

Saisine 18

**« Entre désir de vie et désir de mort :
comment le soignant peut rester en cohérence
avec ses valeurs et la dignité du patient ? »**

18 juin 2021

Sommaire

Introduction	p.3
I. Approche clinique	p.3
II. Soins, temporalité, et responsabilité	p.6
La temporalité du soin	p.7
Les responsabilités des soignants	p.8
Soins sous contraintes et acharnement thérapeutiques	p.9
Les différentes focales dans le soin	p.11
Conclusion	p.12

Introduction

Le Comité est saisi en septembre 2020 par une équipe d'hospitalisation, concernant l'accompagnement thérapeutique d'un patient âgé de 86 ans, sous contention, exprimant des idéations suicidaires.

Le Comité a accompagné l'équipe par une rencontre d'échange et de réflexion partagée, puis a rédigé cette réponse, constituée de deux parties : l'une tournée vers la clinique du patient et de l'équipe, l'autre réflexive, analysant les liens entre soins, droit et temporalité.

I. Approche clinique de la situation

Faire appel en urgence au comité éthique, dans une situation délicate de « choix » thérapeutique d'accompagnement ou pas vers une fin de vie, c'est déjà « choisir », d'une certaine façon, de formuler, de poser le problème, l'exposer, le soumettre à une appréciation collégiale. C'est aussi une acceptation d'« entendre » quelque chose du refus du patient à continuer à recevoir les soins imposés.

C'est donc un acte chargé de sens, car il pose l'échange entre les soignants à l'aide de l'outil de la réflexion éthique, comme étant une condition « urgente » et pouvant aboutir à une possible solution pertinente.

En effet, si l'on en croit Einstein qui affirme qu'un problème impossible à résoudre est un problème « mal posé », il est question d'aider l'équipe à bien poser son questionnement, non pas l'orienter, mais l'accompagner, permettre son émergence.

C'est un postulat qui permet à notre comité de pouvoir accueillir cette parole de l'équipe, lors de la réunion prévue, et de faciliter les échanges en formulant tous les éléments connus de la situation afin qu'ils puissent élaborer à partir des pistes de réflexions, une solution parmi les plus « acceptables ».

On remarque que dès que les choses sont posées, pensées et mises en question, la situation par la suite, commencera à se décanter assez rapidement :

- D'un côté, il y avait une **équipe soignante** divisée par des inquiétudes et interrogations éthiques sur « le droit » de laisser mourir une personne âgée suicidaire en état de crise personnelle mais qui ne souffre d'aucune maladie somatique mortelle, ou de l'accompagner dans son « choix » de mourir dignement.

Que faire, face à un sujet âgé qui exprime le désir de mourir ?

Cette demande est bien sûr in-entendable dans un premier mouvement par le fait même qu'on ne peut décider du moment où l'on quitte la vie, le suicide étant un acte socialement réprouvé.

La vie nous est donnée sans que l'on en décide et l'être humain est le seul être vivant qui se sait mortel. Le « mourir » est, d'un point de vue philosophique, le « mode d'être fondamental de l'homme ».

Pour autant, nous passons notre vie à ruser avec l'idée de finitude en cherchant à neutraliser l'angoisse associée à l'idée de notre propre mort.

- De l'autre côté, il y avait **un homme de 86 ans** pour lequel le monde s'écroule au décours d'événements de vie et qui refuse que l'on choisisse à sa place de vivre une vie non désirée dans des conditions qui ne lui conviennent plus. Le seul choix qu'il trouve pour affirmer son impossibilité d'accepter cette vie qui se profile devant lui est d'arrêter de s'alimenter.

Ainsi, quand M.X, tout en s'opposant aux soins, exprime le désir de mourir, ne doit-on pas entendre qu'il met ainsi en acte sa propre auto-détermination à choisir s'il veut vivre ou mourir, à disposer de son corps ? N'est-ce pas là une façon de reprendre en main son destin de sujet humain face à la contingence de la maladie, de l'angoisse, ou simplement de la relation aux autres ?

- Un troisième élément important est **le protocole** appliqué dans le service pour les personnes suicidaires qui consiste à contraindre ceux qui refusent les soins et l'alimentation dans le but de les maintenir en vie (par exemple une sonde gastrique).

