

LA TECHNOLOGIE DANS LA MEDECINE. SITUER LA FRONTIERE ENTRE OFFRE DE SOIN TECHNOLOGIQUE ET ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE A PARTIR DE LA PENSEE DE HANS JONAS

TIENE Baboua

Maître-assistant

Département de philosophie

Université Félix Houphouët-Boigny - Abidjan / Côte d'Ivoire

(+225) 0707763978 / 0102962069

babtiene@gmail.com

Résumé

La science médicale avance au rythme de l'évolution technologique. Qu'il s'agisse de la compréhension du corps humain, du diagnostic des maladies ou des traitements, la technologie offre des résultats si notables qu'elle incarne les espoirs les plus profonds de l'humanité qui sont de vaincre toutes les maladies et de lutter contre la mort. Les limites du pouvoir des technologies médicales semblent désormais inexistantes ou sur le point de l'être. Ainsi, émergent des excès dans les soins que la technologie est susceptible de prodiguer aux patients, même en fin de vie, souvent même au détriment de leur bien-être et de leur dignité. La frontière entre le traitement et l'acharnement thérapeutique est devenue poreuse, voire confuse pour les patients, leurs proches et les soignants. Notre analyse examine la nécessité d'identifier ou d'établir des limites éthiques aux traitements pour prévenir l'obstination thérapeutique.

Mots clés : acharnement - dignité - éthique - patients - soin - Technologie - traitement

Abstract

Medical science changes at the pace of technological progress. Whether it concerns the understanding of the human body, diagnosing diseases, or treatments, technology delivers such remarkable results, that it embodies humanity's deepest hopes for victory over illnesses and fight against death. The limits of medical technology's power seem non-existent or on the verge of disappearing. Consequently, excesses are emerging in the care that technology can administer to patients, even at the end of life, often to the detriment their well-being and dignity. The boundary between treatment and therapeutic obstinacy (or futile/aggressive treatment) has become porous, even blurred, for patients, their families, and caregivers. Our analysis examines the need to identify or establish ethical limits to treatments in order to prevent therapeutic obstinacy.

Keywords : obstinacy - dignity - ethics - patients - care - technology - treatment

Introduction

La connaissance et la pratique médicale se sont enrichies, ces dernières décennies, de nombreux apports technologiques, transformant, par cela même, l'exercice de la médecine. Ces apports de la technologique dans l'art médical redéfinissent non seulement les méthodes de diagnostic et les approches de traitement, mais aussi l'ensemble des pratiques entourant la prise en charge des patients. L'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) par exemple, parce qu'elle est en capacité d'utiliser des champs magnétiques ainsi que des ondes radio afin de produire des images plus détaillées des organes et des tissus du corps

humain, permet de poser des diagnostics précis et aussi de suivre l'évolution d'une maladie dans le temps afin de choisir et planifier les diverses formes d'intervention. Aussi, cet outil favorise des approches thérapeutiques plus personnalisées et précises. En l'occurrence, il est susceptible de guider des procédures biopsiques qui favorisent le ciblage précis des zones suspectes dans l'organisme. De cette façon, l'intervention de l'outil numérique en médecine minimise le traumatisme associé à la biopsie invasive.

Le pouvoir des technologies médicales charrie ainsi de nombreux espoirs. L'on en vient à penser qu'avec la puissance technologique, arrimée à la pratique médicale, l'homme est devenu capable de tout. La technologie médicale pourrait permettre de redéfinir les limites du corps en matière de santé, c'est-à-dire de restaurer l'état normal du corps et lui permettre d'échapper aux pathologies, temporaires ou définitives et dans toutes les situations données. Cet espoir entraîne bien souvent la prolongation de traitements intensifs dans le but de prolonger l'état de vie du patient même souvent contre les pronostics les plus pessimistes. Cette option prise désormais par la médecine avec l'usage des technologies de plus en plus avancées est appelée acharnement thérapeutique.

Aujourd'hui, les effets du progrès sont palpables dans la pratique médicale. En conséquence, il faut s'interroger sur le rôle réel de la technologie dans l'art médical, notamment dans la détermination de la frontière entre ce qu'il convient d'appeler une offre de soins de santé efficace et l'acharnement thérapeutique. Autrement dit, alors que l'innovation technologique dans la médecine promeut une

approche personnalisée et préventive des maladies et des soins, elle soulève également des questions sur les limites de l'intervention médicale et le respect de la dignité humaine. Il s'agit de répondre à la question suivante : quels critères éthiques et cliniques devraient guider l'utilisation des technologies en santé pour garantir une offre de soins respectueuse de la dignité des patients et éviter l'acharnement thérapeutique ?

Par une démarche à la fois, analytique et critique, cet article se propose d'explorer ces enjeux, en mettant en lumière la nécessité d'un équilibre entre l'application des avancées technologiques et la préservation de la dignité humaine dans la prise en charge du patient. À cet effet, nous analyserons d'abord les apports inédits de la technologie contemporaine à la médecine (1). Ensuite, nous mènerons une réflexion éthique critique au sujet de la frontière entre l'offre de soins dont la technologie a désormais la capacité et l'acharnement thérapeutique (2). Enfin, nous mettrons en évidence la forme éthique sous laquelle l'emploi des technologies actuelles en médecine peut en faire une offre de soins respectueuse de la dignité humaine, échappant ainsi aux acharnements imposés à certains malades en fin de vie (3).

1. Les apports de la technologie à la médecine

La révolution technologique a profondément, et simultanément, transformé la connaissance et la pratique médicale à travers des outils et des méthodes qui améliorent significativement la qualité des soins. Parmi les avancées les

plus marquantes figure l'amélioration des diagnostics, un domaine essentiel pour assurer une prise en charge rapide et efficace des patients.

