ABDENNEBI

Service de Neurochirurgie
Hôpital Salim Zmirli

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, nous assistons impuissants à une déliquescence des valeurs morales dans notre société. Le milieu médical, en général, et neurochirurgical en particulier n'en est pas exempt. Dommage et bien dommage pour la pratique de la neurochirurgie qui n'est pas seulement une science ou un art, mais à la fois un art, une science et de l'humilité [6]. Nous avons recensé certaines aberrations constatées dans notre activité neurochirurgicale quotidienne, qui ne sont heureusement pas la règle mais que nous souhaitons exposer.

ETYMOLOGIE ET DEFINITION

L'Ethique, du Grec «ethos» (coutume), est l'étude de la moralité, ou encore une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs. La Morale, du Latin «mores» (mœurs), est un ensemble de principes de jugement, de règles de conduite relatives au bien et au mal, de devoirs, de valeurs, parfois érigés en doctrine qu'une société se donne et qui s'imposent autant à la conscience individuelle qu'à la conscience collective.

GENERALITES

Dans les deux cas, il s'agit de discerner «*Bien agir de Mal agir*». Quels que soient nos convictions, c'est bien là notre mission sur Terre : amour du prochain, respect d'autrui et humilité car notre ignorance est bien plus grande que notre savoir.

Allah a dit dans la sourate Al Maidah [5], Verset 32 :

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي
الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ
أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا
صدق الله العظيم

Au nom de Dieu le clément
et le Miséricordieux

«*Quiconque tuerait une personne non coupable d'un meurtre ou d'une corruption sur la terre, c'est comme s'il avait tué tous les hommes, et quiconque lui fait don de la vie, c'est comme s'il faisait don de la vie à tous les hommes*».

Allah a dit dans la sourate Al Israh [17], Verset 85:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ
مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ
إِلَّا قَلِيلًا
صدق الله العظيم

Au nom de Dieu le clément
et le Miséricordieux

«*Ils t'interrogent sur l'âme. Dis-leur : L'âme relève de l'ordre exclusif de mon Seigneur et, en fait de science, vous n'avez reçu que bien peu de chose*».

Le prophète Mohammad (Que la Prière et le Salut d'Allah soient sur Lui) a dit :

إِنَّمَا بُعِثْتُ لِأَتَمِّمَ مَكَارِمَ الْأَخْلَاقِ

«*J'ai été envoyé pour parachever les bonnes mœurs*».

Ahmed Chawki (1868-1932), poète égyptien, considéré comme l'un des plus grands poètes arabes de tous les temps, écrivit :

لَا تَبْقَى نِجْمَةٌ فِي سَمَاءِ الْعَالَمِينَ
إِلَّا وَفِيهَا نَجْمٌ مِنْهَا تَلْمِيزٌ
وَلَا تَبْقَى نِجْمَةٌ فِي سَمَاءِ الْعَالَمِينَ
إِلَّا وَفِيهَا نَجْمٌ مِنْهَا تَلْمِيزٌ

«*Les nations sont ce qui reste de leurs valeurs, si leurs valeurs s'en vont, elles aussi partiront*»

L'éthique est fluctuante en fonction du lieu et du temps, de l'existence ou non d'un consensus vis à vis d'une maladie, de la disponibilité ou du rationnement de ressources sanitaires [8]. Ainsi, elle permet à une personne un choix entre plusieurs attitudes à un moment donné : bonne ou moins bonne action. Elle est le fruit de connaissances et d'expériences acquises au sein de la société et du monde du travail. Elle réclame connaissance et sagesse. Le vécu spirituel fait parfois la décision. A l'hôpital, nous sommes confrontés à des problèmes de conscience ou encore à des prises de décisions difficiles. Nous citerons 3 exemples :

- Au niveau de notre Grand Sud, l'urgence neuro traumatologique doit-elle être assurée par un chirurgien généraliste en l'absence de neurochirurgien ?
- 2^e exemple : c'est le cas du malade traumatisé du crane, scoré à 3, en ventilation assistée, qui fait un arrêt cardiaque. Faut-il multiplier chez lui les massages cardiaques chaque fois qu'il en fait un ?
- Enfin, 3^e exemple, faut-il réhospitaliser un malade, avec troubles de la conscience, présentant une reprise évolutive d'un glioblastome opéré 12 mois auparavant ?