Face à un patient qui exprime de façon récurrente une envie de mourir, le soignant, qui a pour mission de préserver la vie, rencontre alors l'impuissance à répondre à cette parole mortifère qui lui est adressée. Le protocole existe pour garantir le bon fonctionnement du soin et défendre la vie mais il peut finir par polariser davantage le positionnement de l'équipe et celui du patient. Maintenir quelqu'un en vie à tout prix et contre sa volonté ne pourrait-il pas être vécu comme une violence ?

Dans ces deux positions **équipe/patient** avec un protocole au milieu, il y a :

- un désir de vivre de la part des soignants pour leur patient, avec pour certains, un dilemme soulevé par son très grand âge et la contrainte qui lui est imposée, ressentie par lui comme violente.
- et un désir pour le patient de ne plus vivre dans les conditions actuelles qui lui sont, pour le moment, insupportables.

Un rapport de force semble s'installer de part et d'autre :

- pour l'équipe c'est le refus du patient de rentrer en contact avec eux en plus de son refus de s'alimenter,
- et pour le patient c'est l'obligation contraignante et imposée par l'équipe pour qu'il continue à rester en vie, malgré lui.

Dès que l'échange est prévu entre l'équipe soignante et les représentants du comité éthique, il est question d'un statu quo, puis d'un assouplissement des règles de la contention, le temps de la réflexion éthique, ce qui n'est pas sans provoquer certains effets, aussi bien dans le positionnement de l'équipe, que dans la posture du côté du patient.

En effet, le patient paraît percevoir chez les soignants un état de « pause » dans les actions menées pour le « sauver » contre sa volonté, il se sentirait entendu. Ainsi, en réaction naturelle, dans une réponse d'ordre systémique, il relâche de son côté une partie de sa pression, il redevient progressivement accessible à une relation thérapeutique.

Le positionnement plus nuancé des soignants permettrait au patient de se saisir de cette brèche, cette ouverture, car elle semble interprétée par lui comme une prise en considération. Dès lors que sa parole est entendue comme signe qu'il existe en tant que sujet, il peut se déprendre de cette volonté exprimée de mourir et retrouver sa condition d'être humain.

Force est de constater que le nœud compliqué dans ce type de problèmes s'aggrave et se détériore lorsqu'on tire sur un mauvais fil, et au contraire peut se dénouer plus facilement en tirant sur le bon. Le rapport de force jouerait ici le mauvais fil tandis que la formulation de la situation, la prise de distance par la discussion tiendrait pour un bon fil tiré.

Lorsque l'équipe peut se sentir, quant à elle, écoutée, accueillie, non jugée dans ses doutes et questionnements éthiques, elle peut alors y trouver une source d'inspiration.

De même, lorsque le patient se sent écouté sereinement à son tour, en étant aidé à reformuler sa souffrance, ses propres doutes de pouvoir ou pas supporter sa vie actuelle, loin des êtres chers, il peut alors renouer le dialogue, se laisser être soigné puisqu'il pourra davantage accorder sa confiance aux soignants qui l'auraient écouté.

Pouvoir se décaler, prendre de la hauteur, mettre en question son jugement pour laisser la place à la subjectivité de l'autre, permet justement à cet autre de se sentir ainsi pris en compte, au sérieux, entendu, peut déclencher en conséquence le revirement d'une situation qui pourrait être considérée, au départ, comme étant une sorte d'impasse.

L'interrogation éthique peut parfois « débloquer » une situation lorsqu'elle se propose comme un support d'inspiration, de liberté, une bouffée d'oxygène pour une équipe et son patient hospitalisé en psychiatrie. En réalité, la nature de l'intention derrière une décision, un acte posé, prédit l'efficacité de sa réussite. Plus qu'une bonne stratégie adoptée, l'envie, la volonté de mettre sa décision à l'épreuve du travail de réflexion de façon collégiale, c'est déjà résoudre la moitié du problème.

Le simple fait de se pencher sur cette situation complexe et faire appel à l'avis éthique est une intention déclarée au patient de vouloir se mettre à sa portée, d'avoir reconnu sa parole comme étant digne d'intérêt.

Encore une fois, dans cette situation, l'expérience nous montre que lorsqu'une force arrête de s'exercer, de l'autre côté la force opposante passive ou active, cède mécaniquement.

L'enjeu thérapeutique se trouve dans l'écart entre « entendre » et « répondre ». Il est question d'entendre ce qui n'est pas explicite dans la parole et qui surgit de l'inconscient. Le désir est par essence inconscient et doit donc être distingué de la demande qui, elle, se situe dans la relation à un autre.

