

Le diagnostic de mort prochaine

Les trois piliers de la médecine

- Diagnostiquer
- Traiter (Prescrire)
 - Pronostiquer

Le diagnostic de mort prochaine

Prend le pas sur tous les autres diagnostic
Réorientation complète de la prise en charge

Une étape à formaliser

Ni guérir, ni prolonger aveuglément mais assurer
les meilleurs conditions possibles

Les « bonnes conditions » Selon les malades

- 1) Pas de souffrance inutile
- 2) Pas d'agonie prolongée
- 3) Le malade veut conserver du sens à ce qu'il éprouve
- 4) Il privilégie le contact avec ses proches
- 5) Diminution du fardeau pour tous

Le diagnostic de mort prochaine

Prédiction autoréalisatrice

Le diagnostic de mort prochaine

Diagnostic faillible

Le diagnostic de mort prochaine

Diagnostic variable selon l'individu et les circonstances.

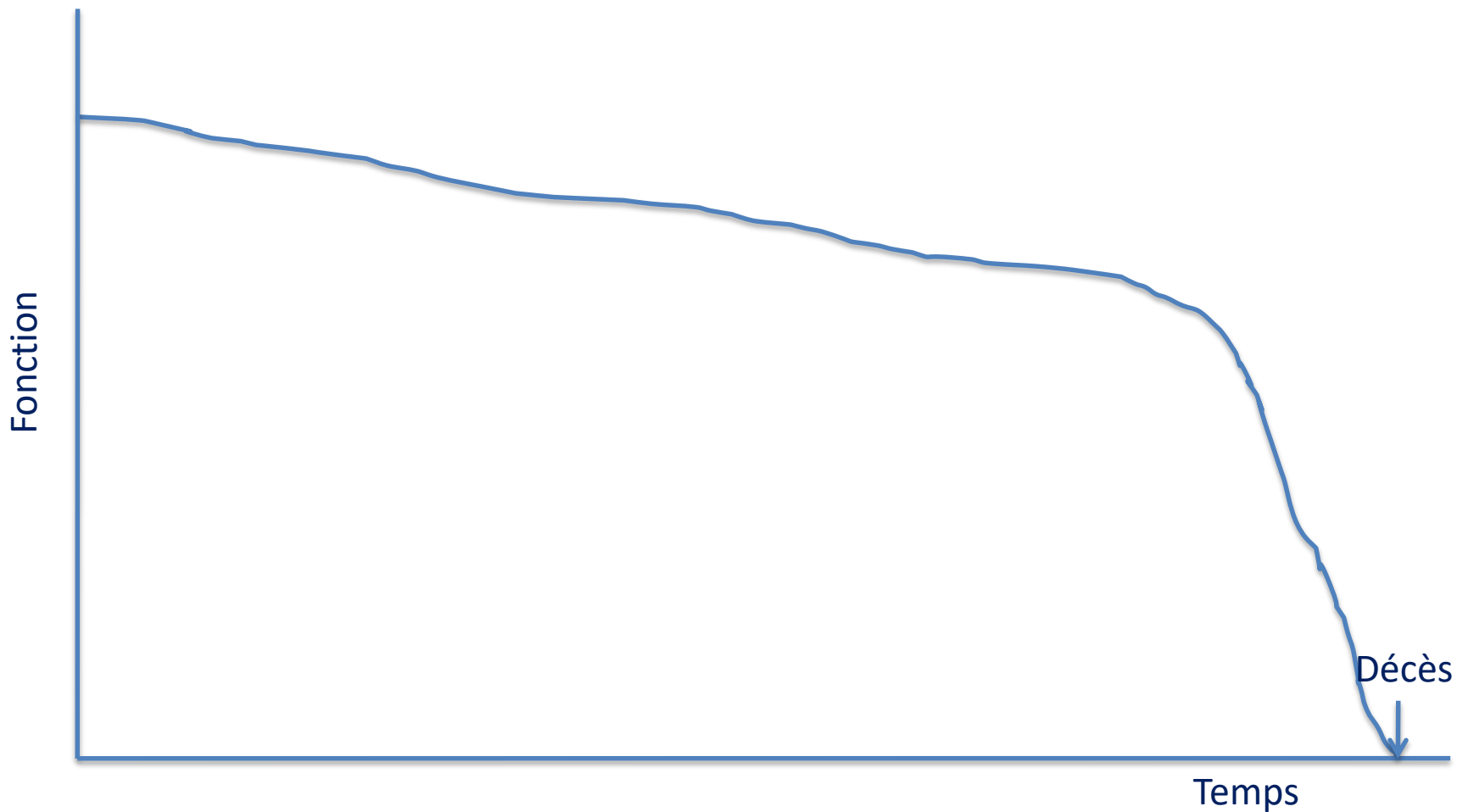
Diagnostic socialement partagé.

