

# UE N° 7 : SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

## ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

### 1) INTRODUCTION

<b>MORALE :</b>	Ensemble de règles dictées par une foi, une philosophie, ou une société qui imposent de faire le Bien, d'éviter de faire le Mal (définit le droit chemin). Elle est impérative, immuable, plurielle, gratifiante ou punitive.
<b>ÉTHIQUE :</b>	Réflexion sur les valeurs humaines universelles qui amène à choisir entre ≠ formes de Bien voire de moindre Mal et gère les conflits de valeurs. Elle est réflexive, tolérante, interactive, à travers l'échange et le débat.
<b>BIO-ÉTHIQUE :</b>	Ethique appliquée aux Sciences de la Vie (ex : recherche scientifique).
<b>DÉONTOLOGIE MÉDICALE :</b>	Code de bonne conduite du médecin envers ses malades, ses confrères et la société.
<b>LOI :</b>	Observation de la loi imposée de l'extérieur. Civile ou religieuse. Ce qui est légal n'est pas forcément éthique !!!

Face à une situation donnée, le médecin doit se référer à la fois à une tradition hippocratique plurimillénaire et à un large consensus déontologique :

<b>GROUPE DE VALEURS</b>	<p><b>Connaissance approfondie des faits</b> : données cliniques, biologiques, pharmacologiques, économiques doivent être connues avec précision</p> <p><b>dignité de l'être humain</b> : de par l'originalité de son identité, sa liberté de penser et d'agir avec une volonté qui lui est propre, ses sentiments, ses convictions...</p> <p><b>altérité</b> : = l'Hô a une place dans l'ordre naturel et dans la Société et contracte des liens avec son entourage</p>
<b>PRÉCEPTES ÉTHIQUES UNIVERSELS</b>	<p><b>Obligation de compétence</b> : compétence technique, maîtrise des conséquences de ses actes, entretien/perfectionnement des connaissances, actes en rapport avec l'actualité des sciences</p> <p><b>respect de l'être humain</b> : de son identité, intégrité physique et psychique, vérité, volonté, égalité des chances, confidentialité</p> <p><b>attention à l'autre</b> : solidarité, fraternité, surrogation (dépassement)</p>

### 2) ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA VIE/MORT

**VIE** = échanges de matière et d'énergie avec l'environnement, autonomie, reproduction, évolution par sélection naturelle + faculté d'adaptation, apprentissage, survie, conservation de l'espèce, aptitude à s'auto organiser sans programmation...

	<u>DE LA VIE :</u>	<u>DE LA MORT :</u>
<b>D'UNE CELLULE</b>	Respiration, métabolisme cellulaire	Apoptose, anoxie cellulaire, arrêt des voies métaboliques, absence apports énergétiques (aspect+/- réversible)
<b>D'UN ORGANE</b>	<p>Métabolisme de cellules de même nature ou complémentaires répondant aux besoins de l'organisme.</p> <p><i>Cœur</i> : pompe (muscle à fonctionnement automatique central et périphérique)</p> <p><i>Foie</i> : usine chimique/métabolique servant à la production de bile, glycogène, aux transformations métaboliques, et à la détoxification</p> <p><i>Cerveau</i> : fonction centrale de coordination/régulation</p>	<p>Mort d'un ensemble de cellules composant l'organe (ischémie = souffrance hypoxique entraînant la nécrose du tissu)</p> <p><b>Implications ≠ selon organes :</b></p> <p>* <b>organes NON VITAUX</b> (bout d'intestin, appendice, vésicule, un des organes doubles) : mort de l'organe entraîne peu de conséquences</p> <p>* <b>organes VITAUX REMPLAÇABLES</b> (tête du fémur, rein, cœur, foie) : prothèse, machine suppléance, greffe</p> <p>* <b>organes VITAUX IRREMPLAÇABLES</b> (« à ce jour » mais dans 10 ans ??) : mort immédiate de l'individu (cerveau)</p>
<b>D'UN INDIVIDU</b>	<p><b>Biologique</b> : assemblage/connexion équilibrés des grandes fonctions vitales cellulaires/organiques : conscience, respiration, circulation</p> <p><b>Spirituelle</b> : âme dans la personne toute entière</p>	<p><b>AVANT</b> : absence de buée sur miroir rapproché du nez (= arrêt respiratoire)</p> <p><b>DE NOS JOURS</b> : définition clinique :</p> <p>□ <b>Signes négatifs de la vie</b> : arrêts circulatoire et respiratoire, abolition de toute conscience et de toute sensibilité (coma), aréflexie, perte du tonus muscu, mydriase, pâleur cadavérique</p> <p>□ <b>Signes positifs de la mort</b> : refroidissement, rigidité, lividité</p>