Si l'équipe entend bien la souffrance du patient, elle ne répond pas directement à sa demande d'en finir avec la vie mais plutôt à sa demande implicite d'aide de ne plus la subir. D'où naît la demande de l'équipe d'une réflexion éthique.

II. Soins, temporalité, et responsabilité

La prise en soins d'une personne très âgée n'est, et probablement ne devrait jamais être, simple. Des pathologies somatiques diverses, des âges communément "acceptables", des situations de vie complexes font, parfois, de l'accompagnement d'une personne âgée un défi pour les soignants. Dans ces moments de doute, de fragilité, parfois même intime, le personnel soignant remet en cause son fonctionnement, ses valeurs, mais aussi ses propres croyances face à ce destin universel qu'est la mort.

La pathologie mentale tend à affecter le jugement du patient. La crise suicidaire, notamment, peut être un catalyseur de différentes distorsions : distorsion de la réalité, distorsion du temps. Ces différents décalages de ce qui entoure le patient entraînent inexorablement une disparité de visions du moment présent. La simultanéité de ces deux situations, que sont la fin de vie et la pathologie mentale, entraîne que beaucoup de notions viennent s'entrechoquer. Il en résulte alors une forme de chaos néfaste, voire fatal, à une prise en soins de qualité ; Saint Graal de tout soignant.

Pour une meilleure analyse de situation, mère de toutes bonnes pratiques soignantes, il paraît important d'aborder plusieurs idées et concepts. Dans un premier temps, la notion de temporalité du soin paraît primordiale dans ce contexte. Cela permettra une prise de recul des situations de soins. Ensuite, la question des responsabilités devra être abordée. Il est plus facile de savoir ce que l'on peut faire lorsque l'on en connaît les différentes implications. De plus, les notions de soins sous contraintes en psychiatrie et d'acharnement thérapeutique, qui émanent de nos responsabilités de soignant, seront évoquées. Enfin, nous nous pencherons sur la différence de focale dans le soin, élément primordial pour la compréhension des situations de stress intense qu'un soignant peut rencontrer.

La temporalité du soin

"Qu'est-ce que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; si je cherche à l'expliquer à celui qui m'interroge, je ne sais plus." Saint Augustin, Confession, Livre XI.

La vision occidentale de la personne âgée est tiraillée entre deux images : « bien vieillir » et « la personne vulnérable ». Il y a une dichotomie dans ces deux images qui perturbe la vision de la personne âgée par le soignant. Une personne, lorsqu'elle vieillit, est soumise à plusieurs ralentissements qui impactent sa vie, son fonctionnement, mais aussi le regard qu'elle a d'elle-même et qu'elle renvoie à ses pairs. Le processus de vieillissement ralentit le temps vécu par cette personne sur les plans physique et cognitif. Elle est, alors, sur un plan temporel différent de ses contemporains. Or, le temps est une notion indissociable du soin. Il traverse l'ensemble des activités des soignants, ainsi que les interactions que ces derniers ont avec les usagers (Dickason, 2018).

Dans l'Hôpital moderne Français, le temps est une mesure de l'efficacité des soins, à tort ou à raison. En effet, plus le soin dure, moins il est considéré de qualité. En effet, l'univers hospitalier est dominé par un rendement toujours plus effréné, et un temps comprimé en permanence (Villate, 2014). Dickason indique, en 2018, que la compression de temps alloué aux différents soins, notamment par la multiplication des tâches attendues, entraîne la primauté au soin fonctionnel (somatique ou psychiatrique), au détriment d'une relation soignant/soigné de qualité. Cela s'explique entre autres par le choc des temporalités de l'un et de l'autre. Il y a le soignant et la vitesse d'exécution attendue au regard des tâches à accomplir, et la lenteur de la personne en demande de soins ralentis par la vieillesse. Ce choc, appelé dyschronie par Alter (Alter, 2003), existe du fait de la vision que l'on a du patient âgé et des obligations institutionnelles de l'hôpital.

La personne âgée recevant les soins est vue par trois prismes concomitants : elle est ancrée dans le passé, elle est lente et elle est instable sur le plan clinique. Ancrée dans le passé cela signifie qu'elle va moins supporter les différentes pertes de la vie, souvent du fait que ces deuils la renvoient à sa propre mort. Lente du fait, comme expliqué plus haut, du processus de vieillissement ralentissant les réflexes moteurs et la cognition. Enfin instable sur le plan clinique du fait que sa situation peut se détériorer plus vite que celle d'une personne dans « la fleur de l'âge ».

