

point de vue

Les résonances médicales franco-allemandes du crash de Germanwings

Les catastrophes, les tragédies, déclenchent les émotions. Les grandes émotions collectives génèrent des couvertures médiatiques qui amplifient à leur tour les phénomènes émotionnels. C'est là un processus dont nous faisons tous l'expérience, et à un rythme désormais de plus en plus soutenu. Avec, bien souvent, pour solenniser le propos sinon pour l'éclairer, des prises de paroles télévisées intempestives d'experts autoproclamés. Il faut aussi compter avec les rappels à la règle et, bien souvent, la mise en œuvre de nouvelles règles tenues pour pallier les failles à l'origine de la catastrophe.

Le récent crash de l'Airbus de Germanwings (cent cinquante morts) constitue de ce point de vue un tragique cas d'école. Chacun a pu voir ce qu'il en était des controverses techniques autour des modifications de la «présence continue de deux personnes dans le cockpit». On a refait la généalogie du blindage de la porte, évoqué les mérites comparés des avions automatiquement pilotés, réfléchi à la place des toilettes pour les pilotes, etc.

L'affaire a aussi pris d'étonnantes proportions dans le domaine médical, qu'il s'agisse du secret professionnel (le respecter ou pas?) ou des errances diagnostiques dans le champ psychiatrique. Certains, médecins, sont allés jusqu'à parler, au doigt mouillé, de *perversité* et de responsabilités médicamenteuses; d'autres, parfois les mêmes, ont dénoncé l'existence même d'un secret médical.

Dans les heures et les jours qui suivent les grandes catastrophes, les institutions collectives (leur symbolique) les sociétés savantes (leur savoir), peuvent avoir du bon: notamment en nous protégeant du trop-plein d'émotions. Suite au crash de Germanwings nous venons, en France, d'enregistrer deux réactions de ces institutions, l'une psychiatrique et l'autre ordinale.

Un groupe réunissant plusieurs associations psychiatriques nationales¹ vient ainsi de prendre position à la suite des polémiques relatives aux antécédents dépressifs et au comportement du copilote Andreas Lubitz. Thème de cette prise de position: «Identifier et soigner la dépression, c'est prévenir le risque suicidaire».

«Avec plus d'un million de morts par an dans le monde et près de 12 000 en France, le suicide est la première cause de mortalité des 25-34 ans et la seconde pour les 15-25 ans. Dans la mesure où 60 à 70% des sujets suicidés souffraient de dépression, et que plus de 80% d'entre eux n'étaient pas traités

... de nombreuses études ont montré que l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs était associée à la réduction des taux de suicide ...

au moment du passage à l'acte, il est légitime de proposer que le traitement de la dépression, intégrant psychothérapie et médicaments, soit une piste majeure de prévention du suicide, rappellent les psychiatres français. La Food and Drug Administration, aux États-Unis, est revenue en 2007 sur la mise en garde qu'elle avait lancée en 2004 au sujet du potentiel suicidogène des antidépresseurs. Cette mise en garde avait été largement contestée par la communauté scientifique internationale. En effet, de nombreuses études ont montré, à travers le monde, que l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs était associée à la réduction des taux de suicide.»

De multiples recherches menées sous toutes les latitudes soulignent que le risque de suicide est avant tout lié à la pathologie dépressive. On a aussi pu démontrer que les mises en garde sur l'usage des antidépresseurs ont pu conduire, dans quelques pays,

à une diminution de leur prescription qui s'est toujours accompagnée d'une augmentation des décès par suicide. Ce qui ne doit nullement faire oublier qu'en début de traitement l'antidépresseur peut parfois entraîner une désinhibition et un passage à l'acte.

«Prétendre que les antidépresseurs augmentent le risque de suicide est une contre-vérité, écrivent les psychiatres français à l'adresse de quelques-uns de leurs confrères. Bien au contraire: toutes les études internationales validées démontrent qu'un traitement médicamenteux bien conduit et bien surveillé de la dépression réduit le risque de suicide et favorise sa prévention. Ces mises en garde infondées peuvent conduire à un arrêt prématuré des traitements par les patients et accroître le risque de suicide. C'est pourquoi, la communauté française des psychiatres insiste sur une évidence: la dépression tue en augmentant le risque de suicide et doit être traitée.»