### 3) ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIE/MORT

#### A) ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIE

Développement psychologique de la personne (4 facteurs) :

- **affection/amour** des parents pour enfant = besoin vital initial, protection
- **souffrance** : entraîne des rencontres (avec soi-même, avec les autres)
- **identification positive/négative** : à parent, héros, contre-image
- **adaptation** : réponse aux sollicitations extérieures (éducation ++ : enfant se dépasse lui-même, réagit par rapport à la collectivité, au groupe social, et non plus à sa seule personne)

**VIE = RELATION** : à l'objet, à l'environnement, à soi, à l'autre, à l'Autre (spirituel)

# UE N° 7 : SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

## ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

### HARMONIE DE LA VIE = HARMONIE DE LA RELATION

#### RUPTURE HARMONIE DES RELATIONS => DÉSÉQUILIBRE, MALADIE

Différentes étapes de la vie en relation :

- ☒ **Relation in utero** (conception → naissance) entre enfant/mère
- ☒ **Relation in vivo** entre enfant/parents : maturation, autonomisation progressive
- ☒ **Maturité** = relation autonome responsable avec soi-même et les autres
- ☒ **Déclin physique/psychique** : recréat° d'une situat° de dépendance avec entourage
- ☒ **Suicide** : prise de conscience aigue du déséquilibre des relations non compensé
  - ⇒ désir de mort (fuite, abdication, aspiration au repos, retour dans le sein maternel)
  - ⇒ désir d'une autre vie (rejet de la vie telle qu'elle est vécue jusqu'à présent, recherche d'une vie rêvée, d'une autre vie)

### B) ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA MORT

Notre expérience de la mort : mort des autres (famille, proches, malades)

<b>Mort d'une partie d'un individu/organe :</b>	<b>Individu mourant :</b>
<u>Perte/mort fœtus pour la mère</u> : perte d'une partie d'elle-même et de l'autre	MORT = certitude organique absolue MOURANT : ambivalent quant à sa certitude de mourir
<u>Ablation d'un sein pour cancer</u> : perte physique + symbolique objet de séduction, de féminité	*** <b>Prise de conscience psy de la mort imminente par le mourant : 5 étapes psy décrites par E. Kübler-Ross :</b>
<u>Amputation (2 visions) :</u> → <b>Mécaniste</b> : on a changé une pièce défectueuse de la machine → <b>Don d'un malchanceux (donneur) à un privilégié (receveur)</b> : accepter de recevoir l'autre en soi pas facile (= attitudes patho de dépendance, de dette, de culpabilité) ANONYMAT nécessaire pour éviter ça !!	★ <b>refus/isolement</b> : « ce n'est pas possible, non, pas moi », refus d'appeler les choses par leur nom (dénégation à respecter = amortisseur) ★ <b>révolte/colère</b> : « pourquoi moi et pas lui ? » ; projection agressive sur le médecin => rupture relation médecin-malade/infirmière-malade ★ <b>marchandage/négociation</b> : le malade veut retarder la pendule pour tout mettre en ordre ★ <b>dépression/désolation</b> : chagrin intérieur, silencieux, cheminement vers l'acceptation profonde de son destin ⊕ <b>acceptation</b> : simple résignation ou transcendance spirituelle
<i>NB : l'espoir de survie n'est donc présent que pendant les 3 premières étapes !! ←←←</i>	

La mort a 3 sens possibles selon les individus, les cultures, les civilisations :

- **mort = fin** (suivie de rien = « non sens » individuel à la vie, possibilité sens collectif)
- **mort = début d'autre chose** (réincarnation, autre vie spirituelle)
- **mort = passage mais continuation** (individuelle/cosmique)

### EXPÉRIENCE DE LA MORT IMMINENTE = EMI

EMI ≠ MORT ENCÉPHALIQUE !!! (cf après 4))

EMI ≠ HALLUCINATIONS DÉLIRANTES !!!

