

VIE ET MORT 2 :

I/ ASPECT BIOLOGIQUE DE LA VIE ET DE LA MORT :

1° DEFINITION BIOLOGIQUE DE LA VIE :

- La vie d'une **cellule** repose principalement sur la respiration cellulaire et le métabolisme cellulaire.
- La vie d'un **organe** peut être totalement différente d'un organe à l'autre.
- La vie d'un **individu** est l'assemblage de grandes fonctions vitales, c'est-à-dire le fonctionnement harmonieux de l'ensemble des organes, coordonné par le cerveau et associé à la vie spirituelle.

Étapes de la vie organique :

1. Conception.
2. Croissance in utero.
3. Naissance.
4. Croissance/maturation.
5. Maturité (âge adulte).
6. Déclin organique (dès 25-30 ans).
7. Mort organique.

2° DEFINITION BIOLOGIQUE DE LA MORT :

- La mort d'une **cellule** peut avoir un caractère réversible (cellules se renouvelant facilement) ou définitif (cellules ne se régénérant pas). Elle se fait par apoptose ou par nécrose.
- La mort d'un **organe** n'a pas les mêmes conséquences selon qu'il s'agisse d'un organe non vital, vital mais remplaçable ou vital et irremplaçable.
- La mort d'un **individu** est de nos jours définie par la notion de mort cérébrale. Autrefois, c'était l'absence de souffle, puis l'arrêt cardio-vasculaire.

II/ ASPECT PHYSIOLOGIQUE DE LA VIE ET DE LA MORT :

1° LA VIE, UNE RELATION MULTIPLE :

De façon schématique, on définit la vie comme une relation multiple à :

- ❖ L'objet.
- ❖ L'environnement.
- ❖ Soi.
- ❖ L'autre.
- ❖ L'Autre (dimension spirituelle).

L'harmonie de la vie réside dans l'harmonie de cette relation.

En cas de rupture de cette harmonie, on a une situation pathologique (maladie psychique ou psychosomatique).

L'extrême de ce déséquilibre est le suicide (vrai désir de mort ou volonté de changer de vie).

2° PSYCHOLOGIE DE LA MORT D'UNE PARTIE DE SOI :

La mort du fœtus pour la mère (sentiment de perte d'un être à part entière qui évoluait, que ce soit volontaire ou non), l'amputation d'un sein pour un cancer (représentation de la sexualité) ou encore l'ablation d'un organe représentent des situations compliquées psychologiquement.

3° PSYCHOLOGIE DE L'INDIVIDU MOURANT :

- E. Kubler-Ross décrit 5 étapes psychologiques par lesquelles passe un patient entre son diagnostic et sa mort :

- ⇒ Dénégation, refus (repli sur soi-même).
- ⇒ Colère (contre l'équipe soignante et/ou lui-même).
- ⇒ Marchandage (négocie du « temps »).
- ⇒ Dépression (prise de conscience de la situation).
- ⇒ Acceptation (étape inconstante).

Des étapes 1 à 3, le patient est encore dans une dynamique d'espoir.

L'agonie peut être sereine ou révoltée.

- Certains pensent que la mort est un **passage** :
 - Vers une vie charnelle (réincarnation), croyance d'Asie notamment.
 - Vers une vie spirituelle (ressuscitation), religions monothéistes.

4° EXPERIENCE DE MORT IMMINENTE (EMI) :

	EMI	Hallucination délirante
Humeur	Normale	Perturbée
Stress	Absent	Présent
Orientation	Normale	Désorientée dans les 3 sphères (temps, espace, personnalité)
Conscience	Normale	Altérée
Indice hallucinatoire	Absent	Présent
Conviction de la réalité	Oui	Oui
Personnage halluciné	Décédé	Vivant
Lieux hallucinés	Autre monde	Terrestre
Intention des apparitions	Accueillante	Menaçante
Durée de l'apparition	Brève	Longue
Aspect des apparitions	Beau, extraordinaire	Menaçant
Emotions dégagées	Quiétude, sérénité	Peur, angoisse

L'EMI est-elle une hallucination ? Un stade intermédiaire dont on revient ?

- **Le Livre tibétain des morts** (XIV^{ème} siècle) donne une description de l'expérience de mort imminente. Les moines, via des exercices spirituels et physiques, tentent de rentrer dans un voyage post-mortem. En en revenant, ils décrivent 3 états intermédiaires, ou bardos :
 - Le moment de la mort, dissolution de la conscience ordinaire.
 - L'expérience de la réalité.
 - La recherche de la renaissance (corps et esprit).

5° DYNAMIQUE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DE LA MORT :

Dans notre société occidentale actuelle, la mort nécessite une dynamique individuelle (l'homme meurt) et collective (accompagnement du mourant).

Il est indispensable d'un point de vue éthique/humain/spirituel mais aussi socio-économique d'accompagner les mourants.

Développement nécessaire des aides à domicile, de l'HAD (hospitalisation à domicile), des maisons de retraite, des EHPAD (Etablissements d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes) et des soins palliatifs. L'objectif serait de développer au maximum la mort à domicile.

