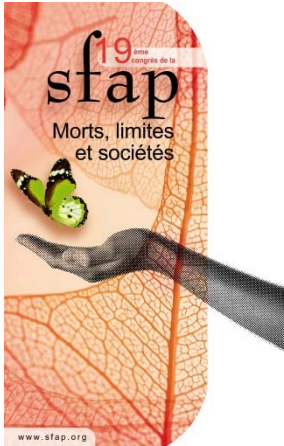


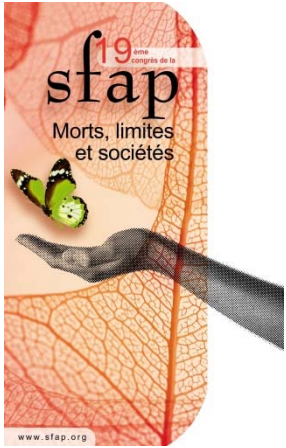
La sédation en médecine palliative : aux limites du soin, un soin de la limite et du paradoxe

***Dr Vincent Gamblin
Unité de soins palliatifs
Centre Oscar Lambret
Lille***

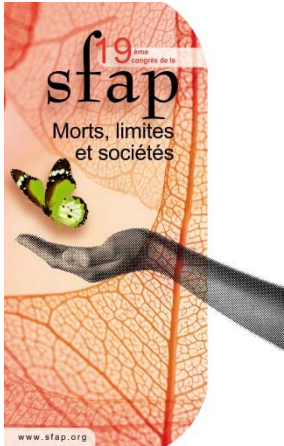


Plan

- ***L'inévitable focalisation sur l'acte euthanasique, ou « l'enjeu de l'hétéronomie ? »***
 - *Critiques et limites du principe d'intentionnalité*
 - *Critiques et limites de la règle du double-effet*
 - *De l'autonomie à l'hétéronomie... une question de regard*
- ***Une mise en tension éthique de l'idéal palliatif, ou « peut-on accompagner autrement ? »***
 - *Une confrontation aux limites de la médecine palliative*
 - *Paradoxes et mises en tension*
 - *Un soin de la limite... aux limites du soin, vers un nouvel accompagnement*

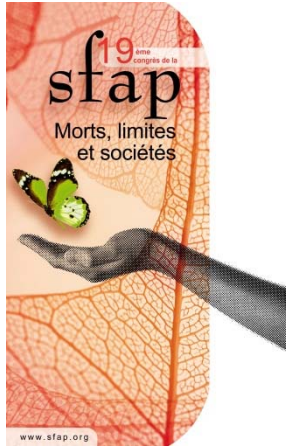


***L'inévitable focalisation sur l'acte
euthanasique, ou « l'enjeu de
l'hétéronomie ? »***



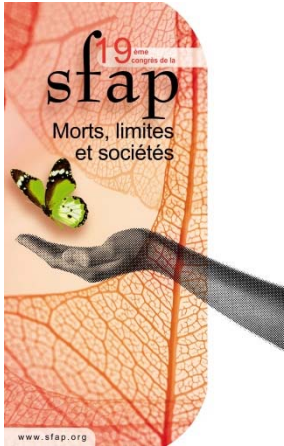
Sédation – euthanasie : une distinction en débat

- ***Enjeux éthiques de la sédation presque toujours pensés en lien avec le débat sur l'euthanasie : « slow euthanasia »***
- ***Critères le plus souvent retenus assurant la distinction sédation - euthanasie***
 - Intentionnalité du prescripteur
 - Respect de l'autonomie du patient
 - Principe de proportionnalité (titration)
 - Réversibilité
- ***Validité éthique de la sédation assurée par l'application de la règle du double-effet***
- ***Intentionnalité***
 - Critère essentiel de la règle du double-effet
 - Application de la règle du double-effet doit permettre de vérifier l'intention