Le crash de l'avion de Germanwings a aussi conduit le Conseil national français de l'Ordre des médecins à prendre la parole en réaction à quelques sorties médiatiques de praticiens accusant leurs confrères allemands de ne pas s'être déliés de leur secret. L'Ordre français a solennellement rappelé que «l'obligation de respect du secret est générale et absolue». Elle est inscrite dans la loi, le code pénal et celui de la santé publique. Le code pénal dispose ainsi que «la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende».

Bien évidemment il y a, pour le médecin, des exceptions: les sévices ou privations sur mineurs et personnes vulnérables ou le caractère dangereux de personnes qui détiennent une arme (ou envisagent d'en acquérir une).

Le médecin français peut aussi, à titre exceptionnel et en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui (s'il ne peut faire autrement et après qu'il ait épuisé toute autre solution) s'affranchir du secret médical en informant le médecin chargé de la santé au travail (ou, sinon, en saisissant le procureur de la République). En toute hypothèse, l'information doit être proportionnée à la gravité du danger.

Autre résonance d'actualité: les médecins allemands du transport aérien viennent de réclamer un renforcement des examens pour les pilotes. «Nous demandons que les pilotes soient soumis à des examens plus fréquents



et plus rigoureux» a déclaré il y a quelques jours, à *Die Welt*, Hans-Werner Teichmüller, président de l'Association des médecins allemands du transport aérien. «La consommation de médicaments psychotropes et de drogues doit également pouvoir être décelée» a-t-il ajouté. Ces déclarations faisaient suite à la publication, dans la presse, d'informations, établissant qu'Andreas Lubitz, avait souffert dans le passé d'épisodes dépressifs et suicidaires profonds et qu'il avait consulté plusieurs psychiatres. Selon la presse allemande, des médicaments contre les troubles maniaco-dépressifs auraient également été retrouvés au domicile de cet homme âgé de 27 ans.

Les recommandations formulées par M. Teichmüller vont bien au-delà des pratiques actuellement en vigueur en Allemagne. «Dans le cadre de l'examen médical annuel d'aptitude au vol, ces recommandations se bornent à une analyse du taux d'hémoglobine et, dans certains cas, au niveau de sucre dans le sang. Ces examens ne permettent pas de mesurer la présence de médicaments psychotropes ou de drogues» selon *Die Welt*. *Die Welt* qui apprend aussi à ses lecteurs qu'il n'y a pas non plus de suivi psychologique régulier des pilotes et que les examens pratiqués ne permettent qu'une mesure indirecte de la présence excessive d'alcool. L'Association des médecins allemands du transport aérien examinerait actuellement d'autres recommandations permettant d'évaluer les fonctions hépatique et rénale, et de rechercher des anomalies lipidiques sanguines.

Fin mars, peu après le crash, le vice-président de l'association, Uwe Beiderwellen, avait publiquement jugé «exagérée» l'hypothèse de tests psychologiques pour les pilotes lors des examens de routine. Plus récemment, l'Autorité allemande de supervision du transport aérien (LBA), institution qui délivre les brevets de vol aux pilotes, a assuré ne pas avoir été informée par Lufthansa (la maison mère de Germanwings) des antécédents dépressifs du copilote. Lufthansa avait pour sa part reconnu (tardivement) qu'Andreas Lubitz avait informé en 2009 son école de pilotage qu'il avait souffert d'un «épisode de dépression sévère». Il avait ensuite reçu son certificat validant son aptitude au vol.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Il s'agit du Collège national des universitaires de psychiatrie, de l'Association française des troubles anxieux et de la dépression, du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, du Conseil national professionnel de psychiatrie et du Groupement d'études et de prévention du suicide.

carte blanche

De battre son cœur s'est arrêté

Ils font une drôle de tête, les étudiants en médecine. Et si eux ne comprennent pas, comment feront les autres? Je viens de leur raconter, dans un séminaire sur la mort cérébrale, que la première européenne pour la transplantation cardiaque après arrêt circulatoire vient d'être réalisée en Angleterre.