1.1. L'amélioration des diagnostics

Les moyens technologiques s'imposent toujours davantage dans la prise en charge des malades. Ils offrent de nombreuses raisons d'avoir foi en toutes les possibilités de guérison. Cet espoir est porté, par exemple, par les outils d'imagerie avancés, tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les scanners. Ces outils sont des exemples qui montrent que les technologies contemporaines ont révolutionné les approches de la pratique médicale, mais surtout le rapport entre les professionnels de la santé et les patients.

Pour les diagnostics, ils permettent d'obtenir des images précises et détaillées, facilitant ainsi la détection précoce de nombreuses pathologies. Une telle facilité est corrélative à la réduction du besoin de procédures invasives. Elle minimise ainsi les risques sanitaires générés par les manipulations excessives du corps dans le but d'y déceler des pathologies. Dans le journal de Science médicale, IRBM NEWS, Marc Pommier et Al réaffirment à cet effet l'importance actuelle de l'IRM dans le système médical en raison de son efficacité tant au niveau du diagnostic qu'au niveau de la thérapie. Cette efficacité s'explique par sa capacité à dévoiler les plus infimes meurtrissures dans les tissus organiques grâce aux images fournies par résonance magnétique, sans ouverture du corps, en sorte que le praticien se trouve dans la position favorable de se tromper le moins possible dans ses diagnostics et, plus encore, en ne

risquant pas de générer d'autres problèmes par la manipulation. C'est ce que traduisent M. Pommier et Al (2018, p. 42) dans le cas du diagnostic du cancer :

L'imagerie médicale computationnelle présente l'avantage d'être non invasive, de pouvoir évaluer la maladie tumorale dans sa globalité, et de pouvoir être répétée dans le temps pour suivre l'évolution tumorale au cours du temps. Elle a pour objectif final de déterminer des biomarqueurs d'imagerie apportant une aide à la décision médicale et permettant aussi de mieux comprendre la biologie du cancer.

Ainsi, au niveau du diagnostic, l'importance de l'IRM est d'autant plus significative que sa fonction est d'accompagner la vie depuis ses premiers balbutiements jusqu'à sa fin. De façon pratique, elle est en capacité de veiller à ce que le sujet naîsse en bonne santé par la perception préventive au niveau du fœtus, de faire en sorte qu'il n'ait pas de maladie notable tout au long de la vie, de lui permettre de vivre une longue vie heureuse et satisfaisante sur le plan de la santé et, à la fin, veiller à ce que la mort survienne sans souffrance notoire.

En parallèle, l'intelligence artificielle (IA) se développe et montre son efficacité dans l'analyse des données médicales ; ce qui constitue une avancée majeure dans le processus de diagnostic. En effet, les algorithmes de l'IA, entraînés sur des bases de données massives et extensibles, peuvent identifier des modèles et anomalies que l'œil humain pourrait manquer. En fait, dans le cadre médical tout comme ailleurs dans d'autres domaines, l'IA a pour source les bases de données auxquelles elle a accès. Plus ces bases sont étendues, plus l'IA dispose de modèles à partir desquels sa

puissance combinatoire permettra d'identifier les cas qui lui sont présentés avec plus de précision.

La puissance d'un algorithme (entendre sa capacité à répondre aux attentes des malades et des praticiens en matière de santé) dépend en majeure partie de la base de données ayant contribué à sa conception. Pour qu'il devienne efficace, il doit être, dans sa phase de développement, alimenté par d'énormes quantités de cas. (M. Pommier et Al, 2018, p.41).

En intégrant l'outil de l'Intelligence Artificielle dans le quotidien médical, les praticiens peuvent bénéficier de diagnostics plus rapides et plus précis, améliorant ainsi les chances de succès des traitements tout en optimisant les coûts de la santé. C'est dire que les technologies modernes contribuent également et de façon significative à la prise en charge thérapeutique des patients.

1.2. Des traitements innovants par les outils technologiques

Trois facteurs démontrent l'évolution des traitements médicaux au cours des dernières décennies. Il s'agit de l'émergence de thérapies ciblées et de la médecine personnalisée ainsi que du développement de la chirurgie assistée par robot. Ces avancées engendrent des bénéfices indéniables pour les patients.

Les thérapies ciblées et la médecine personnalisée se distinguent des approches traditionnelles parce qu'elles sont adaptables au profil génétique et aux caractéristiques pathologiques de chaque patient. Du point de vue de Sonia Zaibet et Al, la thérapie ciblée est un terme pharmacologique, spécifiquement oncologique. Il s'inscrit

dans la logique du contrôle des effets négatifs et généraux des traitements traditionnels des tumeurs. Ainsi, « le terme de "thérapie ciblée" reflète le fait que ces traitements sont développés pour bloquer une anomalie moléculaire identifiée dans la tumeur et impliquée dans les mécanismes de l'oncogenèse » (Sonia Zaibet et Al, 2018, p. 1102-1109).

Contrairement aux traitements standardisés ou traditionnels qui reposent sur le choix de molécules médicamenteuses afin de traiter, de façon localisées, des tissus atteints de pathologie, les innovations technologiques dans le domaine de la santé sont un plus pour le ciblage des traitements médicamenteux. Elles permettent de développer des molécules spécifiques afin d'optimiser l'efficacité des soins en ciblant les mécanismes moléculaires précis à l'origine des maladies. Par exemple, pour des pathologies comme le cancer, l'identification de biomarqueurs, tels que la protéine C, la glycémie et le cholestérol, facilite l'élaboration de traitements sur mesure, souvent moins agressifs et présentant moins d'effets secondaires. En conséquence, les patients bénéficient non seulement d'un meilleur taux de réussite thérapeutique, mais aussi d'une qualité de vie améliorée.