	HALLUCINATIONS DÉLIRANTES	EMI
<b>LE MOURANT</b>		
<i>Humeur</i>	Perturbée	Normale
<i>Stress</i>	Présent	Absent
<i>Orientation</i>	Désorientation ds les 3 sphères : temps/espace/personnalité	Normale
<i>Conscience</i>	Altérée	Normale
<i>Indice hallucinatoire</i>	Présent	Absent
<i>Convict° réalité</i>	Oui	Oui
<b>LE VÉCU DE SON ENVIRONNEMENT</b>		
<i>Perso halluciné</i>	Vivant	Décédé
<i>Lieux</i>	Terrestres	Autre monde
<i>Intentions apparit°</i>	Menaçantes	Accueillantes
<i>Aspects apparition</i>	Menaçant	Beau, extraordinaire
<i>Durée apparition</i>	Longue	Brève
<i>Emotion dégagée</i>	Peur, angoisse	Quiétude, sérénité

\*\*\***Dynamique de la mort** : nécessité d'un travail de deuil de l'entourage et du mourant qui se sent mourir (= **accompagnement** : nécessité dans toutes les cultures)

→ **Nécessité déontologique/éthique** : devoir et responsabilité du médecin et de l'entourage du patient d'apaiser sa souffrance physique et psychologique

→ **Nécessité socio-économique** : on ne meurt plus à la maison mais à l'hôpital (+ 80% meurent en milieu institutionnel : statistiques INSEE 2000)

- ⇒ abandon par la famille de la charge du vieillard/malade grave
- ⇒ femmes travaillent
- ⇒ vieillissement démographique : les grands vieillards ont des enfants vieux
- ⇒ frais financiers énormes pour maintien à domicile

*Développement nécessaire de systèmes d'assistance sociale, de maintien des patients à domicile, de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)*

→ **Nécessité psycho-sociale** : besoin de réhabiliter la mort (*c'est en voyant nos proches mourir que nous nous forçons notre propre image de la mort*)

- ⇒ recréer le rituel
- ⇒ recréer une image positive et sereine de la mort

→ **Nécessité humanitaire/spirituelle** : la mort appartient au mourant, on ne peut pas la lui voler. Quand elle est prévisible, la mort se prépare (sur les plans matériel, religieux, moral, spirituel). La mort est, comme la vie, une relation à l'autre...

### 4) MORT ENCÉPHALIQUE (ME) : PRÉLÈVEMENTS/DONS D'ORGANES

# UE N° 7 : SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

## ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

1959 (France) : 2 médecins réanimateurs évoquent le terme de « coma dépassé » associant coma profond irréversible et EEG plat

1968-1976-1980 (USA, RU, Suède) : « mort cérébrale » = « ME » = « coma dépassé » = MORT

### 1. Définition de la ME (France : décret du 02-12-1996) ★★★

ME = destruction irréversible de toutes les structures de l'encéphale

= 4 signes fondamentaux (3 cliniques + 1 paraclinique sur 2 !!!)