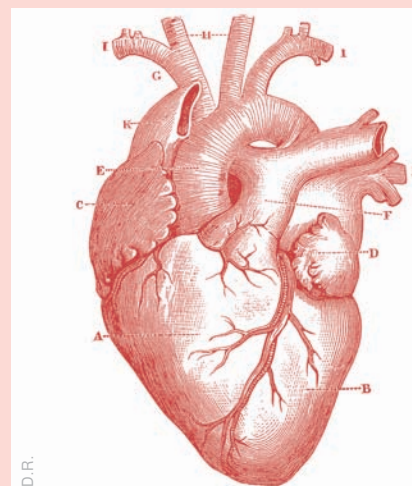
«Si c'est l'arrêt cardiaque qui a causé la mort, comment ça se fait qu'on puisse ensuite le greffer à quelqu'un d'autre?». La question démarre en fait une étape avant. Quand sait-on que nous sommes réellement morts? Hier, les «croque-morts» croquaient littéralement les cadavres au pied, aujourd'hui on est mort lorsque meurt notre cerveau. Plus exactement, c'est notre tronc cérébral qui meurt et avec lui la capacité intégrative sur les fonctions vitales. L'organisme cesse de fonctionner comme un tout. Nos cellules et certains organes ont beau demeurer quelques temps fonctionnels, nos parties ont commencé leurs chemins séparés vers d'autres existences.

Comprendre la mort cérébrale n'est pas une évidence. Sous ventilation mécanique, un mort semble presque dormir. Une fois qu'on a compris que la mort est bien là, cependant, on comprend facilement que ses organes encore fonctionnels pourraient poursuivre leur chemin non pas vers la terre mais vers un autre corps dont les fonctions intégratives seraient, elles, intactes.

Mais si c'est le cœur qui a cessé de battre, alors, comment le greffer ensuite? S'il est suffisamment intact, comment peut-on dire que la mort était irréversible? Sauf que, lorsque c'est le cœur qui s'arrête en premier, le cerveau le suit au bout d'un maximum de dix minutes. La mort de la personne est donc toujours cérébrale et c'est elle qui est irréversible; il y a simplement plusieurs manières d'y arriver.

«Mais alors comment se fait-il que le cœur s'arrête et ne reparte pas, s'il est encore fonctionnel?» Le don d'organes après arrêt circulatoire peut exister lorsque les tentatives de réanimation ont échoué. Mais il peut

aussi exister lorsqu'on a arrêté ces tentatives pour ne pas conduire un patient dans l'acharnement thérapeutique. Aurait-on pu faire repartir son cœur après l'arrêt cardiaque? Parfois, oui, et si on l'avait fait dans les minutes qui suivent le patient ne serait pas mort. Aurait-on aidé le patient par ce moyen? Justement, non. Comment sait-on que la décision de ne pas réanimer n'a pas été influencée par le don d'organes? Les équipes s'occupant du receveur et du donneur sont différentes et cette indépendance est protégée en Suisse par la loi. Mais la possibilité



D.R.

de don d'organes repose effectivement sur cette confiance.

Le trouble des étudiants est compréhensible. Le don d'organes après arrêt cardiaque soulève une série de difficultés éthiques dont la résolution n'est pas évidente.^{1,2} A ce prix, pourquoi va-t-on de l'avant? C'est que de ne pas le faire pose aussi problème. En apprenant à renoncer à l'acharnement thérapeutique, on apprend à s'arrêter avant la mort cérébrale et du coup on en réduit la fréquence. On le voit: les pays qui s'acharnent davantage sont également ceux où le taux de dons d'organes est le plus élevé. Un résultat doux-amer, tant pour les receveurs qui attendent plus longtemps que pour les donneurs potentiels qui souvent souhaitent l'être en cas de décès et là ne le peuvent plus. Cette situation, le don après arrêt circulatoire pourrait la résoudre, mais seulement si nous sommes aussi en mesure de résoudre les difficultés qu'il soulève à son tour. Un vrai défi, que ces étudiants devront peut-être continuer de relever.



Pr Samia Hurst

Médecin et bioéthicienne
Institut Ethique, Histoire,
Humanités
Faculté de médecine
CMU, 1211 Genève 4
Samia.hurst@unige.ch

1 Académie suisse des sciences médicales. Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes. Bâle: Académie suisse des sciences médicales, 2011.

2 Conseil d'éthique clinique des HUG. Don d'organes à cœur arrêté (DCA). Genève: 2014.