A l'inverse, la morale est inamovible, universelle, représentée par des règles de bonne conduite tels que le civisme, la politesse ou encore un certain nombre de prescriptions telles que : «Ne voles pas, n'élève pas la voix, ne copies pas...». Les préceptes de morale sont acquis au cours de la première enfance au sein de la cellule familiale et se confortent avec la scolarisation et l'éducation religieuse.

HISTORIQUE

L'éthique en Neurochirurgie ne peut se dissocier de l'éthique médicale en général [1]. Elle a de tout temps été focalisée sur la considération attribuée à la vie et à la dignité humaine, chaque fois qu'elle a été fragile ou encore en danger. Il en est fait mention dans les écrits des différentes civilisations grecque, chinoise, perse, occidentale et musulmane. «Primum, non nocere», avant tout ne pas nuire, est une assertion essentielle du serment d'Hippocrate (460-370 av. JC), pierre angulaire de l'éthique contemporaine.

Au IX^e Siècle de l'ère chrétienne, le premier travail arabe sur l'éthique médicale, Adab Al Tabib, a été rédigé par Ishaq Ibn Ali Al-Ruhawi [5]. Tous

les écrits s'accordent à dire qu'il était bel et bien de foi musulmane lors de sa rédaction. En effet, le Coran et la Sunna du Prophète (Que la Prière et le Salut d'Allah soient sur Lui) ont été les fondements des réponses aux problèmes éthiques et moraux rencontrés par les médecins de son époque. Ce manuscrit est divisé en 20 chapitres ou encore en 112 folios avec 17 lignes par page.

La 2^e grande référence du IX^e siècle est Abu Bakr Muhammad ibn Zakariyya Al-Razi (865-925) encore appelé en son temps le «Galien des Arabes», en dépit de son origine turque [3]. Il rédigea «Akhlāq Al Tabeeb» et «Mihnat Al Tabeeb». Il y définit les responsabilités :

- Du médecin envers soi même : l'actualisation des connaissances et du savoir, mais également des préceptes sur la tenue vestimentaire tels que cheveux et vêtements propres.
- Envers le patient : aimable sans être rude ni agressif, compatissant, humble, garder le secret, encourager psychologiquement en cas de pronostic fâcheux.
- Mais aussi celle du patient envers le médecin : parler aimablement à son médecin.

Il est bien évident que de part notre profession, nous sommes animés de la considération la plus grande pour la vie et la dignité humaine. Avoir le moins de remords ou ne pas en avoir exige l'accomplissement de son devoir envers le malade méticuleusement et avec grande rigueur. Bien agir est notre leitmotiv.

OU EN SOMMES-NOUS

Plus d'un millénaire après les 2 premiers manuscrits arabes parus sur l'éthique médicale, l'état des lieux aujourd'hui n'est en effet pas reluisant, eu égard aux prestations que nous dispensons mais également au vu de tous ces patients non ou mal pris en charge. Le souci du neurochirurgien est d'entrevoir, en permanence, dans ce qu'il entreprend, le bénéfice attendu et le risque couru, en d'autres mots ce qu'il y a de mieux pour le malade [4]. Ce ratio devrait pouvoir être communiqué au patient tel ce classement des services de neurochirurgie américains en fonction des pathologies. En fait, la sécurité du patient en neurochirurgie se pose avec grande acuité. Celle-ci a été, en 2013, le thème phare du congrès annuel de l'American Association of Neurological Surgeons (AANS) :