En plus du soin, l'Hôpital impose aux soignants une multitude de tâches, tout en réduisant le temps imparti pour celles-ci, que ce soit du fait de nouvelles technologies, de nouvelles procédures à intégrer, et principalement du fait de la diminution du nombre de personnel. Ces dyschronies peuvent être effacées, ou tout du moins réduites, par plusieurs axes d'améliorations dans la prise en soins : ralentir le rythme de soin, moduler la cadence en s'adaptant aux patients, différer les prises de décisions non urgentes. Il est aussi important de mettre l'accent sur la qualité des transmissions intra et inter-catégories professionnelles. Plus la connaissance sur une situation donnée est importante, meilleures sont les prises de décisions ; surtout lorsque l'on en connaît toutes les responsabilités.

Les responsabilités des soignants

« C'est un excellent moyen de bien voir les conséquences des choses que de sentir vivement tous les risques qu'elles nous font courir », J.J Rousseau, Julie ou la nouvelle Héloïse

Il existe trois formes de responsabilité, sur le plan juridique, pour un soignant lors de son exercice professionnel. Nous en développerons, ici, quatre.

La première est pénale. L'article 121-1 du Code Pénal dit que « *Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* ». Pour qu'il y ait une infraction, celle-ci doit être caractérisée dans les textes de lois (Code Pénal). Pour les professionnels de santé, il existe : Infractions contre les personnes (volontaires ou involontaires) ; Non-assistance à personne en péril (art. 223 -6 al. 2 du C.P.) ; Imprudence, négligence ou inobservation des règlements (coups et blessures) (art. 222 -19 et 222 - 20 du C.P.) ; Infractions aux obligations légales ; Violation du secret professionnel (art. 226 -13 et 226 -14 du C.P.). Le code de la santé publique abonde dans ce sens expliquant qu'un « *infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à accomplir* » (Art R4312-14 du CSP). Cela sous-entend que même lorsqu'il y a prescription médicale, la responsabilité de l'infirmier peut être mise en cause en cas d'acte délictueux. En effet, tout acte même sur prescription, entraînant une baisse immédiate de la santé d'un patient, voire la mort, est de la responsabilité de celui qui fait ce geste. Un ordre de son supérieur hiérarchique dans le soin, dans ce cas précis le médecin prescripteur, ne peut être discuté que si cela entraîne directement et sans délais un préjudice quelconque au patient. Le Code pénal va plus loin dans ce sens où il suffit d'une mise en danger pour être responsable pénalement. Un dommage n'est pas nécessaire. Il y a donc responsabilité vis-à-vis de la société.

La deuxième forme de responsabilités est civile. L'article 1382 du Code civil dit que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* ». Même

les préjudices, c'est-à-dire tout acte nuisible aux intérêts de quelqu'un, sont condamnables. Il n'y a pas d'obligation que cela soit physique ou psychologique. C'est une responsabilité vis-à-vis de la personne.

La troisième forme est d'ordre disciplinaire, notamment avec le code de déontologie et des articles R4312-1 et suivant du CSP. Il peut y avoir radiation de l'ordre, suspension de possibilités d'exercer, etc. Il y a donc une responsabilité vis-à-vis de ses pairs. Elle peut aussi se traduire par toutes sanctions que l'employeur peut prendre, tout en respectant les niveaux supérieurs de la loi (Code pénal, civil, administratif, etc.). C'est une responsabilité vis-à-vis de la hiérarchie.

Enfin la dernière responsabilité, qui peut paraître la plus importante, est celle que l'on prend envers soi-même. Cela peut être extrêmement anxiogène du fait de la perte de liberté que l'on ressent lorsque l'on prend une responsabilité. Phénomène qui, potentiellement, peut être accentué lorsque la responsabilité n'est pas collective mais individuelle (Levinas, 1973).

Lorsque l'on comprend les responsabilités que l'on a prises, il est plus facile d'entrer en action dans les soins. Cela doit pourtant être nuancé par les notions de contrainte et d'acharnement.