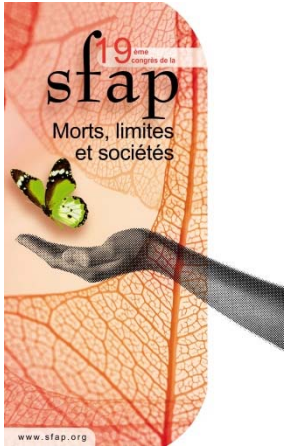
Critiques et limites du principe d'intentionnalité

- ***Caractère non objectivable de l'intention***
- ***Déclaration d'intention insuffisante*** : confusion entre motif et intention véritable
- ***Comment discerner ce qui est de l'ordre...***
 - du désir (psychologique), de la prévision (pragmatique), de l'intention (morale) ?
- ***Comment cerner l'intention exacte du praticien ?***
 - Intentions multiples
 - ... ambivalentes
 - ... inconscientes
- ***Risque de reconstruction postérieure de l'intention***
- ***Comment alors approcher l'intention ?***
 - Matérialité des faits doit refléter l'intention



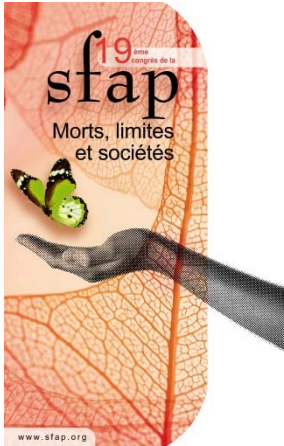
Règle du double-effet

- ***On peut accomplir un acte ayant à la fois une conséquence bonne et une conséquence mauvaise si les conditions suivantes sont remplies :***
 - L'acte en lui-même ne doit pas être un acte interdit
 - L'effet négatif ne doit pas être intentionnel mais simplement potentiel
 - L'effet positif ne doit pas résulter de l'effet négatif pour se produire
 - L'effet positif doit avoir une probabilité de survenue raisonnable par rapport à la survenue de l'effet négatif et il ne doit pas y avoir d'autres moyens d'y parvenir que l'acte en cause



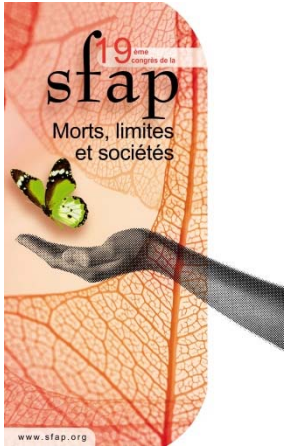
Critiques et limites de la règle du double-effet

- ***Et si la sédation n'accélérait pas la fin de vie ?***
 - Pas de différence significative en termes de durée de vie patients sédatisés / non sédatisés
- ***Et si le mauvais effet était l'altération de la vigilance ?***
 - Critère : contrôle du symptôme et non profondeur de la sédation
 - Condition 3 « *L'effet positif ne doit pas résulter de l'effet négatif pour se produire* » ne s'applique alors plus ou pas toujours
 - Risques : banalisation troubles de la vigilance - confusion anxiolyse/sédation
- ***Caractère hétéronomique de la règle du double-effet ?***
 - RDE concerne uniquement l'agent moral de l'acte : le médecin
 - Enjeu éthique réduit à l'aspect intentionnel - négligence des aspects relationnels



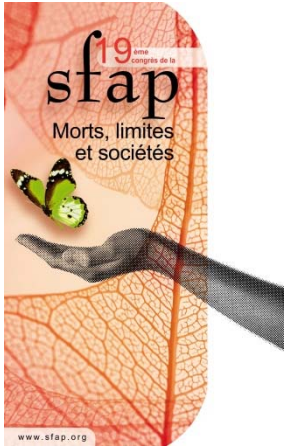
De l'autonomie à l'hétéronomie... une question de regard