- La prestation de serment et la formation : Il est malheureux de constater que les médecins nouvellement diplômés ne prêtent pas serment et ne connaissent pas donc cet instant ô combien mémorable, solennel mais plein d'humilité, inoubliable tout au long de la vie. Par ailleurs, le résident que nous formons aujourd'hui sera le neurochirurgien de demain. Certains terminent malheureusement leur cursus sans avoir assisté à une seule intervention sur le rachis cervical, ou sur une tumeur de la base du crane ou encore une tumeur intramédullaire. N'évoquons pas les malformations vasculaires intra-craniennes. Concernant les communications et publications, le plagiat, la falsification des résultats, l'emprunt de documents tels que photos sont déplorables et plus fréquents qu'aparavant.
- La sur spécialisation : Elle est de mode et possède avantages et inconvénients. Aujourd'hui, aux USA, avec la distinction entre «cranial and spinal» neurochirurgiens, se pose la question de savoir s'il est permis aux premiers de pratiquer des techniques d'ostéosynthèse rachidienne» et aux seconds des exérèses de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure [2]. De la même manière, est-ce qu'un neurochirurgien pédiatre est en droit d'opérer une tumeur de la fosse cérébrale postérieure ou un craniopharyngiome chez l'adulte ? Tout à son opposé, il est rapporté, en 2013, qu'aux USA, la majorité de la chirurgie hypo-physaire est réalisée par des neurochirurgiens qui en pratiquent moins de 5 par an [2]. Dans notre pays, nous en sommes encore au neurochirurgien faisant qui assume toutes les tâches, de la mise en place d'une dérivation de liquide céphalo rachidien, aux interventions sur hernie discale lombaire et cervicale, du spina bifida aux tumeurs intracrâniennes et intrarachidiennes. Cependant, alors que certaines pathologies restent non pratiquées au niveau de services hospitalo universitaires : A-t-on le droit de décider au sein d'équipes de plus de 5 neurochirurgiens de ne pas pratiquer des années durant telle ou telle autre chirurgie ? Bien souvent, la raison invoquée est l'absence d'équipements. En dépit de cela, il est vrai que cette approche de sous spécialité et de grande expertise se dessinent de plus en plus dans quelques services du Nord du pays offrant par la même les meilleures chances de réussite à l'intervention neurochirurgicale.
- La relation neurochirurgien-malade:
 - ♦ Entrevue avec le malade, l'écouter attentivement et lui parler avec franchise et loyauté ne sont pas monnaie courante: certains malades nous ont été confiés sans qu'ils ne soient au courant de la raison exacte de leur transfert.
 - ♦ Consentement du malade après l'avoir informé du résultat espéré et des complications possibles, inhérentes au geste : Sont malheureusement nombreux les patients auquel aucun entretien n'est accordé. Ils sont assimilés à des numéros de lit et non connus par leur prénom ou nom.
 - ♦ Explication au malade : lui dire ce qu'il présente en tenant compte de son état psychologique et de son niveau intellectuel mais aussi de la nature de son affection. Si le pronostic est péjoratif, on en fera part aux plus proches parents tout en usant de formules appropriées moins agressives envers le malade. Que dire alors de ces propos de conséquences fâcheuses, tel que la survenue de troubles génitosphinctériens dans le cas de retard de prise en charge d'une hernie discale lombaire.
- L'intervention : Nous citerons des constations et réalités déplorables vécues à ce jour au sein des services de Neurochirurgie:
 - ♦ La vérification, la veille de l'intervention, des besoins en table opératoire adéquate, en instrumentation, en microscope, n'est pas une tradition chez tous les neurochirurgiens, exposant parfois au report le jour J ou bien souvent être amené à opérer dans des conditions répréhensibles.
 - ♦ La longue durée d'hospitalisation pré opératoire portant préjudice au moral du patient et finissant par affecter sa confiance. En fait, Il n'est agréable pour aucun patient de vivre à l'occasion de ce séjour non pas les succès mais les échecs de l'équipe soignante.
 - ♦ Les malades déplacés au bloc opératoire pour en ressortir quelques instants plus tard, sans avoir été opérés, sont nombreux. Les raisons invoquées sont multiples, allant aussi bizarre que cela puisse paraître d'une échocardiographie non retrouvée au sang iso groupe isorhésus en quantité insuffisante.
 - ♦ Le but, la technique et la voie d'abord doivent être au préalable discutés. Il ne

faut pas s'aventurer à pratiquer une technique que l'on ne domine pas alors que l'on sait qu'elle est mieux pratiquée par un confrère, reconnu par ses pairs. Le lecteur pourrait nous apostropher en répliquant que tout a un commencement. Il existe, bien sur, ce qu'il est convenu d'appeler le début d'expérience qui deviendra expérience avec le nombre de cas opérés l'an. Oui, la courbe d'apprentissage est une condition sine qua non, cependant cela suppose un apprentissage en «compagnonnage» auprès de neurochirurgiens experts avec un minimum d'interventions réalisées par année. En exemple, l'article R4127-32 du code de la santé français est illustratif à ce sujet : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