Parallèlement, le progrès technologique permet aussi la chirurgie assistée par robot, un tournant majeur dans la pratique chirurgicale. En raison des capacités acquises par les techniques avancées, telles que la nanotechnologie et la télé-chirurgie, les interventions chirurgicales deviennent plus précises. Par exemple, les robots donnent une dextérité accrue aux chirurgiens dans les gestes parce qu'ils ont désormais une vision améliorée. Selon le centre de traitement du cancer Gustave Roussy, les conséquences

directes de ces interventions sont multiples. Elles se déclinent en réduction du temps d'intervention, de celui de la convalescence parce que moins d'organes sont impliqués dans l'intervention, diminution des douleurs après les opérations. Cela signifie aussi moins de risques d'infection pour le patient pendant sa période de traitement médical et de convalescence. En effet, du point de vue de cette institution, « la chirurgie robotique offre une vision 3D stabilisée et une maniabilité des instruments dans tous les plans de l'environnement. Les instruments sont donc dirigés avec une extrême précision, associée à une visibilité remarquable »¹. Et ce n'est pas tout. L'usage du robot lors des interventions chirurgicales peut « faciliter l'accès à des zones habituellement difficiles, quelle que soit la spécialité chirurgicale concernée : par exemple dans la cavité du pelvis en chirurgie digestive et gynécologique, ou encore dans l'espace oro-pharyngé en chirurgie ORL »². Dans tous les cas de figure, l'assistance de la chirurgie par robot génère plus d'efficacité pour les praticiens, améliorant le taux de succès des interventions chirurgicales.

Pour finir, l'intégration des diagnostics de précision, des thérapies ciblées, de la médecine personnalisée et de la chirurgie assistée par robot dans la pratique médicale moderne, traduit une volonté d'offrir des soins de plus en plus efficaces et adaptés aux besoins des patients. Toutes les innovations citées renforcent non seulement la prise en charge des maladies, mais elles ouvrent également la voie à

¹ Centre Gustave Roussy de lutte contre le cancer,

<https://www.gustaveroussy.fr/fr/chirurgie/chirurgie-robotique#>, consulté le 09/02/2025

² Idem.

une médecine du futur, où chaque patient pourrait bénéficier d'un parcours de soins adapté à sa seule situation médicale.

1.3. La technologie dans le suivi et la prévention sanitaire

Dans le contexte actuel de la santé publique, le suivi de l'état de santé aussi bien des personnes traînant une maladie que des personnes en bonne santé et la prévention des maladies sont essentiels pour garantir le bien-être des individus et des communautés.

Le suivi sanitaire consiste essentiellement à surveiller des maladies, à évaluer des traitements et aussi examiner de façon régulière l'état de santé des personnes. Lorsque l'on met en œuvre cette démarche, elle permet d'identifier précocement les problèmes au niveau de la santé et augmente les chances de succès des interventions médicales. Par exemple, le dépistage régulier du cancer peut mener à un diagnostic à un stade où les traitements sont plus efficaces et moins susceptibles de provoquer de nouvelles complications. Il s'agit précisément de chercher et collecter des informations de santé utiles afin de dresser un profil sanitaire du patient à l'effet de rendre plus efficace toutes les formes d'intervention. Selon la Mutuelle des Assistants et des Chefs de Service de France, dont la spécialité est la protection sociale et l'assurance de santé, le suivi médical et la prévention sont les deux faces de la même médaille de la santé. Le suivi est d'autant plus important qu'il « joue un rôle crucial dans la détection précoce et la prévention des problèmes de santé potentiels »³. Cette considération vaut

³ L'équipe éditoriale MACSF, <https://www.macsf.fr/vie-pratique/sante/bilan-sante>, consulté le 27/03/2025.

aussi pour la prévention de la complication d'un état de santé déjà précaire.

Il faut noter que le suivi et la prévention entretiennent une nuance distinctive. Le suivi invite à penser à la gestion d'un état sanitaire à risque ou déjà fragilisé par une maladie et la prévention suggère l'absence réel du fait prévenu. C'est une stratégie d'évitement tandis que le suivi serait une stratégie de gestion d'un fait. Ainsi, la prévention a pour objectif de réduire l'impact des maladies avant qu'elles ne surviennent. Cela inclut l'adoption de stratégies telles que la vaccination, l'éducation à la santé, et la promotion de modes de vie sains. En agissant sur les facteurs qui déterminent la santé, la prévention contribue à diminuer la souffrance humaine, et à alléger le fardeau économique qu'imposent les systèmes de santé. Autrement dit, investir dans la prévention peut être compensé par une diminution des hospitalisations et des traitements coûteux.

À ce titre, la télémédecine et les applications numériques de santé d'une part, et les dispositifs portables (*wearables*) d'autre part, sont des outils technologiques qui peuvent aider dans cette dynamique.

En effet, la télémédecine permet la consultation médicale à distance. Ainsi, elle élargit l'accès aux soins, surtout pour les populations vivant en zones rurales ou difficiles d'accès. Avec l'aide des plateformes numériques, les patients ont les moyens de consulter à distance des praticiens de santé. Cela facilite le suivi régulier de leur état de santé. En outre, les applications de santé offrent un moyen de surveiller divers paramètres de santé, tels que la pression artérielle, le taux de glucose, ou d'autres formes de symptômes. En centralisant toutes les données recueillies, les médecins

sont en mesure de détecter des problèmes éventuels de santé chez des individus et ainsi de recommander des mesures préventives appropriées.

Les dispositifs portables, communément appelés *wearables*, viennent en ajouter à ces outils de suivi médical. Dans son *Global Strategy on digital health 2020-2025*, l'Organisation Mondiale de la Santé identifie quelques-uns de ces *wearables* comme utiles au suivi et à la prévention sanitaire. Il s'agit, entre autres, des capteurs cutanés électroniques, pompes à insulines connectées, électrocardiogrammes (ECG) mobiles, *Biostickers*, montres connectées. (OMS, 2021, p. 16).

