

Questions des tutrices à l'intention du Professeur Émérite D. Grimaud :

Petite introduction :

Le nombre de QCM posé à l'examen reste inconnu, mais il y aura une proportionnalité entre le nombre d'heures de cours et le nombre de QCM (comme au tutorat). Le Professeur Grimaud a relu nos QCM. Depuis notre entretien, il a été aussi d'accord de relire nos ronéos. Il est donc au courant des supports et entraînements que l'on vous propose et semble trouver ça consistant et représentatif.

Place aux questions ...

1) Pouvez-vous réexpliquer la différence entre douleur et souffrance ?

Le professeur explique qu'il y a une **nuance entre ces définitions selon le point de vue : philosophique ou éthique.**

- **Son approche** de la chose (photo de la ronéo juste en-dessous) est une vision **plutôt philosophique** :

Au sens de « douleur » physique → dire j'ai mal.

Mais aussi de « souffrance » → la douleur ressentie certes, mais aussi en terme psychologique, affectif et spirituel.

On **nuance** entre douleur au sens physique (dire j'ai mal) et souffrance qui englobe la douleur physique mais va plus loin !

- L'approche du **Pr. Rabary** est celle utilisée en éthique :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » IASP (international association for the study of pain)

 Souffrance

La souffrance est plus complexe à définir. **Ce n'est pas seulement une dimension « physique » ou même émotionnelle : elle englobe l'individu en son entier dans son rapport à soi et au monde** (son environnement : le travail, les proches). **Elle se répand dans la totalité du corps, c'est-à-dire de la personne.**

♥ Elle inclut des phénomènes physiques et mentaux.

C'est cette version qui est la bonne en Éthique et surtout celle à retenir pour l'examen, car si la question est posée ce sera par le professeur Rabary ! RETENEZ DONC LA VERSION DU PROFESSEUR RABARY (ronéo n°3) !

.....

- 2) Dans la vidéo sur l'anthropologie de la mort : vous dites que beaucoup de malades disent ne pas vouloir d'acharnement thérapeutique mais qu'au dernier moment ils veulent conserver une communication avec leur entourage. Est-ce que cela veut dire qu'ils reviennent sur leur décision, et que par conséquent ils espèrent continuer les traitements ?

C'est une situation tout à fait classique : **beaucoup de gens y sont opposés lorsqu'ils vont bien** (« pas envie de souffrir mes derniers instants dans un lit, en ayant mal partout, isolé de ma famille », « je ne veux pas de respirateur, pas de perfusion ») → « Je veux qu'on me laisse mourir tranquille ». **Ils disent ne pas vouloir d'acharnement.**

Mais le jour où ils arrivent dans une **période ultime de pré-mortem, beaucoup de malades ont envie de prolonger**. Ils veulent conserver des rapports avec leurs proches. Ce qui incite le malade à revenir sur sa décision de refus de l'obstination déraisonnable, **c'est en général un problème de relation**. Ils veulent continuer à entretenir jusqu'au bout une relation. (En + : cette situation ultime ouvre souvent une voie vers la spiritualité).

La **plupart des malades ne s'expriment pas** pendant cette période agonique parce qu'ils n'en ont plus la capacité (ex. un patient comateux ou sous respirateur). C'est dans ce cas que la **collégialité** a son importance dans la poursuite ou non des traitements.

.....

- 3) En parlant des personnes pouvant être prises comme personne de confiance, vous mentionnez « un enfant » ? Nous croyons qu'il s'agit de l'enfant majeur d'un adulte déjà âgé. Est-ce bien ça, ou un mineur peut-il être une personne de confiance ?

Oui, il s'agit d'un **enfant majeur**.

Petite anecdote : Une grand-mère a choisi sa petite fille pour être sa personne de confiance (alors que celle-ci était encore mineure). Les années sont passées, la petite fille est devenue majeure et la grand-mère s'est retrouvée dans une situation critique. Le problème a été que la petite fille ne s'est pas sentie d'endosser ce rôle (ne se trouvant pas assez mature pour assumer cette responsabilité vis-à-vis de la famille) et qu'elle a refusé d'être la personne de confiance de sa grand-mère. Donc on peut demander à un jeune mais ce n'est pas très « sain ». De plus, il faut que la personne de confiance accepte d'endosser ce rôle sinon on doit « changer son fusil d'épaule » au dernier moment.

.....

- 4) Est-il obligatoire de mentionner le nom d'une personne de confiance ?

La personne de confiance **n'est pas obligatoire**.

.....

- 5) Pourquoi dans la partie sur le droit à la mort vous dites « NON » à l'euthanasie et « OUI » au suicide assisté alors que les deux sont interdits en France.

Alors c'est une question dans la diapo qu'il faut relier à OUI ou NON.

