

Lois relatives à la fin de la vie

- LOI n° 99-477 du 9 juin 1999,
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002,
- LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005.
- Décrets du 6 février 2006.

La peur

- peur de mourir, peur de souffrir,
- peur de ne plus pouvoir exprimer sa volonté,
- peur de l'acharnement thérapeutique, de l'euthanasie,
- peur d'être abandonné et de mourir seul.

Les attentes

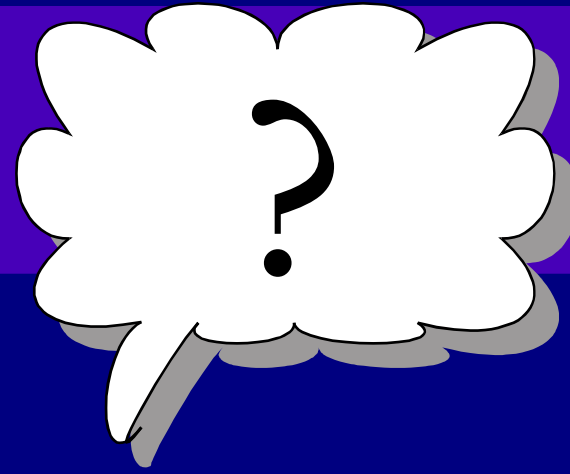
- soulagé de la souffrance,
- refuser ou arrêter un traitement quel qu'il soit,
- entouré et accompagné,
- écouté,
- faire connaître sa volonté même quand on n'est plus en état de l'exprimer.



LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

Art. L. 1111-4

« **Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne ... peut être retiré à tout moment.....** »



**LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie**

« *Art. L. 1111-13.* - ... hors d'état
d'exprimer sa volonté, le médecin
peut décider de **limiter** ou **d'arrêter**
un traitement **inutile,**
disproportionné ou **n'ayant d'autre**
objet que la seule prolongation
artificielle de la vie de cette
personne... »



LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Possibilité d'utiliser des traitements qui, pour soulager la souffrance, risquent d'**abrég**er la vie : le patient ...ou ses représentants, sont informés, inscription dans le dossier médical, **intention** est de soulager la souffrance ... et non de provoquer la mort.



LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

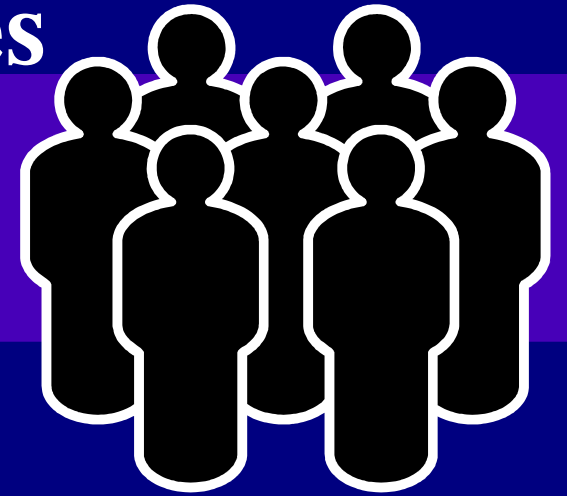
Art. L. 1111-6.

- « Toute **personne majeure** peut désigner une personne de confiance... »
- désignation permanente : le **préciser.**

famille



proches



unique



médecin
traitant



pas d'obligation





**LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie**

« Art. L. 1111-11. - Toute
personne majeure peut rédiger
des **directives anticipées** pour
le cas où elle serait un jour
hors d'état d'exprimer sa
volonté. »



Directives anticipées

... trois ans avant l'état d'inconscience
ou le jour où elle s'est avérée **hors**
d'état d'en effectuer le
renouvellement.