En intégrant des capteurs pour mesurer des indicateurs physiologiques tels que le rythme cardiaque, l'activité physique ou le sommeil, ces appareils offrent une surveillance performante des états de santé des sujets. La collecte de données dont elle est désormais capable, permet d'une part, aux utilisateurs de mieux comprendre leur état de santé et d'autre part, aux professionnels de santé de suivre l'évolution de leurs patients en temps réel. Par exemple, un patient souffrant de maladies cardiaques peut bénéficier d'une alerte immédiate en cas d'anomalie, ce qui peut aider à éviter les complications.

En définitive, la télémédecine, les applications de santé et les dispositifs portables (*wearables*) sont précieux dans la lutte pour une meilleure prévention et un suivi efficace des maladies. Leur capacité à fournir des informations précises et en temps réel optimise la qualité des soins et participe à une culture de la prévention, permettant ainsi une gestion collégiale de la santé qui bénéficie à l'ensemble de la société. Cette efficacité n'est pas loin de donner à l'homme la foi en ses capacités à dépasser les limites de la nature de sorte

que, dans la logique de ce que David Aurel appelait la culture technoscientifique du tout « probablement faisable » (D. Aurel, 1965, p.15), la frontière entre l'offre de soin et l'acharnement thérapeutique s'amincit. D'où la nécessité d'une analyse éthique.

2. La frontière entre l'offre de soins et l'acharnement thérapeutique : une réflexion éthique à la lumière de la pensée de Hans Jonas.

L'éthique médicale soulève des questions délicates concernant la frontière entre l'offre de soins et l'acharnement thérapeutique. Cette distinction est d'autant plus importante que dans le contexte actuel, les avancées technologiques en médecine permettent des interventions de plus en plus complexes, et parfois au prix de la qualité de vie des patients. À ce titre, la pensée de H. Jonas, philosophe et éthicien, offre une approche pertinente permettant d'évaluer les méthodes et les finalités de toutes les pratiques médicales. L'analyse qu'il fait de la finalité de l'art médical est circonscrite à la détermination des conditions éthiques favorables au respect de la vie humaine en promouvant le sens et l'impératif de la prise en compte de sa dignité. En conséquence de tout cela, Jonas défend l'idée que les apports de la technologie médicale, surtout dans le cadre prolongement de la vie par la restitution de la santé, doivent être mis en balance avec la dignité du patient. La raison qu'évoque E. Pommier à ce sujet est que « le mouvement de technicisation de la médecine ne va pas sans un certain risque de démédicalisation de cet art ». (H. Jonas, 2012, p. 17). Autrement dit, la médecine est en mesure de sortir

désormais de sa logique de recherche stricte de restitution de la santé ou de rétablissement de la qualité de la vie. Elle s'étend à de nombreux autres domaines tels que l'amélioration des performances physiques (médecine du sport, dopage), l'optimisation ou le ralentissement du vieillissement (médecine anti-âge) ou même l'augmentation des capacités intellectuelles (neuro-amélioration, implants technologiques). C'est justement dans le cadre de la lutte contre le vieillissement, donc de la mort que l'on a à craindre l'acharnement. En conséquence de tout cela, « il faut (...) une éthique pour prendre la mesure de ces périls rencontrés au sein de la civilisation technologique ». (H. Jonas, 2012, p. 17). Suivre la pensée de Hans Jonas permet de redéfinir notre approche de l'offre de soins dans la médecine contemporaine à l'effet d'identifier ce qu'est réellement l'acharnement thérapeutique, le but étant d'éviter le glissement vers cet extrême. La frontière entre prendre soin et acharnement thérapeutique n'est pas une question de simples termes médicaux, mais il s'agit d'une préoccupation éthique fondamentale, un enjeu pratique. Elle a pour finalité de guider les professionnels de santé dans leur pratique qui doit prendre comme référentiel la préservation de la dignité des patients tout en s'assurant que le geste médical reste au service de la qualité de la vie, et non de sa simple prolongation.

2.1. *La définition de l'acharnement thérapeutique*

L'acharnement thérapeutique se définit comme le recours à des traitements médicaux intensifs, souvent disproportionnés, dans le but de prolonger la vie d'un patient,

même lorsque les chances de rétablissement sont nulles ou minimales. Selon Jonas (2021, pp. 19-20)

La technologie médicale moderne, même quand elle ne peut guérir ou calmer la douleur, ou procurer un délai supplémentaire de vie qui vaille la peine, aussi court soit-il, est néanmoins en mesure à maints égards de retarder la fin au-delà du point où la vie ainsi prolongée garde encore du prix pour le patient lui-même.

Ce constat soulève une question fondamentale : à quel coût humain et moral sont acceptables ces prolongations de la vie ?

La réponse que propose H. Jonas repose sur un impératif : considérer à la fois la durée de la vie du sujet et sa qualité. Cette perspective est d'autant plus pertinente que dans les situations d'acharnement thérapeutique, le patient, tout en subissant ce qu'il convient d'appeler une agression médicale continue, peut se retrouver dans une condition de souffrance extrême sans aucune perspective d'amélioration. Il s'agit là de « la négation la plus nette d'un droit de mourir » (H. Jonas, 2021, p. 27) qui est tout autant improductive sur le plan de la qualité de la vie que sur le plan de la pertinence éthique de l'acte médical. Ces deux dimensions sont fondamentales dans la compréhension de ce qu'est l'acharnement thérapeutique dans ce contexte de progrès technologique incontestable.