Soins sous contrainte et acharnement thérapeutique

L'obligation de soin est inscrite dans le Code Pénal à l'article 223-6. Ce dernier sanctionne la non-assistance à personne en péril. Une nuance, bien que nébuleuse, existe dans les textes de loi. En effet, aucun texte n'oblige une personne à recevoir des soins, même vitaux, sans son consentement. Il y a donc un risque de conflit éthique entre le principe de bienveillance soignant et le principe d'autonomie de la personne.

Cela amène à aborder plusieurs points dans la prise en soin d'un patient : la recherche du consentement, le soin sous contrainte et l'acharnement thérapeutique.

La recherche du consentement est une notion centrale dans la stratégie globale mise en place par l'équipe pluridisciplinaire de santé pour apporter les meilleurs soins au patient. Le respect de son autonomie semble primordial pour accéder à ce que la personne accepte les soins. Cette notion figure dans l'article 1111-4 de la loi du 04 Mars 2002 qui pose que : "aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." Une nuance est, encore une fois, apportée dans la recherche du consentement : le cas d'un sujet hors d'état d'exprimer clairement sa volonté. En effet, « lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111 -6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». Il est clairement difficile de consentir à des soins sans certaines capacités ; que ce soit la compréhension (langue étrangère, déficience intellectuelle), l'appréciation (du risque, du danger, de la réalité), de raisonnement (pathologie psychiatrique et/ou neurologique) et de communication. Seule l'altération de ces différentes capacités, en raison d'une pathologie psychiatrique, permet de prodiguer des soins sans le consentement du patient.

Comme toujours dans les textes de lois, une nuance est de mise. La loi du 05 Juillet 2011 dit que : "les soins sous contraintes ne modifient pas les règles en vigueur pour ce qui concerne les soins somatiques". Des soins somatiques ne peuvent, donc, être faits sans le consentement du patient, sauf si, et seulement si, ce dernier ne peut donner clairement son consentement libre et éclairé lors d'une situation d'urgence vitale extrême. La loi dit clairement que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » (article R. 4127-9 du CSP).

Or, la gravité d'une situation ne peut être évaluée qu'à travers trois aspects qui doivent être concomitants : la gravité de la maladie, le délai thérapeutique et les outils du changement. Le premier aspect exprime clairement que seule une maladie engageant le pronostic vital peut permettre des soins somatiques sans consentement du patient. Le deuxième aspect explique que seul un délai court, immédiat même, dans le traitement donné, permettrait de soigner sans consentement. Il faut alors le troisième aspect qui est

l'impossibilité de mettre en place des stratégies d'adaptation et de changement suffisamment efficaces pour permettre le consentement. Seule l'addition de ces trois aspects à un moment précis peut permettre de prodiguer des soins somatiques sans le consentement libre et éclairé de la personne.

L'exemple le plus connu de tous est la personne témoin de Jéhovah qui refuse une transfusion. Lorsque l'état de santé de celle-ci est trop détérioré pour donner son accord, malgré les différentes stratégies mises en place pour recueillir son consentement (personne de confiance, directives anticipées) et avec un délai suffisamment court pour caractériser l'urgence vitale, le soignant peut prodiguer le soin transfusionnel. Bien entendu, il engage ses responsabilités de soignant, qu'elles soient pénales, civiles, disciplinaires et personnelles. En l'occurrence, le Conseil d'Etat, dans un arrêté du 26 octobre 2001, a estimé que le médecin pouvait valablement passer outre le refus du patient d'être transfusé, et, de manière plus générale, de recevoir des soins contre sa volonté, si quatre conditions cumulatives étaient remplies.

Il fallait ainsi que :

- le pronostic vital du patient soit en jeu ;
- aucune autre alternative thérapeutique que celle envisagée n'existe ;
- les actes accomplis soient indispensables à sa survie ;
- les actes soient proportionnés à son état.

Par la suite et postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, dans une décision de référé du 16 août 2002, le Conseil d'Etat a fait injonction à un établissement hospitalier de ne pas procéder à une transfusion sanguine sur une patiente, mais a aussitôt précisé que cette injonction cesserait de s'appliquer si la patiente venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital. La loi permettant ces différentes interprétations en fonction de la situation, l'acte de soin devient alors un questionnement éthique, qui doit être exercé avec toutes les visions possibles de la situation.

Les différentes focales dans le soin

"Seul ce qui est de l'ordre du singulier peut être objet de traitement" Aristote.

Il existe, assurément, deux points de vue au moins dans une relation de soin : celui du soignant et celui du patient.