<b>COMA PROFOND</b> <i>(signe clinique)</i>	<b>Perte totale de conscience, absence de mouvement spontané MAIS PERSISTANCE ACTIVITÉ CARDIAQUE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>typiquement : hypotonie avec disparition des <b>réflexes profonds/tendineux/sphinctériens/cutanés</b></li> <li>cependant : persistance possible des <b>réflexes de libération médullaire</b> (idiomusculaire, Babinski, triple retrait, embrassement)</li> </ul>
<b>ABOLITION DE TOUS LES RÉFLEXES DU TRONC CÉRÉBRAL</b> <i>(signe clinique)</i>	Disparition du <b>réflexe oculocardiaque</b> (++) Disparition des <b>réflexes pharyngés, de toux, de déglutition</b> <b>Paralysie faciale complète</b> <b>Absence de réponse aux stimuli auditifs et visuels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>typiquement : <b>mydriase</b> bilatérale (parfois pupilles en position intermédiaires)</li> </ul>
<b>ABSENCE TOTALE DE VENTILATION SPONTANÉE</b> <i>(signe clinique)</i>	Vérifiée par <b>épreuve d'apnée</b> ⇒ test d'hypercapnie en hyperoxie
<b>2 ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMMES NULS</b> <i>(signe paraclinique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En enregistrement à <b>sensibilité maximale</b></li> <li>En <b>normothermie</b></li> <li>Pendant <b>30 minutes</b> et à <b>4h d'intervalle</b></li> </ul>
<b>OU ABSENCE DE PERFUSION CÉRÉBRALE</b> <i>(signe paraclinique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>au cours d'une angiographie bicarotidienne sous pression</li> </ul>

### 2. Mécanismes de la ME ★★★

Il existe un œdème cérébral majeur au cours duquel la **pression intra-crânienne (PIC)** devient supérieure à la **pression de perfusion artérielle cérébrale (PPC)**. Cela entraîne un arrêt circulatoire cérébral.

œdème cérébral ← PIC > PPC ← arrêt circulatoire cérébral

### 3. Causes de la ME en 2005 ★★★

Pathologies cérébrales traumatiques	29%
Pathologies cérébrales médicales	55%
Anoxies	9%
Toxiques	1%
Autres causes	6%

### 4. Diagnostic de ME ★★★

- ☉ Condition préalable : éliminer une **hypothermie profonde et/ou un coma toxique** (souvent associés) induits par des *médicaments dépresseurs du SNC* ou l'*alcool*
- ☉ Existence/persistance des 3 signes cliniques avec confirmation par **1 des 2** examens paracliniques (cf ci-dessus)
- ☉ !!! Malgré la présence de ces signes : **le cœur bat toujours et le sujet est chaud (++)**
- ☉ 3 signes accompagnateurs non obligatoires : hypothermie / hypertension artérielle (HTA) / polyurie insipide

### !!! NE PAS CONFONDRE ME (MORT ENCÉPHALIQUE) ET CV (COMA VÉGÉTATIF) !!!

ME		CV
	<b>SIGNES COMMUNS</b>	
☐	<b>ABSENCE DE VIE DE RELATION / PERTE TOTALE DE L'AUTONOMIE</b>	☐
	<b>DIFFÉRENCES</b>	
Arrêt	<b>CIRCULATION CÉRÉBRALE</b>	Normale
Arrêt (V artificielle)	<b>VENTILATION</b>	Normale
Instable	<b>FONCTION CARDIO-VASCULAIRE</b>	Normale
Hypothermie	<b>THERMOGÉNÈSE</b>	Normale
Oui	<b>DÉCÈS LÉGAL</b>	Non
Oui	<b>DONNEUR D'ORGANES</b>	Non

### 5. Réglementation sur les prélèvements d'organes ★★★

#### ASPECTS MÉDICAUX ✦

Sujet en ME = **grande instabilité physiologique**

- ⇒ **arrêt cardiaque systématique dans les 12 à 48h après décès cérébral**
- ⇒ sujets décédés « à cœur battant » ↑ prélèvement organes envisageable
- ⇒ mettre en route immédiatement les **techniques d'entretien cardio-respiratoire + métabolique** pour assurer OXYGÉNATION et PERFUSION des organes que l'on va greffer (SFARP – 1998)

Éliminer les contre-indications absolues au prélèvement :

# UE N° 7 : SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

## ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

- **Critères virologiques (+++)** : positivité au VIH1, VIH2, AgP24, VHB, VHC, HTLV1, HTLV2
- **Critères bactériologiques** : choc septique
- **Cancers** (sauf tumeurs cérébrales primitives diagnostiquées en anapath)
- **Toxicomanie intraveineuse (IV)** avérée
- Suspicion maladie de **Creutzfeld Jakob**

Noter les contre-indications relatives au prélèvement :

- **âge > 70 ans** pour les organes
- pas de limites d'âge pour les tissus ni pour les populations « à risques »

### ASPECTS JURIDIQUES ✦

☑ Activité de **prélèvement/greffe** en France : inscrite depuis 1994 dans le cadre juridique des Lois de Bioéthique (intégrées dans le Code de la Santé Publique).