Mort prochaine, mort prévisible

70 % des morts sont prévisibles.

Parcours divers.

Décours cancer incurable



Cancer.

- Début de la maladie est clairement identifiée
- Confrontation immédiate avec la possibilité de la mort : La mort est une menace réelle
- Balance entre espoir de guérison et peur de la mort

Parcours Cancer

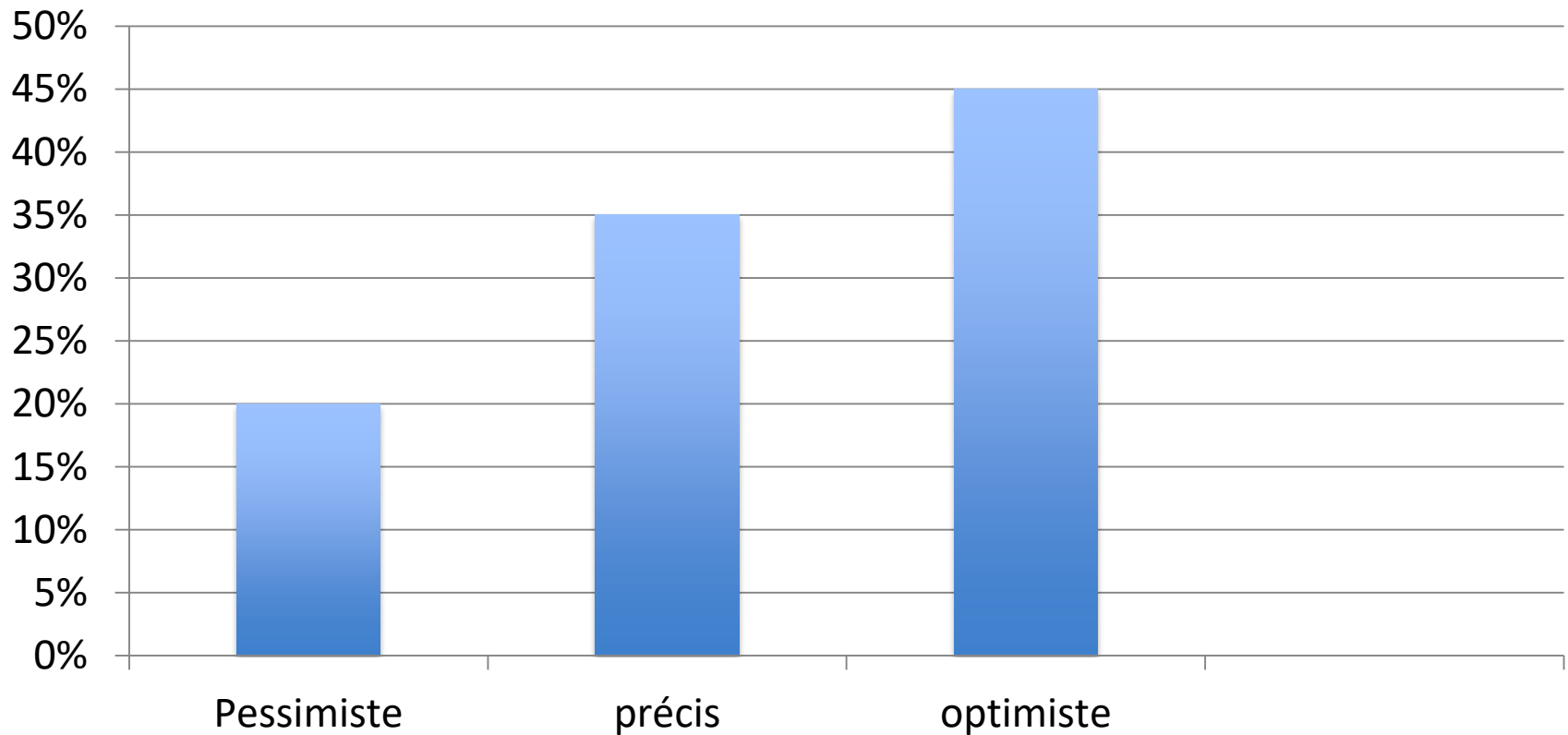
- Les traitements sont l'occupation essentielle
- Incertitude et répercussion sur l'humeur
- Balance entre peur et espoir.
- La mort reste dans les coulisses.