Le soin est décrit par Velpry comme un « processus collectif où patients et soignants ont une part active » (Velpry, 2008). C'est donc un objet de connaissances et d'interventions. Il se crée grâce aux différents moyens d'interventions utilisés par le soignant pour recueillir la connaissance du patient, et ainsi créer sa propre vision du patient. Il y a alors une interdépendance entre les différentes focales des deux protagonistes. Le patient va se créer sa focale en fonction de ce que le soignant lui donne comme informations, la compréhension de ce qui lui est dit, et les réponses du patient vont permettre au soignant de créer sa propre focale de la situation. Un des derniers paradigmes apparus dans le soin est de faire émerger le point de vue du patient, comme le montre l'importance grandissante des mouvements donnant une place centrale au patient et à son expérience (pairs-experts, groupes d'entendeurs de voix, associations d'usagers, etc.). Cela vient, en partie, des différentes réflexions menées par le corps soignant, au niveau éthique, professionnel, institutionnel et moral.

Le fait de comprendre qu'il existe différentes focales sur une même situation permet de rechercher la connaissance la plus complète possible de tous les tenants et aboutissants. Il existe des composantes morales dans chaque action mise en place par le soignant (respect, bienveillance, bon soin). Celles-ci, comme indiqué plus haut, s'entrecroisent, s'additionnent et changent dans un contexte pragmatique du fait des moyens (matériels et humains) mis à disposition. L'importance de reconnaître une focale, c'est-à-dire son originalité, sa perspective et son origine, permet au soignant de répondre à ses propres exigences morales et éthiques. Car le contexte institutionnel de l'hôpital engendre des enjeux moraux, certes, mais aussi politiques. La compréhension la plus étendue d'un fait, permettrait que les conclusions et actes qui en découlent soient transposables et répétables pour des faits similaires. Naîtront alors des notions comme le vivre ensemble, la bonne gestion de la communauté, la justice et l'équité.

Une situation où un patient est en demande de fin de vie est un questionnement perpétuel. S'il est urgent d'y répondre aux yeux du patient, il doit en être autrement pour le corps soignant. Chaque situation de soin nécessite un temps d'échange entre les différents acteurs de la prise en soin et le soigné. Il est peut-être même préférable de ralentir le temps lors de situations si exigeantes sur le plan moral, éthique voire vital. Le ralentissement des actions permettrait à la réflexion de parcourir son cheminement. Mais dans une institution toujours plus condensée, qui accélère le temps, réduisant la part d'attention de et pour chacun, est-ce encore possible ? Mais encore ici, n'est-ce pas un problème de focale ? Cela donnerait pourtant de meilleures réponses à la prise en soin ; et des réponses plus adaptées n'engendrent-elles pas un gain de temps ?

"La folie est de toujours se comporter de la même manière et de s'attendre à un résultat différent." Einstein.

Conclusion

Françoise DASTUR, philosophe s'attelant à la question « comment affronter la mort », nous engage non plus à « la subir comme un échec, ou un scandale, mais la vivre comme une marque de notre existence », « non pas nier la peur, voire l'épouvante, qui toujours l'accompagnera, mais regarder la mort comme une capacité de l'homme, nullement incompatible avec la joie d'exister. »

La relation thérapeutique au sens plein, selon elle, ne peut ainsi être véritablement comprise que comme une relation à un mortel, et non un simple vivant. Elle doit faire en sorte que la mort redevienne un rapport qu'un être singulier a à sa propre mort, et non une mort anonyme à l'hôpital.

« Le rapport au patient en tant qu'être singulier ne dépend pas tant des soins « objectifs » dont on l'entoure, que de la manière dont on lui permet d'assumer par lui-même, sa propre existence de mortel. » (Fr. DASTUR, 2005).

Bibliographie

- Alter. (2003). Mouvement et dyschronie dans l'organisation. *L'année sociologique*(53), pp. 489-514.
- Dickason. (2018). Asclepios, Hygie, Chronos et Poséïdon: le temps et les émotions au coeur du soin. *Gestion*(35), pp. 45-75.
- Levinas. (1973). *De l'existence à l'existant*.
- Velpry. (2008). The patient's View: Issues of Theory and, practice. *Culture Medicine and Psychiatry*, 32(2), pp. 238-258.
- Villate. (2014). Du chronos au kairos. *Médecine palliative, soins de support - Accompagnement éthique*(13), pp. 301-306.