☑ Création de l'**Etablissement français des Greffes = EfG** (agence sanitaire de l'Etat)

☑ Ces lois garantissent que les activités de prélèvement/greffe réalisées dans les **meilleures conditions d'égalité et de sécurité** :

- ✦ *Pour le patient en attente de greffe*
- ✦ *Respect l'anonymat du donneur*
- ✦ *Gratuité du don*

☑ Structures/équipes autorisées à prélever/greffer soumises à **contrôles rigoureux** avant **délivrance de l'autorisation**

☑ Nouvelle Loi de Bioéthique (6 août 2004) : modernisation du code de SP :

- ✦ *Association de tous les Etablissements de Santé à activité de recensement / prélèvement par l'intermédiaire de réseaux*
- ✦ *Seuls certains établissements sont **accrédités** pour ces activités (CHU ++)*
- ✦ ***Elargissement du cercle des donneurs vivants** ; mais **autorisation de prélèvement** (sauf père/mère) doit être délivrée par un comité d'experts*

☑ Principes éthiques fondamentaux : **inviolabilité du corps humain / absence de droit patrimonial / gratuité absolue du don et de la greffe / anonymat du donneur et de la famille / interdiction de publicité à but lucratif / principe d'équité des citoyens / respect de la sécurité sanitaire (biovigilance) ✦**

☑ Loi de 2004 crée l'Agence de la Biomédecine : idem EfG + missions d'**évaluation**, de **suivi**, de **contrôle** dans procréation, embryologie, génétique humaine

☑ Prélèvement d'organe chez le sujet décédé : « **consentement présumé du défunt** »

- ⇒ **tout individu est présumé consentant au don d'organes** sauf s'il a exprimé son opposition de son vivant (3 façons)
- ✦ *Inscription dès 13 ans sur le **Registre National des Refus (RNR)** géré par l'EfG*
- ✦ *Papier libre conservé dans documents personnels*
- ✦ *Témoignage auprès de sa famille*

Si médecin ne connaît pas la volonté du défunt, il doit s'efforcer de la recueillir (famille)

ASPECTS ORGANISATIONNELS (cf organigramme cours)

### ASPECTS RELIGIEUX

Pas d'opposition au don d'organe des grandes religions monothéistes (réserves +/-)

⇨ Eglise catholique : discours collectif, homogène, clair

⇒ pleinement acceptable à condition de traiter le corps avec respect

⇨ Eglise protestante : position homogène encore plus ouverte

⇨ Religions juive et musulmane : certains courants de pensée restreignent et nuancent l'acceptation au don d'organes ; mais assouplissements ++ si l'il s'agit de sauver une vie en danger. En pratique, chacun doit se prononcer en conscience (responsabilité devant Dieu de ses actes). Aspect intime et personnel ++

### 6. Réflexions éthiques sur le refus de dons d'organes : causes de refus

Depuis 1999 : ↗ nombre **donneurs potentiels** d'organes ; ↗ nombre de sujets prélevés ; ↗ greffes d'organes... MAIS 32% des donneurs potentiels ne sont pas prélevés en raison d'**opposition au don**

Causes de refus :

Intégrité corporelle	Médiatisation excessive	Interprétation loi bioéthique
<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Multiplicité PV vécue comme un dépeçage</li> <li>✦ Information rigoureuse + restitution irréprochable des corps pour respect de l'intégrité et image corps nécessaire +++</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Exhibitionnisme, promotion personnelle ou financière...</li> <li>✦ Séances d'infos grand public inadaptées, inefficaces</li> <li>✦ réfléchir à la promotion des associations de greffés et à la qualité du message que l'on doit transmettre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Décès ME annoncé par médecins réanimateurs</li> <li>✦ Familles informées des PV d'organe par médecins seniors /jeunes médecins / coordinateur hospitalier/ médecin en charge (recherche des volontés du défunt +++)</li> </ul>