Cancer terminal

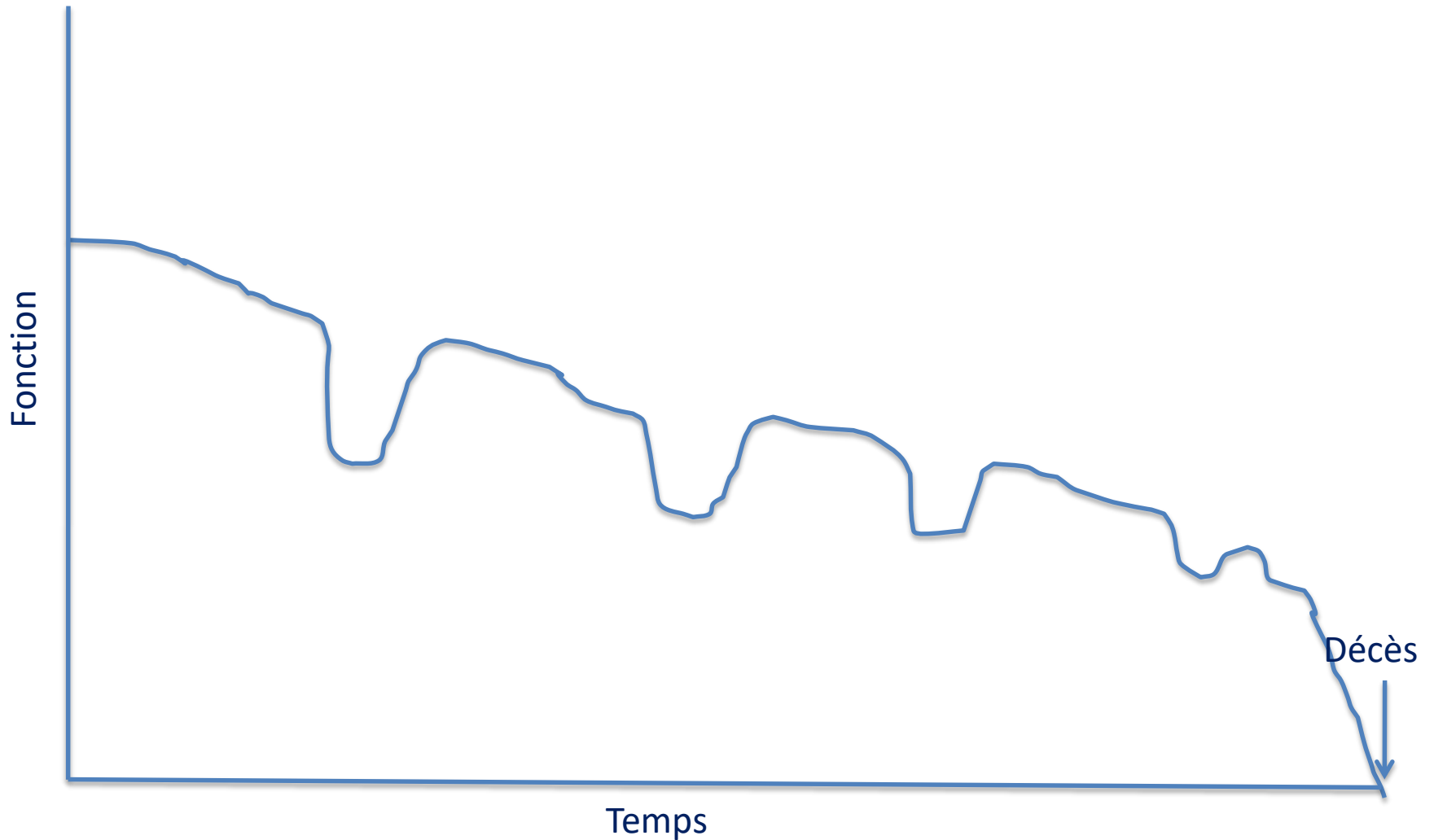
- La mort est devenue inévitable, le fait est reconnu par tous
- Intervention palliative
- Discussion et anticipation le plus souvent franches.
- Une « bonne mort » devient le but évident de la prise en charge