Art. L. 1111-11

Article 7 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006

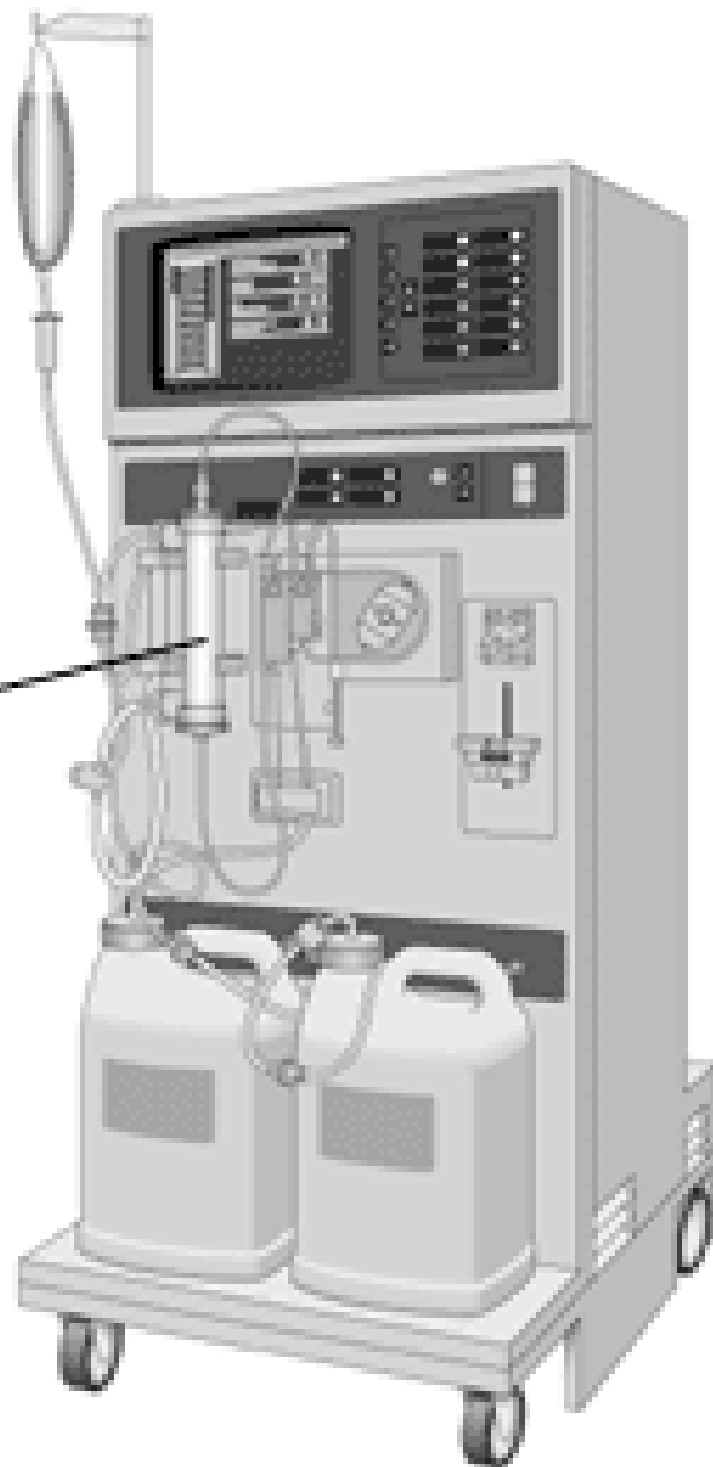
**DIRECTIVE TO PHYSICIANS
AND
FAMILY
OR
SURROGATES
(Living Will)**