La qualité de la vie qui doit être garantie pour le patient est à analyser suivant une double perspective : celle du ressenti du patient, qui a un caractère subjectif et celle qui se veut objective et qui inclut l'impact du style de vie présent sur son environnement immédiat et sur la société. Les questions essentielles concernent alors la façon dont le patient vit la vie qui est la sienne ou qui se profile au fil des jours, des

mois et même des années à venir ; elles concernent aussi la valeur de cette vie sur la société. Mais, en prenant appui sur le deuxième aspect ci-dessus cité, on prend le risque de tomber soit dans l'acharnement, soit dans le meurtre. Dans l'un ou l'autre cas, selon H. Jonas, il s'agit de nier au sujet patient son droit d'accepter ou de refuser un ou des traitements dont la suite logique est la continuation de la vie ou sa cessation. C'est pour cela qu'il écrit : « en dehors d'une telle implication directe de l'intérêt public, ma maladie ou ma santé restent entièrement mon affaire privée, et je loue les services de la médecine par un libre contrat » (H. Jonas, 2021, pp. 22-23). Il va sans dire qu'ici, l'acte médical peut rapidement se trouver dans un cul de sac éthique. D'une part, la poursuite du traitement, qui n'a pas la préservation de la qualité de la vie comme exigence première, est plus susceptible de tomber dans l'acharnement. En effet, elle tend à faire coïncider, par exemple, l'arrêt du traitement avec le meurtre. Ainsi, la cessation du traitement, même pour un patient pour lequel le rétablissement d'une bonne qualité de vie semble impossible, peut faire figure d'application d'un devoir de faire mourir. Devant un tel dilemme moral, la seule option semble être la poursuite du traitement quand bien même ses effets sur le rétablissement du sujet et sur l'amélioration de la qualité de sa vie sont reconnus comme quasi nuls. Pour H. Jonas, dans cette situation extrême, « si on peut affirmer un devoir de continuer à vivre pour d'autres contrairement à son vœu (en l'occurrence pour les suicidaires), alors on doit admettre, du moins aussi, un droit de mourir pour eux (les malades en fin de vie) ». (H. Jonas, 2021, p.26). Il est donc question de tenir compte du ressenti réel, prévu (testamentaire) ou supposé.

En prenant en compte le ressenti réel ou supposé du patient, il s'agit de donner sens à la liberté qui échoit à chacun de choisir son traitement, de le poursuivre ou de l'arrêter. Ce fait aussi simple revient à accorder à chacun le droit d'accepter ou de refuser sa propre mort dans une condition où le choix est possible. Ce point de vue est conforme à la démarche d'évitement de l'acharnement thérapeutique.

Ainsi, la crise axiologique qui découle de l'acharnement thérapeutique s'inscrit dans un conflit entre l'impératif médical, technologiquement soutenu, de sauver des vies et le devoir éthique de respecter la dignité humaine. Cela revient à établir une ligne de démarcation à partir de l'analyse des enjeux éthiques qui s'y rattachent.

2.2. Les enjeux éthiques de l'acte médical

Deux enjeux éthiques sont fondamentaux au regard de l'évolution de la nature technologique des actes médicaux. Il s'agit du consentement éclairé du patient et du rôle des médecins dans la prise de décision. Ces deux questions prennent une dimension intéressante à la lumière de la pensée de H. Jonas. Les réflexions éthiques de ce penseur, portant sur les transformations de la nature de l'agir humain en rapport avec le pouvoir technologique acquis, invitent, en effet, à repenser notre rapport à la médecine et à la technologie. Son ouvrage intitulé *Le droit de mourir* est une analyse pratique de ce que vaut, éthiquement, la mise en œuvre du pouvoir technologique en situation de fin de vie. Ainsi, il propose des réflexions sur le consentement éclairé des patients ainsi que sur le rôle des praticiens de la médecine dans la prise de décision concernant la poursuite ou non des traitements pour des personnes en fin de vie.

Tout d'abord, il n'y a de consentement qui soit valable que s'il est éclairé, c'est-à-dire fondé sur une compréhension complète, par le patient, des enjeux, des risques et des bénéfices liés à son traitement. En effet, selon l'article 6, alinéa 1 de la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, « toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondée sur des informations suffisantes. » (H. A. M. Ten Have et M. S. Jean, 2009, p. 131). En conséquence d'une telle prévention, H. Jonas pense que l'éthique ne doit pas se préoccuper seulement de la légitimité des actes médicaux. Elle doit se préoccuper également de la manière dont ceux-ci affectent la dignité humaine. Autrement dit, il est impératif que le patient soit un acteur informé et actif de sa propre santé. Tel est l'un des rôles qui revient aux praticiens. Et le défi réside dans la capacité des médecins à fournir des informations claires et accessibles, tout en prenant en compte les singularités de chaque patient. L'enjeu est la préservation de la dignité d'un patient en fin de vie. Pour le médecin, cet enjeu est mis en relation avec la crainte de contrevenir au principe sacro-saint de la médecine de prendre soin de la vie.

Cette obligation [d'informer le patient] est de plus en plus considérée comme la partie la plus difficile et la plus éprouvante de la tâche du médecin, parce qu'il faut non seulement communiquer une information médicale avec tact et compassion, mais aider le malade à prendre des décisions vitales. (J-F. Mattéi, 2012, p.25).

Le médecin n'est plus une figure d'autorité dont les recommandations sont suivies sans remise en question. Il doit apparaître désormais comme un guide et un conseiller. C'est au regard de cette nouvelle orientation que H. Jonas plaide pour une éthique de la responsabilité médicale où les professionnels de santé doivent non seulement envisager les conséquences de leurs décisions sur la santé immédiate des patients, mais penser également l'impact de ces décisions sur un environnement social déterminé ainsi que sur l'avenir d'une société. Il faut donc arriver à une prise de décision partagée, où le médecin et le patient collaborent pour parvenir à des choix éclairés. Dans le cas précis d'un malade en fin de vie, la situation est un peu plus complexe. Le respect de sa dignité requiert la mise en œuvre de soins palliatifs. De l'avis de J-F. Mattéi (2012, p.23),

les soins palliatifs constituent l'ensemble des soins actifs donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes, comme la prise en considération de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiales.