- règles de bonnes pratiques de l'entretien entre familles et personnel spécifique non intervenant dans processus de soins = coordonateur hospitalier (écoute bienveillante ++)
- demande PV organes : pour la famille, banalise la mort, renvoie à l'échec de la médecine et du praticien, détourne de la phase de deuil (« on passe du mort à ses organes »)

### Comment agir alors ?

Lois de bioéthique s'appuient sur le **consentement présumé au don**. Mais on recherche si refus a été exprimé par défunt (ATTENTION : **seule la famille du donneur peut intervenir dans cette décision** : elle doit être informée et doit pouvoir en témoigner. En aucun cas le futur receveur ou sa famille, ni le corps médical, ni la collectivité ne doivent s'en mêler)

Problèmes soulevés : existence implicite d'une pression institutionnelle au nom de la solidarité, liberté individuelle parfois entravée, symbolique de l'acte +/- pure, méconnaissance de l'existence du RNR, respect réel de la volonté du défunt par la famille (tendance naturelle à se substituer à la place du mort), tabous sur la mort et l'intégrité corporelle, appartenance familiale ou sociale du corps, symbolique de la ME (cœur bat toujours)

### 7. Problèmes éthiques particuliers des donneurs vivants (loi 6 août 2004)

Donneur vivant = personne majeure et capable

# UE N° 7 : SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

## ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

- ⇒ père/mère du receveur ++
- ⇒ autre membre de la famille (comité d'experts national)
- ⇒ autorisation guidée par intérêt thérapeutique pour receveur + évaluation du rapport Bénéfice / Risque

- 👉 **ANONYMAT** n'est plus respecté : risque d'instaurer relation dépendance ++
- 👉 **PRESSIONS FAMILIALES** ++ (« donne ton rein à ta sœur ou sinon elle va mourir à cause de toi »)
- 👉 Risque d'**AVANTAGES** en nature, de CADEAUX
- 👉 **CULPABILITÉ** du receveur
- 👉 **IMPLICATIONS FINANCIÈRES** à court terme et pendant le suivi médical

### 5) ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE (AT)

#### Quand parle-t-on d'AT ?

- ⇒ lors de l'évolution terminale d'une maladie (cancer, SIDA), en gériatrie, en néonatalogie, en réanimation (techniques lourdes au long cours/urgences SAMU-SMUR) avec risque : réanimer patients en stade terminal ou ac anoxie cérébrale ++ (séquelles +++)

**AT = « efforts thérapeutiques jugés excessifs par rapport aux chances de survie du sujet »**

Acharnement : entreprise qui a échoué = échec, image négative, violence (obstination, persévérance, succès)

ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE		EUGÉNISME, EUTHANASIE
On en fait trop : « on ne sait jamais, malgré tout »		On n'en fait pas assez : « à quoi bon ? »
Activisme technique ++		Défaitisme moral
Poursuite thérapeutique		Arrêt thérapeutique
Risque abus de pouvoir médical		Risque abus de pouvoir médical
-	+	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦dépersonnalisation sujet</li> <li>♦souffrances inutiles</li> <li>♦abus expérimentaux</li> <li>♦ôte à patient droit de vivre sa mort en conscience spirituelle et psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦sauve des vies, sursis</li> <li>♦climat de confiance entre médecin et malade qui sait qu'on ne l'abandonne pas</li> <li>♦progrès de la science</li> <li>DISCUTABLE !!</li> </ul>	

#### 📖 Qui décide de la poursuite/arrêt d'un TTT ?

- Société : lois, décrets, règlements : normes de la relation médecin/malade
- Malade et famille : contexte affectif tue objectivité décision (parfois sérénité, conscience)
- Médecin : décision finale ++ mais pas absolue ! (motivations, critères de décision variables)