- ♦ Qui doit opérer ou aider à opérer? Ceci doit être précisé car il ne peut être admis de se faire aider, de nos jours, par une personne sans qualification telle qu'un instrumentiste. Il est utile voire indispensable d'être 2, voire 3 neurochirurgiens en salle d'intervention, l'un qualifié et 2 résidents ou à l'inverse 2 qualifiés et un résident. Ceci est particulièrement vrai pour la chirurgie oncologique intracrânienne. En effet, en cours d'intervention, un deuxième avis fait souvent la décision quand il s'agira d'arrêter ou de poursuivre l'exérèse d'un gliome de haut grade ou celle d'un méningiome pério-clival. Un autre exemple qui justifie cette présence est celui représenté par la survenue de complications per opératoires : L'hémorragie peropératoire comme observée dans une rupture d'anévrisme ou encore une déchirure de la dure mère survenue dans la chirurgie de la hernie discale lombaire. Dans toutes ces situations, l'aide doit être efficace et à même d'aider à parer ou réparer tout évènement inattendu.
- Suivi du malade :
 - ♦ Le pansement opératoire: la plaie est bien souvent contrôlée par l'auxiliaire para médical sans être vue par l'opérateur, bien surpris au 8^e jour de découvrir par exemple un hématome en voie de suppuration.

- ♦ Par ailleurs, il est inquiétant de constater que le dossier du malade est parfois incomplet et donc inexploitable, pour preuve les difficultés que nous trouvons habituellement à réaliser une étude rétrospective. Les mots d'évolution ne sont pas périodiques, les courbes de température et de tension artérielle absentes, le protocole opératoire parfois non rédigé ou écrit des jours plus tard, n'étant alors plus le reflet d'une activité du jour mais celui de souvenirs décousus.
- ♦ Le courrier au médecin traitant fait le plus souvent défaut.

REponses OU ELEMENTS DE REponses A CES QUESTIONNEMENTS

Les principes de l'éthique en neurochirurgie de la World Federation of Neurological Societies [7] ont été élaborés par le comité pour l'Ethique et les affaires médico légales. Il comprend 13 chapitres, eux-mêmes incluant au total 175 alinéas. Le premier est intitulé : du bon exercice médical-standard des soins. Le chapitre 13 s'intitule : Rétrécissons le fossé entre monde développé et monde en voie de développement. Il s'agit plus d'un canevas, d'un guide que d'un ensemble de règles. Il y est précisé que son utilisation se fera avec flexibilité. Voici quelques éléments de réponse aux manques et insuffisances à l'éthique rapportées ci dessus:

- ♦ **Ch.1, alinéa 13** : Nous devons posséder des données cliniques claires, actualisées, détaillées et précises, avec descriptions complètes des interventions chirurgicales, des évènements médicaux significatifs, de la prise en charge médicale, des noms des autres personnels soignants, des résumés des discussions importantes avec les patients ou les membres de leur famille.
- ♦ **Ch.2, alinéa 17** : Nous devons encourager les patients dans leur droit à demander un deuxième avis, autant qu'il est important pour le patient d'avoir entière liberté dans le choix de son chirurgien.
- ♦ **Ch.3, alinéa 56** : Les neuro-chirurgiens doivent éviter le surmenage dans la mesure où il induit fatigue et stress excessifs, eux-mêmes à l'origine de baisse de compétence.
- ♦ **Ch.4, alinéa 76** : Nous pouvons décrire les bénéfices et risques comme rapportés dans la littérature, mais nous devons aussi rapporter quand cela est demandé nos propres résultats et expérience.