Cette approche exprime l'idée d'humanisation de la prise en charge des malades même en situation de fin de vie. Pour J-F Mattéi, c'est à cela que se mesure l'humanité d'une société. Il écrit : « le degré d'humanité d'une société se juge au moins autant par les soins prodigues aux faibles et aux mourants que par d'autres réalisations souvent plus prestigieuses » (J-F Mattéi, 2012, p.23).

En fin de compte, la pensée de H. Jonas, axée sur la dignité humaine et la responsabilité, est un guide vers une approche plus humaine et plus respectueuse des valeurs individuelles

dans le cadre médical. Cette orientation éthique permet à la médecine de répondre aux besoins et aspirations des patients, tout en préservant leur autonomie. Dans ce cadre, la technologie médicale se présente comme une offre pertinente de soins.

3. La technologie : une offre de soin dans les limites du respect de la dignité humaine

La technologie ouvre la voie à de nouvelles pratiques de soin qui ont le bénéfice d'être considérées comme efficaces. Qu'il en soit ainsi ou non sur tous les plans, ce qui est, pour le moins, incontestable c'est la transformation majeure qu'elles introduisent dans l'art médical au point de porter les intérêts des pratiques au-delà des limites de la simple restitution de la santé. Il en est ainsi de l'amélioration de la performance intellectuelle et physique avec les manipulations chimiques, électroniques, nanotechnologiques et génétiques, des corrections physiques à travers la médecine plastique, entre autres. Si ces nouvelles orientations sont possibles et parfois même souhaitées, la transformation qu'elle apporte dans la pratique médicale doit s'opérer dans le respect de la dignité humaine, un principe fondamental qui trouve un écho dans la philosophie de H. Jonas.

Selon Jonas, l'instrumentalisation de l'homme par la technologie est un risque majeur, surtout dans le cadre du traitement d'un sujet en fin de vie, menaçant d'installer une certaine distance entre le médecin et son patient et ainsi

réduire la personne du patient à un simple objet d'application des technologies. C'est pour cela qu'il est crucial de redéfinir la technologie non comme le moyen d'expression de la superbe puissance des praticiens de la médecine, mais comme une offre de soin qui valorise et respecte la dignité des individus qui sont dans le besoin médical. Cela implique d'adopter une approche thérapeutique ou palliative centrée sur le respect de l'humain proprement humain, c'est-à-dire une approche où les innovations technologiques servent à améliorer la qualité de vie des hommes en refusant ainsi de les déshumaniser.

En s'imprégnant de cette vision, les professionnels de la santé peuvent veiller à ce que chaque application technologique, qu'il s'agisse de la télémédecine ou des dispositifs médicaux, soit perçue comme une offre de soin par les patients et leurs proches. Comme le souligne H. Jonas, il est impératif de considérer l'impact des technologies sur l'être humain et de garantir qu'elles n'entraînent pas la reconnaissance de sa valeur intrinsèque. Ainsi, l'utilisation de la technologie dans les soins doit tendre vers une amélioration des relations humaines, en favorisant la communication et la compréhension mutuelle entre soignants et soignés.

3.1. De la communication entre patient, famille et professionnels de santé pour la dignité du patient

La communication entre le patient, sa famille et les professionnels de santé est un impératif pour une pratique médicale qui se veut efficace et humaniste. Cette action à visée interactive est d'autant plus importante qu'en contexte éthique, elle a pour finalité la préservation de la dignité du

patient. À cet effet, dans ses réflexions éthiques, H. Jonas met en avant le fait qu'il est important de considérer l'individu, non seulement dans sa singularité et sa vulnérabilité, mais aussi dans sa relation avec la communauté. De nombreux défis liés à l'environnement du malade rendent la communication délicate quoique nécessaire. Cette nécessité part du principe que le patient doit être éclairé sur son état et l'évolution de sa maladie. En plus, étant donné que le malade est impliqué dans une relation sociale plus ou moins complexe (partenaire, famille, amis, etc.), la communication doit tenir les autres proches comme des partenaires en sorte que chaque nouvelle évolution du mal, bien entendu lorsque l'extrême se profile, doit être portée à la connaissance des proches qui sont susceptibles de prendre part à certaines décisions relatives au changement de la nature du traitement, à sa poursuite ou non. Les finalités de la communication sont donc multiples, mais l'enjeu doit être unique : la préservation de la dignité du sujet malade.

Sur le chemin du strict respect de la dignité de tout sujet humain en proie à la maladie, se dressent de nombreuses conditions psychosociales à satisfaire.

Au niveau du sujet malade dont la conscience est active, la question première est celle-ci : a-t-il nécessairement envie d'entendre la vérité sur son état et sur l'évolution éventuelle de cet état ? Selon N. Landry-Dattée et Al, on observe bien souvent « l'existence d'un décalage entre l'information donnée et ce qui est compris. Décalage bien souvent source de malentendu qui complique ou détériore la communication ». (N. Landry-Dattée et Al, 2012, p. 387). On peut bien se demander : pourquoi ce hiatus ? La première vérité qui peut faire qu'un malade se détourne, consciemment

ou non, de l'information choquante liée à son état est le choc lui-même qui fait se développer une sorte de mur de protection émotionnelle. En effet, le choc entraîne une sidération de la pensée et même de la conscience. Conséquemment, surgit le déni. N. Landry-Dattée et Al justifient cela par un fait :

un collègue médecin me rapportait récemment son étonnement face à un malade à qui il tentait de faire comprendre qu'il n'y avait plus de traitement curatif possible pour stopper la progression de la maladie et qui, en retour, lui parlait de son oreille bouchée et de son désir d'une consultation ORL. Comment ne pas comprendre ce message implicite de l'incapacité pour le patient d'entendre cette mauvaise nouvelle ?

