



ASP 16

Mourir en Occident en 2016 : Du médical au judiciaire

Résumé des interventions du 12 mars 2016- AG ASP 16- 31/03/2016 - Dr M DELAGE, EMSP de l'Angoumois

Dr Arnaud Desachy REA « La réalité du terrain »

Illustration de la loi au travers des pratiques en REA

➤ **Personne de confiance (PC)**

Plus de désignations, mais pas toujours rédigées de la main du patient ; parfois signé par la PC elle-même.

En REA, beaucoup de patients inaptes

Au final, pas si utilisables que ça. Bien souvent la différence entre PC et Pers référente n'est pas comprise

➤ **Directives Anticipées (DA)**

2 modifications majeures entre 2005 et 2016 :

- Pas de durée de validité
- Opposables (sauf urgence et inappropriées)

En REA : aucune DA, nécessite de l'anticipation Pas entré dans les mœurs Prendre en compte les changements d'avis possibles si elles sont anciennes Quant aux transmissions des souhaits antérieurement exprimés, la PC est-elle fiable ?

➤ **Droit de refuser l'acharnement thérapeutique**

- Le patient peut faire appel à 1 second Dr
- Patient hors d'état d'exprimer sa volonté : DA, PC, à défaut...
- Dans tous les cas, il s'agit d'une décision médicale avec respect de la procédure collégiale

En REA : 20 % de LAT sans procédure collégiale

➤ **Refus de l'Obstination déraisonnable**

En 2005 = possibilité En 2016 = DEVOIR

Nutrition et alimentation artificielle = TTT

En REA : Demande d'avis/Refus d'admission en REA Accompagnement nécessaire des collègues Les jeunes médecins paraissent plus à l'aise avec le refus de l'OD

Enquête/Deuil pathologique et stress post traumatique : favorisés par les « tuyaux », le fait de ne pouvoir dire au revoir, mais aussi d'être témoins de la mort.

➤ **Création d'un Droit opposable à la Sédation et Analgésie**

En 2005 Double effet En 2016 « Le médecin met en place la Sédation et Analgésie même au risque de raccourcir la vie » **Importance de l'information**

➤ **Application de la Sédation**

- A la demande du patient, associée à l'analgésie et l'arrêt des TTT de maintien artificiel en vie
- Patient hors d'état d'exprimer sa volonté : il y a une relation directe entre les limitations et arrêt de TTT (LAT) et la Sédation Analgésie, mais la temporalité est parfois différente pour les divers intéressés

Tanguy Châtel, Sociologue « Mourir en Occident en 2016 : du médical au judiciaire »

➤ **La mort est une question individuelle**, mais elle a toujours été « normée ».

- Par la religion catholique d'abord Obsession du salut de l'âme, la personne n'avait que le droit d'obéir, puis



- Par le corps médical avec les progrès de la médecine Le patient a des devoirs « Guérir et à défaut se taire »

On meurt comme on doit, pas comme on veut

- Avec le développement des SP, on a une nouvelle vision du patient, un patient qui devient **autonome**.

- Concernant les **Directives Anticipées**, Tanguy Châtel est contre les formulaires à cocher.

Les DA sont l'occasion de discuter, de **dialoguer** avec les docteurs, avec ses proches, de faire connaître son monde intérieur, ses valeurs. Elles auraient intérêt à ne pas être trop contraignantes afin de **ne pas dénaturer la relation de confiance** que nous avons intérêt à avoir avec le médecin.

Seront-elles plus rédigées ? Pas sûr : « Ne vais-je pas m'enfermer moi-même ? »

- **Justice et fin de vie**

Aujourd'hui, le droit de mourir se combine avec le Droit et la justice. Et on demande à la justice de dire le Droit.

Question débattue dans tous les pays industrialisés, alors qu'ailleurs les populations s'obsèdent d'abord de vivre. **Que devient le goût de vivre ?**

- Son regard de **bénévole**

Ce n'est évidemment pas la Justice qui peut donner du sens aux derniers moments de la vie.

Penser que sans le médecin, on ne mourra pas bien non plus. La voix du patient est prépondérante, sans être décisionnaire (c'est le médecin qui a la connaissance). La relation de confiance représente 50 % du soin.

Avec cette loi, **on a gagné le droit de faire connaître notre identité singulière, mais on ne doit pas priver le médecin de sa responsabilité.**

- **Mises en garde**

- Ne pas basculer dans la revanche du patient
- Ne pas oublier la relation de confiance déterminante dans la qualité du soin
- Le droit, au départ outil pour faire des choix en sécurité, est devenu complexe, opaque ⇒ Devient insécurisant
- Il appartient au législateur de faire la loi et au juge de juger qu'elle est bien appliquée. Aujourd'hui, la justice devient un objet premier de création de droit.

Il illustre l'importance du **dialogue** en citant le Dr LEONETTI

"Nous nous opposons sur nos convictions, nous nous sommes rejoints sur nos doutes".

Dr Jean Jacques Chavagnat, psychiatre « Le chemin du deuil »

Préfère parler du **Chemin du Deuil, plutôt que travail du Deuil**

Evoque les jours qui précèdent le Décès : la culpabilité quand la mort tarde à venir, comment se ré attacher dans les périodes de mieux ?

Reprend les étapes du deuil

Pointe lui aussi l'importance des échanges. La nouvelle loi intègre une connaissance du patient, de son histoire de vie ⇒ le Deuil devrait en être facilité, plus de sérénité

A l'inverse, les hospitalisations aux urgences en toute fin de vie risquent de perturber le chemin du Deuil

Pointe la perte des repères avec la disparition du rituel. La loi va-t-elle aidée à prendre une place dans des rites ? Préparer le corps, reconnaître que le Deuil est continu

"Nous sommes riches de nos morts qui nous accompagnent en permanence et qui vivront tant que nous nous souviendront d'eux".

Il regrette qu'il n'y ai rien dans la nouvelle loi pour les endeuillés.

Comment intégrer le Droit au chagrin ?

Pour finir, il cite Saint Augustin : "**Les morts sont invisibles, ils ne sont pas absents**".