♦ **Ch.4, alinéas 86 et 87** : Les enfants en deçà de l'âge nubile, mais à même de comprendre ce qui leur est proposé, doivent être informés et consultés à propos de leur traitement. Dans certaines circonstances, les enfants peuvent avoir le droit d'accepter un traitement même si leurs parents sont contre...

♦ **Ch.4, alinéa 92** : La décision de pratiquer un geste chirurgical peut être complexe. Souvent, les chances de stopper ou ralentir la progression de la maladie, ou d'atténuer les symptômes doivent être soigneusement pesées en parallèle aux risques et à l'handicap courus. Dans certaines situations, une recommandation à ne pas subir d'intervention doit être considérée comme meilleure alternative.

♦ **Ch.6, alinéa 107** : Les neuro-chirurgiens expérimentés doivent être honnêtes et objectifs dans l'évaluation des médecins que nous examinons, supervisons et formons. Les patients sont exposés à un risque quand l'un d'entre eux qui n'a pas atteint un niveau satisfaisant d'exercice est injustement protégé ou promu à un poste plus élevé de responsabilité clinique.

♦ **Ch.8, alinéa 127** : Le consentement du patient est recherché quand, lors d'une intervention, du tissu soustrait est utilisé aussi à des fins de recherche. Si du tissu est retiré dans un but unique de recherche, le consentement du patient pour cette exérèse est indispensable.-6-

♦ **Ch.8, alinéa 135** : Le plagiat est contraire à l'éthique. Les neurochirurgiens ne doivent pas revendiquer comme leur appartenant, tout travail intellectuel, résultats ou conclusions rapportés par d'autres. Ils ne doivent pas utiliser tel quel des citations d'autres publications sans attribution appropriée.

CONCLUSION

Cette modeste contribution est loin d'être exhaustive. Au vu de l'actualité dans nos différents services public et privés, elle s'est voulu un rappel de principes d'éthique dans l'accomplissement du neurochirurgien de sa tâche et de sa relation avec le malade. «L'éthique c'est l'esthétique du dedans» est une expression de Pierre Reverdi (1889-1960), poète français. Nous y adhérons totalement par tout ce qu'elle insinue sur le plan de l'humanisme. Je terminerai par ces 2 écrits, le premier de Mohammed Ibn Zakariya Errazi sur l'éthique médicale : Le but du médecin est de faire du bien, même à nos ennemis, plus à nos amis. Ma profession

m'interdit de faire du tort au genre humain, mais bénéfique et prospérité et Allah impose aux médecins le serment de ne pas user de remèdes inadéquats. Le second est de Harvey Cushing qui le 20 Novembre 1911, dans une lettre à Henry Christian écrivit : «I would like to see the day when someone would be appointed surgeon somewhere who has no hands, for the operative part is the least part of the work». Pour lui, le geste chirurgical n'est pas l'essentiel dans cette prise en charge.

RÉFÉRENCE

- 01] BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical ethics. 3rded. New York. Oxford: Oxford University Press, 1989
- 02] DECUYPERE M, BOOP FA. Ethical considerations of the learning curve. AANS Neurosurgeon: Ethics in Practice : 2013, Vol 22, 2.s
- 03] GOODMAN, L. 'Al-Razi, Abu Bakr Muhammad b. Zakariya", Encyclopaedia of Islam, new edn. 1994, vol. VIII: 474-77.
- 04] KEVIN OL. Patient safety within a changing field of neurosurgery. AANS Neurosurgeon : Patient safety: 2013, Vol 22,2.
- 05] LEVEY, MARTIN. "Medical Ethics of Medieval Islam with Special Reference to Al-Ruhāwī's "Practical Ethics of the Physician". Transactions of the American Philosophical Society. New Series (American Philosophical Society): 1967, 57 (3)
- 06] TADANORI TOMITA. Pediatric Neurosurgery-science, art, and humility: reflection of personal experience. Childs NervSyst: 2013, 29: 1403-1414
- 07] Ethics_in_neurosurgery/188. World Federation of Neurosurgical Societies. www.wfns.org/pages/ .
- 08] World Medical Association. International Code of Medical Ethics www.wma.net/en/30publications.