Comment justifier l'adoption de cette philosophie de l'autruche par le patient en situation de santé critique ? L'information lui arrive souvent comme la confirmation d'une auto-culpabilisation qu'il développe au fil de sa maladie. En effet, de l'avis de N. Landry-Dattée et Al (2012, p. 389), au cours de sa maladie, il « s'interroge sur les événements, les comportements qui auraient pu la déclencher. Il cherche la faute comme si la maladie était vécue comme une punition ». Dans le cas d'espèce le refus d'une fin de vie imminente se conjugue avec des interrogations angoissées liées à son propre comportement précédent la maladie. Ainsi, l'état psychologique du patient n'est pas toujours favorable à la perception du message du soignant aussi clair que cela puisse être. Cela brouille la communication et semble laisser au soignant la voie libre pour prendre les décisions qu'il juge utiles. Une telle situation peut être une voie ouverte vers l'acharnement thérapeutique.

Il arrive aussi que la famille du patient, tout comme le patient lui-même, soit dans « le déni face à la gravité ou la banalisation de la situation » (N. Landry-Dattée et Al, 2012, p. 388). En effet, du côté de la famille, l'état d'esprit n'est pas si différent de celui du malade. S'il arrive que le soignant fournisse des informations cruciales, la réception n'est pas toujours à la hauteur de la gravité de la situation. Un grand déficit de communication s'installe, parce que le professionnel n'est pas toujours écouté. N. Landry-Dattée et Al (2012, p. 388) écrivent alors que « l'écart entre l'information donnée et celle qui est reçue met à mal la relation famille-soignants ». La méfiance s'installe. La famille reporte la responsabilité du déficit de communication sur le soignant. Cet ensemble de facteur met le soignant dans une situation inconfortable face à la question du consentement éclairé. Harcelé, il est tenté de masquer la vérité pour éviter la confrontation avec le patient et sa famille ; son soucis devient alors de trouver le moyen de préserver le confort psychologique des personnes impliquées, même au détriment de la vérité, c'est-à-dire le principe du consentement éclairé pour les traitements ou leur arrêt dans les cas extrêmes.

Si l'information est nécessaire pour le respect des principes éthiques, convergeant vers le respect de la dignité des patients, il faut y adjoindre une approche plus humaniste afin de se rendre audible. Cette assertion met en lumière la nécessité d'une approche empathique et respectueuse envers chaque patient, c'est-à-dire envers l'humanité en chaque personne quel que soit son état de santé. Ainsi, dans le cadre des soins de santé, le patient ne doit pas être perçu par le soignant comme un simple cas médical, mais surtout comme un être humain dont la dignité mérite d'être comprise

et préservée en toute circonstance. Afin de tenir cette promesse de respect de la dignité du sujet malade, et même en fin de vie, les professionnels de santé doivent instaurer un dialogue ouvert et sincère, une réelle communication, avec le patient et sa famille, afin de tisser une relation de confiance qui favorise le respect de cette dignité.

La communication efficace permet également de prendre en compte les souhaits et les besoins du patient, ce qui est indispensable pour respecter son autonomie et sa dignité. De ce point de vue, la communication efficace est celle qui fasse droit à la raison, c'est dire à la capacité de réduire la marge d'influence de l'émotion sur les décisions concernant la gestion du patient en situation critique.

Au-delà de l'impératif pour le soignant d'être attentif aux symptômes physiques de la maladie, il doit également tenir compte des émotions de l'individu et aussi des valeurs qui sont les siennes.

En définitive, la communication entre le patient, sa famille et les professionnels de santé peut garantir le respect de la dignité humaine. Avec H. Jonas, il apparaît clairement que la communication doit être centrée sur l'écoute et l'empathie. C'est à ce prix que la médecine s'affirme comme une médecine respectueuse et éthique. Seuls les échanges constructifs peuvent maintenir la dignité du patient dans le processus de soin.

3.2. Le laisser-mourir comme expression du respect de la dignité humaine

Dans la pensée éthique de H. Jonas sur la fin de vie, laisser-mourir apparaît comme un choix fondamental qui témoigne d'une profonde compréhension de la dignité humaine.

Dans *Le droit de mourir*, H. Jonas présente trois possibilités qui s'offrent au soignant face à la maladie, surtout face aux différentes pressions psychosociales auxquelles il fait face devant les cas extrêmes de maladie : s'acharner à soigner même sans espoir de guérison ou d'amélioration de l'état de santé, aider à mourir par un engagement actif et laisser-mourir en se désengageant du processus de traitement. Dans les deux premiers cas, il existe quelque chose qui s'oppose à l'éthique qui traduit la conformité de la valeur morale de l'acte avec le plus grand bien possible selon la circonstance. S'acharner à soigner n'est pas nécessairement le plus grand bien, ni pour le patient ni pour la société si tant est que la maladie ne peut pas être annihilée, régresser ou être stabilisée. Ce ne l'est pas non plus si l'acharnement cause plus de souffrance physique et psychologique au patient et à la famille. Ici, « on se contente de repousser la mort en prolongeant l'état de souffrance ou l'état minimal existants » (H. Jonas, 2021, p. 20). Aussi, aider à mourir comme celui d'accompagner un suicidaire, qui correspond chez H. Jonas à l'acte de faire-mourir un sujet humain, est un crime. En effet, si l'état de santé d'un sujet peut, à un moment donné, inviter à accorder une certaine considération à son droit de mourir, il est à noter qu'un tel droit « n'entraîne (...) pas la coopération d'autrui » (H. Jonas, 2021, p. 30). Par ailleurs, « faire-mourir » remet en cause l'essence même de la déontologie médicale. Pour H. Jonas (2021, p. 41), en effet,

la profession médicale, (...) jamais ne peut confier au médecin le rôle d'un pourvoyeur de la mort, même à la demande du sujet. L'euthanasie comme acte médical ne peut venir en discussion que dans les cas où se prolonge

sans conscience un reste de vie maintenue artificiellement, la personne du patient étant déjà éteinte.