#### ATTENTION AU MÉDECIN !!

Courage, foi en médecine	Volonté de vaincre, refus de l'échec	Goût performance technique	Souci des statistiques perso
Désir de « faire des K pr faire des sous »	Raisons politiques ou d'Etat	Rejet de sa propre mort	Sournoiserie : décide seul

#### 📖 Contexte économique de l'AT : nombre de lits, d'infirmières, de médecins...

- ⇒ Disparité moyens techniques/financiers selon hôpitaux, régions, pays

#### 📖 Rapport avec le pronostic du patient ?

Pronostic (= évaluation des chances de guérison et de survie) très difficile. Décision d'AT entachée d'incertitudes car il y a toujours des possibilités d'exceptions. Un patient n'a pas d'existence statistique lors d'un pronostic vital !

**Ne pas sombrer dans :**

- ⊙ la sacralisation irraisonnée de la vie => AT aveugle + inconditionnel
- ⊙ le respect de la dignité de la vie à tout prix => prédétermination, auto/hétérodétermination mort

#### ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU PROBLÈME (2001-2005) ★★★

- La limitation et arrêt des TTT en réanimation a fait l'objet de recommandations : 3 situations :
  - le constat d'échec thérapeutique reconnu par l'ensemble de l'équipe : ne pas prolonger l'agonie
  - l'évaluation d'un très mauvais pronostic : qualité, dignité de la vie ??
  - la demande expresse d'un patient conscient informé, apte à décider de l'arrêt des suppléances d'organes
- La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie élaborée et soutenue par Jean Léonetti (4 cas)

☆ **PATIENT EN FIN DE VIE CONSCIENT** : respecter volonté du patient après l'avoir informé des conséquences, assurer sa dignité (soins palliatifs ?)

⊙ **PATIENT EN FIN DE VIE INCONSCIENT** : décision médicale collégiale, transparente (prise après avis d'une personne de confiance) qui tient compte des directives anticipées du malade révocables par lui à tout moment => limitation ou arrêt des TTT +/-

⊙ **PATIENT NON EN FIN DE VIE, CONSCIENT, QUI REFUSE TOUT TTT** : médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter le TTT (« période d'essai ») quitte à faire appel à un autre médecin pour aider à convaincre. Après « délai raisonnable », se pose la question d'arrêt/limitation des TTT de façon collégiale, après avis personne de confiance et en respectant dignité du patient et de la famille

⊙ **PATIENT NON EN FIN DE VIE, INCONSCIENT** : idem point ⊙

NB +++ : dans chacun des cas, il faut impérativement **consigner faits et décisions dans le dossier médical !!!**

#### Loi rigoureuse et humaine :

- lutte contre AT et diagnostic
- reconnaissance au malade du droit de vivre et de préparer sa mort
- sérénité dans la prise de décision
- recherche permanente de la transparence et de la collégialité
- stratégie de prise en charge globale (somatique et psychologique) du malade
- garantie des bonnes pratiques (rigueur scientifique)
- relation de confiance sans cesse entretenue (dialogue ++): patient, famille, corps soignant
- ⇒ élaboration de critères objectifs : arrêt des soins si pronostic défavorable
- ⇒ élaborations de critères subjectifs : dépendant de la position du malade et de sa famille et d'une réflexion collective sur : la qualité de vie du malade (dignité vie future ? handicap ?), la qualité de vie de sa famille (charge physique, affective, financière), charge éco pour Société

**Attention à ce qu'une GUÉRISON TECHNIQUE immédiate ne se transforme pas en ÉCHEC ÉTHIQUE à terme**

**Des mesures de confort et de soins palliatifs doivent être prises (toujours par médecin senior responsable) :**

- Prise en charge de la douleur physique et psychologique**
  - Sédation** (doses non limitées) : benzodiazépines, morphiniques, barbituriques
  - Arrêt du monitoring, des radios itératives, des PV biologiques**
  - Baisse des paramètres de suppléance ventilatoire, nutritionnelle, hémodynamique**
  - Accompagnement du patient et de sa famille** par un personnel formé à cela
- !!! injection létale interdite = euthanasie active = homicide involontaire !!!