Pronostic cancer avancé

Série 1



Défaillance d'organes



Selon Murray BMJ 2005

Défaillance d'organes

- Début de la maladie indéfini, remontant loin dans le temps
- Absence de compréhension de la maladie, de ses causes et de ses mécanismes (sauf exception)
- La mort n'est pas considérée

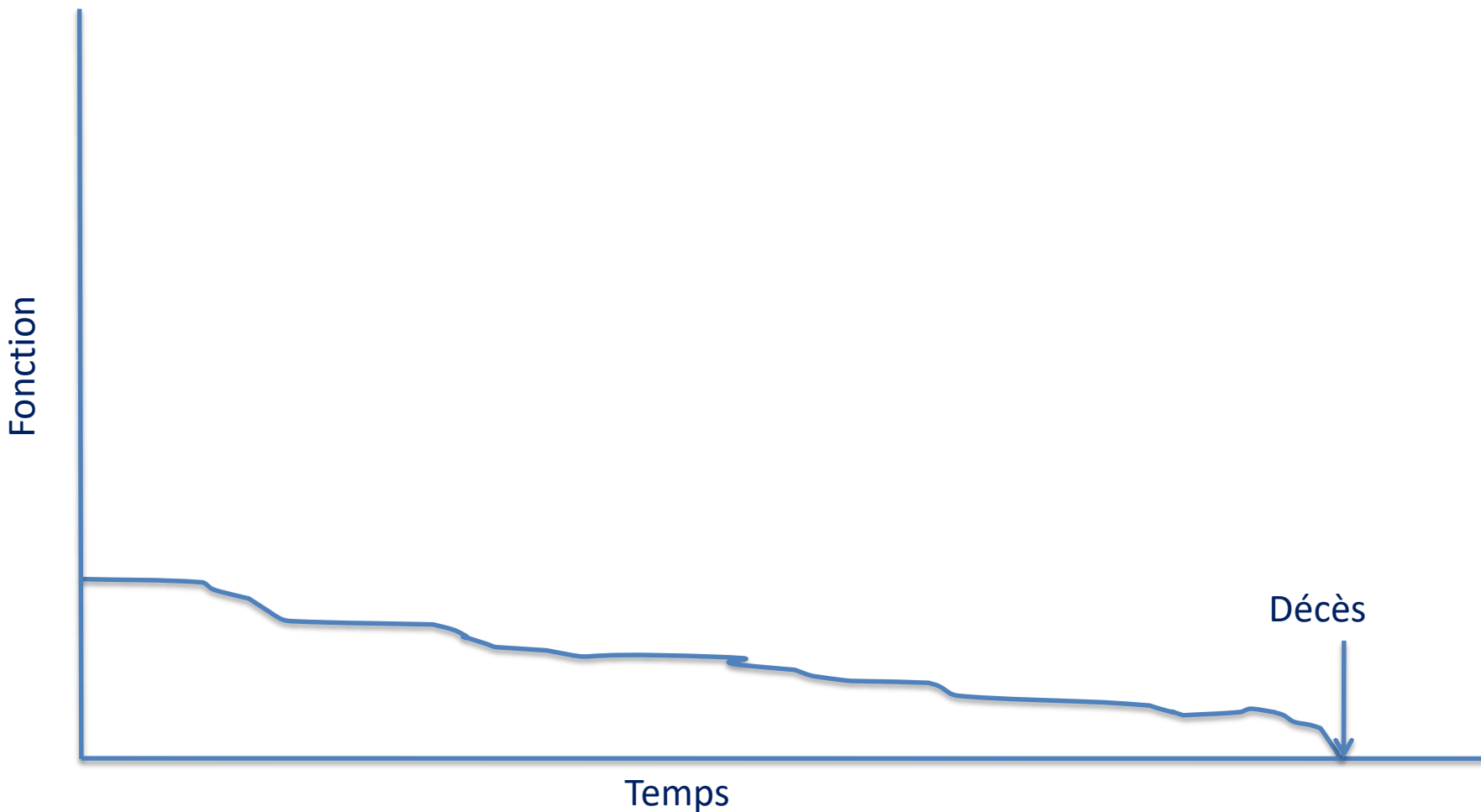
Défaillances d'organes : parcours

- Parcours chaotique
- Incertitude, état fluctuant, un jour bien, un jour mal.
- Multiples médications, comorbidités nombreuses
- Restrictions, isolement, diminutions des activités
- Pas de regard sur la mort éventuelle

Défaillance terminale d'organes

- La majorité des patients et des familles ne voient pas leur situation comme fatale.
- Ils ont vécu des situations difficiles dont ils sont sortis.
- La mort n'est toujours pas une préoccupation particulière.

Profil gériatrique, démences



Selon Murray BMJ 2005

Profil gériatrique

- Début des détériorations imprécises
- Absence de diagnostic précis ou évident hormis le grand âge
- Déclin fonctionnel plutôt que maladie
- La mort reste abstraite.
- Frustration de la dépendance

Profil gériatrique

- Déclin progressif
- Peur d'être isolée ou confinée par perte des capacités physiques
- Peur de la démence ou du placement plutôt que peur ou préoccupations de la mort
- « peur d'un état pire que la mort »

Profil gériatrique, stade terminal

- Déclin rapide ou lent
- Soins palliatifs rarement impliqués
- Absence d'avis sur la mort qui viendra bien en son temps.