En dépit de ce cas extrême, il ne demeure pas moins que, agir dans le sens de précipiter la mort, quelles qu'en soient les raisons, se distingue de l'inaction en vue d'éviter la prolongation de la souffrance du patient. Selon les mots de H. Jonas (2021, p. 42), cela traduit l'idée qu'« il y a une différence (...) entre tuer et permettre-de-mourir ». Dans le premier cas la dignité humaine n'est pas respectée. C'est au nom de cette dignité que H. Jonas défend le droit de chaque personne à mourir, notamment lorsqu'il n'est plus possible de rétablir la santé par des traitements médicaux. Il s'interroge : « est-ce que retenir simplement le malade devant le seuil de la mort pour différer l'échéance fait partie des buts ou des devoirs de la médecine ? » (H. Jonas, 2021, p. 60). L'idée, c'est de laisser derrière soi la considération qui fait du sujet humain en fin de vie uniquement un cas médical avec le risque de tomber dans l'acharnement thérapeutique en lui imposant toujours davantage de traitements agressifs sans espoir de résultat pour améliorer la qualité de sa vie. Sous le coup de cette exigence éthiquement soutenable, H. Jonas affirme que le respect de la dignité humaine est un impératif moral. Il ne s'exprime pas seulement dans le devoir de faire vivre mais aussi dans celui de laisser mourir.

En conclusion, le "laisser-mourir" se révèle comme un gage de respect envers la dignité humaine en fin de vie. Par cette approche, nous honorons non seulement l'individu, mais également l'essence même de son existence, selon laquelle vivre pleinement implique d'accepter la mort comme une part

de la vie, car « devoir-mourir est associé à être né : la mortalité n'est que l'envers de la source éternelle de la natalité » (H. Jonas, 2012, p. 59). C'est ainsi que nous pouvons envisager que la mort n'est pas une négation, mais un ultime respect de ce qu'est être humain en son essence, un être que la nature destine à mourir du fait même qu'il est vivant.

Conclusion

Le rôle de la technologie dans la médecine moderne est analysé à une période où les avancées scientifiques transforment la manière dont nous prévenons, diagnostiquons et traitons les maladies. Cependant, la précipitation vers l'innovation technologique en matière médicale suscite d'importantes questions éthiques, notamment au sujet du glissement du traitement vers l'acharnement thérapeutique. Ainsi, l'établissement des limites de l'offre de soin technologique vise à éviter cet acharnement. En effet, les traitements de pointe, la robotique chirurgicale et les thérapies géniques, entre autres, offrent des possibilités de guérison sans précédent. Sous cet angle le pouvoir qu'offrent les technologies médicales enflle tous les espoirs dans la proportion des souffrances ressenties en matière de santé. Pour cela, il engendre aussi des situations où l'intervention médicale peut devenir disproportionnée face à la nature terminale de certaines pathologies. Par conséquent, l'acharnement thérapeutique - défini comme le maintien de traitements inutiles qui prolonge la souffrance sans espoir d'amélioration - devient un enjeu éthique majeur.

Il est donc impératif de reconnaître que, malgré l'efficacité réelle ou potentielle des technologies, leur utilisation doit être guidée par des principes éthiques adéquats reposant sur une vision humaniste. L'instauration de protocoles clairs et de critères éthiques visant à orienter les décisions médicales est essentielle. Cela implique de privilégier non seulement l'allongement de la vie, mais aussi la qualité de celle-ci, ainsi que le respect de la dignité des patients tels que promus par l'éthicien H. Jonas. Ainsi, l'harmonie entre innovation technologique et responsabilité éthique peut permettre de préserver la dignité et le bien-être des patients.

BIBLIOGRAPHIE

DAVID Aurel, 1965, *La cybernétique et l'humain*, Paris, Éditions Gallimard.

JONAS Hans, 2012, *L'art médical et la responsabilité humaine*, Paris, Éditions du Cerf.

JONAS Hans, 2021, *Le droit de mourir*, Paris, Éditions Payot et Rivages.

LANDRY-DATTÉE Nicole et Al, 2012, « Accompagner la famille confrontée à la proximité de la mort d'un de ses membres », in Emmanuel Hirsch, *Fins de vie, éthique et société*, Toulouse, Edition érès, pp.386-393.

MATTÉI Jean-François, 2012, « Sauvegarder la dignité de ceux qui nous quittent », in Emmanuel Hirsch, *Fins de vie, éthique et société*, Toulouse, Edition Érès, pp.21-29.

OMS, 2021, *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*, Genève, OMS.

POMMIER Marc et Al, 2018, « État de l'art en imagerie médicale », in *Le cahier technique, IRBM News*, publié par Elsevier Masson SAS, pp.39-56.

TEN HAVE Henk Antonius Maria Johannes et JEAN Michèle S., 2009, *Unesco : la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Histoire ; principes et application*, Paris, Éditions Unesco.

Webographie

Centre Gustave Roussy de lutte contre le cancer,
<https://www.gustaveroussy.fr/fr/chirurgie/chirurgie-robotique#>.

L'équipe éditoriale MACSF, <https://www.macsf.fr/vie-pratique/sante/bilan-sante>.

ZAIBET Sonia et Al, « Enjeux et écueils des thérapies ciblées orales en pratique clinique quotidienne : 5^e journée de pharmacologie des antitumoraux », in *Bulletin du Cancer*, Volume 105, Issue 11, 2018, pp. 1102-1109, ISSN 0007-4551, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.08.005>. Consulté sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455118302674>.