III/ ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE OU OBSTINATION DERAISONNABLE :

1° POSITION DU PROBLEME GENERAL :

- Il s'agit d'une préoccupation fréquente en médecine, surtout dans certaines situations :
 - ⇒ Dans les services de prise en charge des stades terminaux de maladies.
 - ⇒ En gériatrie.
 - ⇒ En néonatalogie.
 - ⇒ En réanimation.
 - ⇒ Au SAMU/SMUR.

2° DECISION D'ARRET DES TRAITEMENTS :

- ◆ **La société** fixe des normes et des lois établissant une ligne de conduite générale et interdisant l'obstination déraisonnable. En France, elle interdit le suicide assisté ou l'euthanasie, mais il existe un « flou de droit », soit une souplesse juridique laissant la liberté au médecin de faire le juste choix.
- ◆ **Le malade ou sa famille** sont éclairés par le médecin. Cela permet d'informer celui qui ne sait pas mais tend à enlever de l'objectivité. La famille peut avoir des motivations morales, religieuses, économiques diverses. On recherche au maximum d'autonomie du patient, s'il est apte à décider par lui-même.

- ♦ **Le médecin** a toujours le poids de la responsabilité/décision finale, mais ne doit pas avoir un pouvoir décisionnel absolu. Une collégialité, c'est-à-dire un partage de décision entre le malade, la famille et l'équipe soignante, est nécessaire.

3° TERMES DU DEBAT SUR LA FIN DE VIE :

- ❖ **Soins palliatifs** : soins actifs dans un contexte d'approche globale du patient. Accompagnement sur le plan physique, psychologique et spirituel. Concernent le malade et sa famille. Seulement 20% des malades en bénéficient à ce jour.
- ❖ **Obstination déraisonnable** : Recours à des « soins » (mesures thérapeutiques et diagnostiques) inutiles et disproportionnés par rapport à un état clinique donné, maintien de la vie dans des conditions insupportables avec reçu de tenir compte de l'avis du patient. Le refus de l'obstination déraisonnable entraîne un passage des soins curatifs aux soins palliatifs. On n'arrête cependant pas les soins infirmiers ni d'accompagnement (changer, laver, masser...)
- ❖ **Directives anticipées** : Expression de la volonté du patient en toute conscience pour le moment où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Valables 3 ans avant 2006, définitives depuis, mais révocables à tout moment. Elles ont un caractère fortement incitatif (le médecin, s'il ne les suit pas, doit apporter une justification suffisante). Précisées par seulement 10% de la population.
- ❖ **Personne de confiance** : Désignation révocable, par écrit, non obligatoire, d'un témoin porteur de la parole et des souhaits du patient concernant la poursuite éventuelle de soins. A plus de pouvoir décisionnel que la famille.

- ❖ **Euthanasie** : Geste actif entraînant la mort du patient, commis par un soignant le plus souvent. Illégale en France.
- ❖ **Suicide assisté** : Le patient s'auto-administre la potion létale fournie par un tiers. Considérée comme un délit de provocation au suicide (non-assistance à personne en danger) en France.
- ❖ **Sédation** : Administration de médicaments ayant un effet sédatif et analgésique. La sédation profonde en phase terminale a pour objectif d'accompagner et de soulager le mourant, sans accélérer la survenue de la mort, qui doit rester naturelle. Cependant, cette sédation a un double effet (analgésique et dépresseur respiratoire) qui peut précipiter la mort du patient. Il faut que l'intentionnalité soit d'accompagner le malade : on s'aide de la collégialité pour prendre la bonne décision.
- ❖ **Agonie** : Combat en Grec. On parle d'agonie lorsque la mort arrive à coup sûr. Elle peut être courte ou très longue, douloureuse ou pas, réconciliatrice ou déchirante au niveau de la famille.

4° LIMITATIONS ET ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES (LATA) EN REANIMATION :

En réanimation, une survie technique immédiate peut se transformer en échec éthique à terme.

Un individu n'a pas d'existence statistique, c'est pourquoi le pronostic est le temps de l'acte médical le plus difficile.

La loi Léonetti 2005 relative aux droits des patients en général et à la fin de vie présente les attitudes à adopter face à des situations cliniques que l'on peut retrouver en pratique.

- ⇒ **Patient en fin de vie conscient** : Respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de l'arrêt des traitements. Assurer sa dignité et son confort. Consigner dans le DM après collégialité. (Ex : Chimio terminale).
- ⇒ **Patient en fin de vie inconscient** : Avis de la personne de confiance, tenir compte des directives anticipées. Décision médicale collégiale et transparente. Consigner dans DM. (Ex : Réanimation post-AVC).
- ⇒ **Patient non en fin de vie conscient** : Respecter sa volonté après un délai raisonnable de réflexion. Depuis 2016, le médecin ne doit plus tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les traitements. Consigner dans DM, collégialité. (Ex : SLA).
- ⇒ **Patient non en fin de vie inconscient** : Suivre ses directives anticipées, discussion collégiale avec la personne de confiance et/ou la famille, transparence. Consigner dans le DM. (Ex : Coma végétatif).