- ***Respect de l'autonomie : critère central de la prise de décision mais...***
 - Le consentement peut-il être « libre et éclairé » ?
 - Nombreux conditionnements : psychologie, environnement, temporalité...
 - Peut-on consentir à ne plus être autonome ?
 - Le consentement « libre et éclairé » est-il suffisant pour assurer la validité éthique d'un acte ?
- ***L'autonomie se résume t-elle au consentement ?***
 - Principe kantien d'autonomie
 - Impératif catégorique : « *Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle* »
 - Une liberté rationnellement déterminée : un concept inaccessible ?
 - Confusion entre autonomie morale (Kant) et autonomie personnelle (Mill)

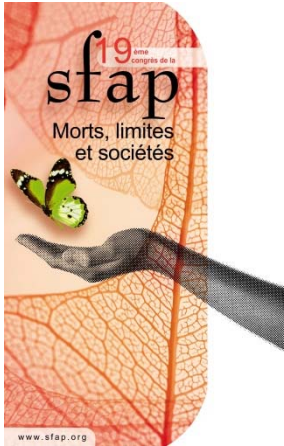


De l'autonomie à l'hétéronomie... une question de regard

- ***L'hétéronomie : fondement véritable de la relation de soin***
 - Relation de soin = relation éthique basée sur la reconnaissance de l'interdépendance et de l'intersubjectivité des sujets
 - Autonomie à concevoir non pas en tant que principe absolu mais sans cesse à restituer, à déployer dans un espace relationnel
 - Devoir éthique du soignant : corriger la dissymétrie de la relation de soin
- ***Là où les questionnements sur sédation et euthanasie convergent, un « parallélisme inverse » avec la question de la dignité***
 - Absolutisation de l'autonomie
 - Relativisation de la dignité
- ***Une question de regard dans l'espace de la relation de soins...***
 - Le risque d'un regard qui présuppose l'autonomie d'autrui
 - Le risque d'un regard « hétéro-évaluateur » porté sur la dignité d'autrui

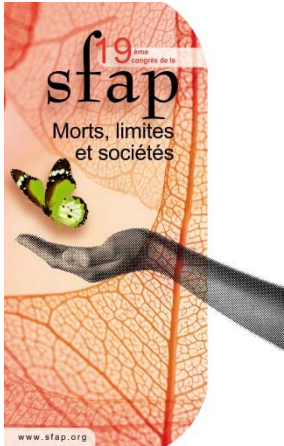


***Une mise en tension éthique de
l'idéal palliatif, ou « peut-on
accompagner autrement ? »***



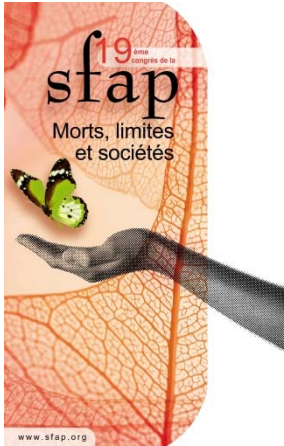
Une confrontation aux limites de la médecine palliative

- ***Limites à définir et soulager un symptôme réfractaire***
 - Réfractaire... pour qui ? Patient, équipe soignante, famille...
 - Réfractaire... à partir de quand ?
 - Peut-on dissocier symptôme réfractaire et souffrance globale ?
- ***Limites à définir et soulager des souffrances à dominante psychologique ou existentielle***
 - Définir la souffrance psychologique, la souffrance existentielle.... Quelle(s) frontière(s) ?
 - Réfractaire... pour qui... à partir de quand ?
 - Expression soumis à subjectivité, variable dans le temps
 - Non proportionnelle à un niveau de dégradation physiologique avancée
 - Un risque d'objectivation de la souffrance ?