Donc retenir, en bref : **On n'a pas le droit à l'euthanasie. On n'a pas le droit au suicide assisté. On a le droit au suicide.**

.....

6) Est-ce qu'un médecin peut refuser la sédation terminale à un patient ? Ou dès que celui-ci la demande sur ses directives anticipées le médecin se retrouve contraint à le faire ? Même question pour les soins palliatifs.

La sédation terminale est l'objet de discussions interminables depuis les lois Léonetti de 2005 et Léonetti-Claeys de 2016, qui a résolu un peu plus le problème sans le résoudre complètement. Elles sont faites pour donner les guides pour ne pas s'obstiner dans des traitements inutiles et autorisent légalement l'arrêt des traitements et la sédation terminale.

La sédation terminale est perçue par certains comme une euthanasie déguisée. Le médecin, par avis collégial, va pousser les doses pour soulager le malade. Mais rien ne va l'empêcher d'augmenter les doses pour accélérer la mort.

L'intention de la loi Léonetti n'est sûrement pas d'accélérer la mort ! Son intention c'est de rendre la fin de vie plus confortable pour le malade : dormir avant de mourir, mais aussi pour éviter la détresse/souffrance psychologique. La douleur aura été éliminée par la sédation (contenant des médicaments antidouleurs) donc le malade n'a pas mal, mais il souffre de se sentir partir. Il souffre de la rupture relationnelle qu'il va avoir avec son entourage. **On le met donc dans une situation de repos, de confort avant de mourir.**

On ne refusera donc quasiment jamais la sédation terminale car elle a pour objectif le confort, le respect et le bien-être du malade.

Pour ce qui est du **palliatif il n'y a pas assez de places** donc beaucoup de morts se font à l'hôpital (de plus en plus) : dans les services de médecine, de gériatrie, aux urgences mais pas forcément en soins palliatifs. On essaie de développer la mort à domicile par les infirmiers, les accompagnateurs.

On refuse un malade en palliatif soit parce qu'il est au bord de la mort (on le prend pour quelques heures, ça ne vaut pas le coup), soit parce qu'il va durer très longtemps alors qu'il pourrait être très bien pris en charge ailleurs, sans forcément prendre une place en palliatif.

Le problème, ici, est qu'on est obligé de faire des choix parfois !

.....

7) Pouvez-vous revenir sur la différence entre soins et traitements ?

Il faut faire attention ++ beaucoup de gens font la confusion, y compris les médecins.

Les traitements sont prescrits par les médecins après le diagnostic ou pour l'adaptation des traitements. Ils prescrivent des soins, les $\frac{3}{4}$ du temps réalisés par les infirmiers (par exemple : piluliers, perfusions). **Le médecin fait le traitement et l'infirmier fait les soins.**

Il y a aussi **les soins de confort surtout dans le contexte de la fin de vie** et de la mort. C'est le care : les soins de la personne. En France, on parle surtout du cure qui se rapporte à soigner/au traitement, mais il faut bien veiller à faire la différence entre les deux !

Lors de l'arrêt des traitements, on arrête tout : tonique cardiaque, ventilation, ... mais on poursuit les soins de confort (que le patient soit changé, qu'il soit bien, bien installé, qu'il se sente propre, qu'il se sente vivant à travers le toucher++/la vision/le parler). **On continue les soins, même dans une situation de refus d'obstination déraisonnable et d'arrêt des traitements.**

Donc : to cure → les traitements
to care → les soins infirmiers
on arrête les traitements, on continue les soins !

.....

8) Explication sur surveillance biologique et monitoring :

Surveillance biologique = prélèvement de sang, d'urine ou d'un autre liquide biologique (moins routiniers) dans lequel on va faire des dosages (glycémie, sodium, calcium, urée dans le sang – ions, glucose, ... dans les urines) ou encore des prélèvements bactériologiques (ex. dans une septicémie).

Monitoring = surveillance électronique du malade (ex. le scope qui donne les tracés cardiaques, la fréquence cardiaque et respiratoire, la température). La température est surveillée par un capteur en continu, il se trouve au bout de la sonde urinaire ou gastrique. Avec d'autres machines, on a d'autres monitorings adaptés au fonctionnement de la machine.

Quand on arrête les traitements, il faut tout arrêter. On arrête les prélèvements et le monitoring. On ne continue que les soins de confort !

Vous pouvez faire un tracé une fois que le patient est mort, pour montrer qu'il n'y a plus de tracé mais on n'a pas besoin de preuve médico-légale !

C'est la fin de ce premier entretien avec le Professeur Grimaud. Il est très investi et répond très vite à nos questions, donc on se répète mais n'hésitez vraiment pas à poser des questions !!!

Éthiquement-vôtre.