- La cause de la mort est « triviale »

L'intention du médecin

- Principe du ni-ni (ni hâter ni retarder la mort)
- Le double effet.
- L'arrêt des traitements
- L'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation.
- Les états végétatifs traumatiques, anoxiques ou dégénératifs.

L'intention du médecin

- Il doit être prêt à assumer l'intention de mort
- Mais cette intention est accessoire!
- Il faut privilégier la volonté du patient et les souhaits de son entourage.

L'intention

- Ce n'est pas l'intention du médecin qui définit l'euthanasie, c'est la volonté du malade.
- Il faut changer de perspective!
- L'euthanasie se définit par le rôle d'acteur que joue le patient lui-même. Mort volontaire, lucide, éveillée: consciente.

Conclusions

- La voix du patient n'est toujours pas assez privilégiée
 - L'inentendu médical reste majeur

Principe du double effet (PDE)

- Il est curieux de ne pas se sentir responsable des conséquences secondaires surtout quand elles sont prévisibles
- Les intentions du médecin sont multiples et certainement bien difficiles à définir pour un observateur extérieur
- Le PDE reste fondamentalement ambigu : il permet à certains d'agir et à d'autres de s'abstenir alors que la situation l'exige. Il empêche le praticien d'accompagner son patient quand celui-ci prend des décisions susceptibles de précipiter sa mort
- La base de la décision en matière de fin de vie devrait être la volonté du malade plutôt que l'intention du docteur