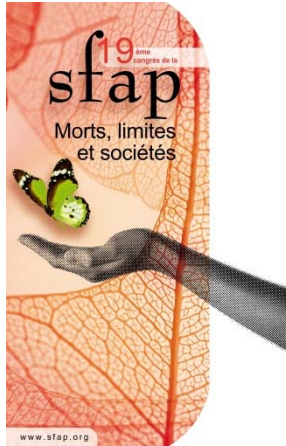
Une confrontation aux limites de la médecine palliative

- ***Limites de la validité éthique du pronostic***
 - Sédations profondes et continues réservées aux patients à pronostic léthal à court terme
 - Incertitude de la prévision
 - Risque de penser le patient « par la fin »
- ***Limites à maintenir une vie relationnelle jusqu'au bout***
 - Conflit possible entre soulagement des symptômes, maintien de la conscience et poursuite de la relation
- ***Limites de l'idéal d'une mort « pacifiée », voire « neutralisée »***
 - Vision normalisée de la fin de vie : « impératif » du maintien de la conscience jusqu'au bout
 - Relativité des représentations de la « bonne mort »



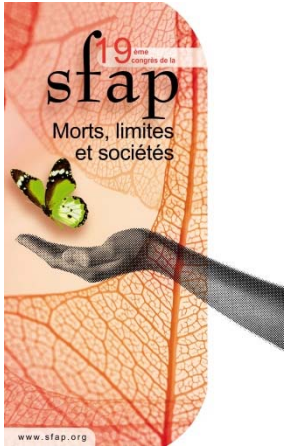
Paradoxes et mises en tension

- ***Paradoxe, entre principe de bienfaisance et autonomie/maintien de la relation***
 - Soulager, au prix d'une altération de la vigilance et donc de la relation
- ***Paradoxe, entre échec et mise en œuvre d'un idéal de mort pacifiée dans une même simultanéité***
 - Dans un même mouvement : face aux limites à soulager, mise en œuvre d'un sommeil induit
- ***Paradoxe, entre clinique de l'incertitude et ultime médicalisation de la fin de vie***
 - Face à l'incertitude, risque d'un « acharnement palliatif » dans une logique de maîtrise



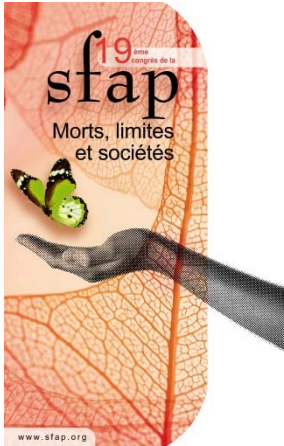
Un soin de la limite... aux limites du soin, vers un nouvel accompagnement

- ***Le lieu de la souffrance***
 - A l'intersection de 3 pôles : patient, entourage, soignants
 - Source de rupture, d'isolement
- ***2 questions***
 - Sujet de la souffrance
 - Nature de la souffrance : douleur physique/souffrance morale, caractère insupportable
- ***Deux risques inhérents à la pratique de la sédation***
 - Banalisation de la souffrance
 - Précipitation à soulager
- ***Indispensable maintien d'une exigence éthique***



Un soin de la limite... aux limites du soin, vers un nouvel accompagnement

- ***Comment penser la sédation comme une pratique de soins, et non comme un « échec » ?***
 - Disponibilité : nécessaire ouverture à l'altérité, une attention à la vulnérabilité
 - Vigilance : légitimité éthique ne se réduit pas au processus décisionnel
- ***Indispensable accueil, reconnaissance de la souffrance... sans confusion***
 - Posture éthique de présence, d'écoute
- ***Le déploiement d'une responsabilité éthique, en lien avec la dimension de sollicitude***
 - Avant... pendant... après...
- ***Sédation profonde*** : accompagner celui qui dort par une posture de témoin
- ***Accepter de ne pouvoir tout maîtriser, part irréductible de doute***



Conclusion

- ***La sédation... une confrontation***

- Confrontation à l'autre, à sa souffrance : patient, famille, soignant
- Confrontation aux limites à soulager, à accompagner
- Confrontation à la volonté de maîtrise, à l'idéal d'un « bien mourir »

- ***La sédation... un acte éthique de présence***

- Présence à l'autre, à sa souffrance : patient, famille, soignant
- Présence à soi : nos souffrances, nos limites, nos doutes
- ***Présence en tant que... accueil, don, témoignage***