**« Be sure to state whether
you do or do not want the
particular treatment. »**

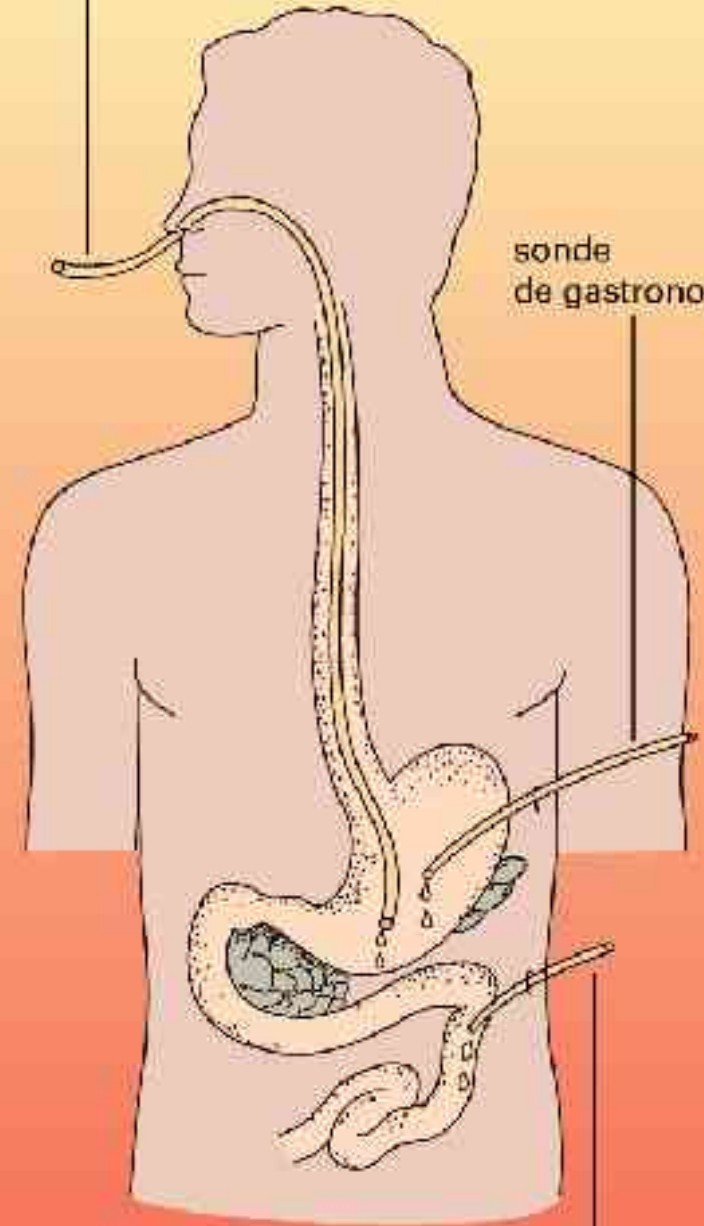
Traitements susceptibles de prolonger artificiellement la vie

- chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie,
- chirurgie (amputation ?),
- ventilation artificielle : contrôlée, VNI,
- pace-maker,
- hémodialyse : le rein artificiel,
- nutrition forcée, surtout assistance nutritionnelle : en pratique la nutrition intraveineuse et la gastrostomie,
- alimentation assistée ?
- hydratation artificielle ?

Dialyseur



sonde
naso-gastrique



sonde
de gastronomie

sonde de jéjunostomie

Avis du patient lui-même

décisif

directives anticipées

personne de confiance

famille, proches

consultatif

Personne de confiance et directives anticipées

Cas évidents implicites

- coma profond,
- anesthésie générale,
- sédation,
- confusion,
- états végétatifs.

Personne de confiance et directives anticipées

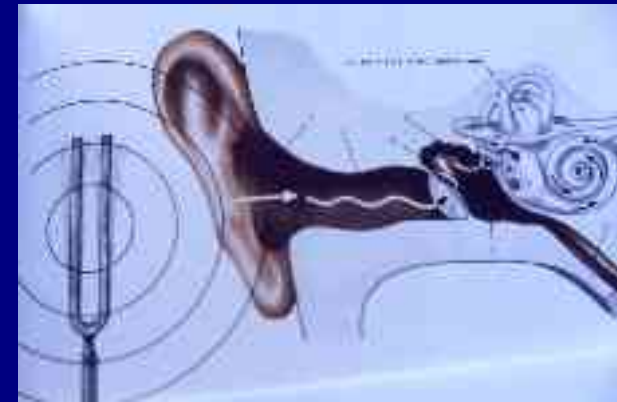
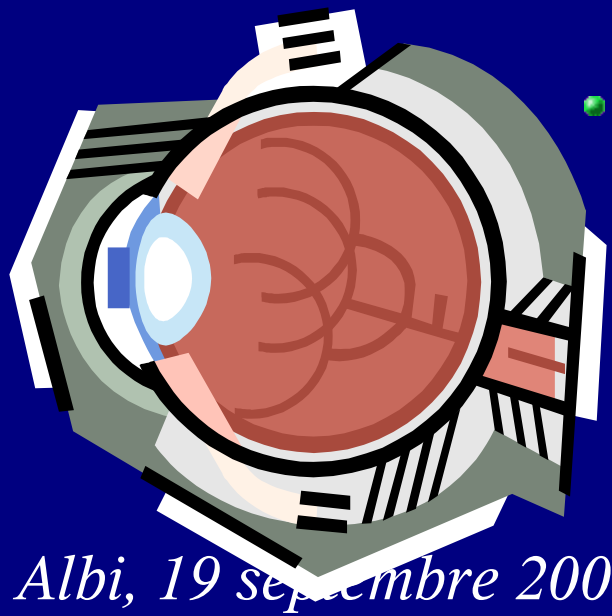
Situations habituelles en gériatrie

- troubles cognitifs sévères,
- troubles de la communication :
expression verbale et écrite.

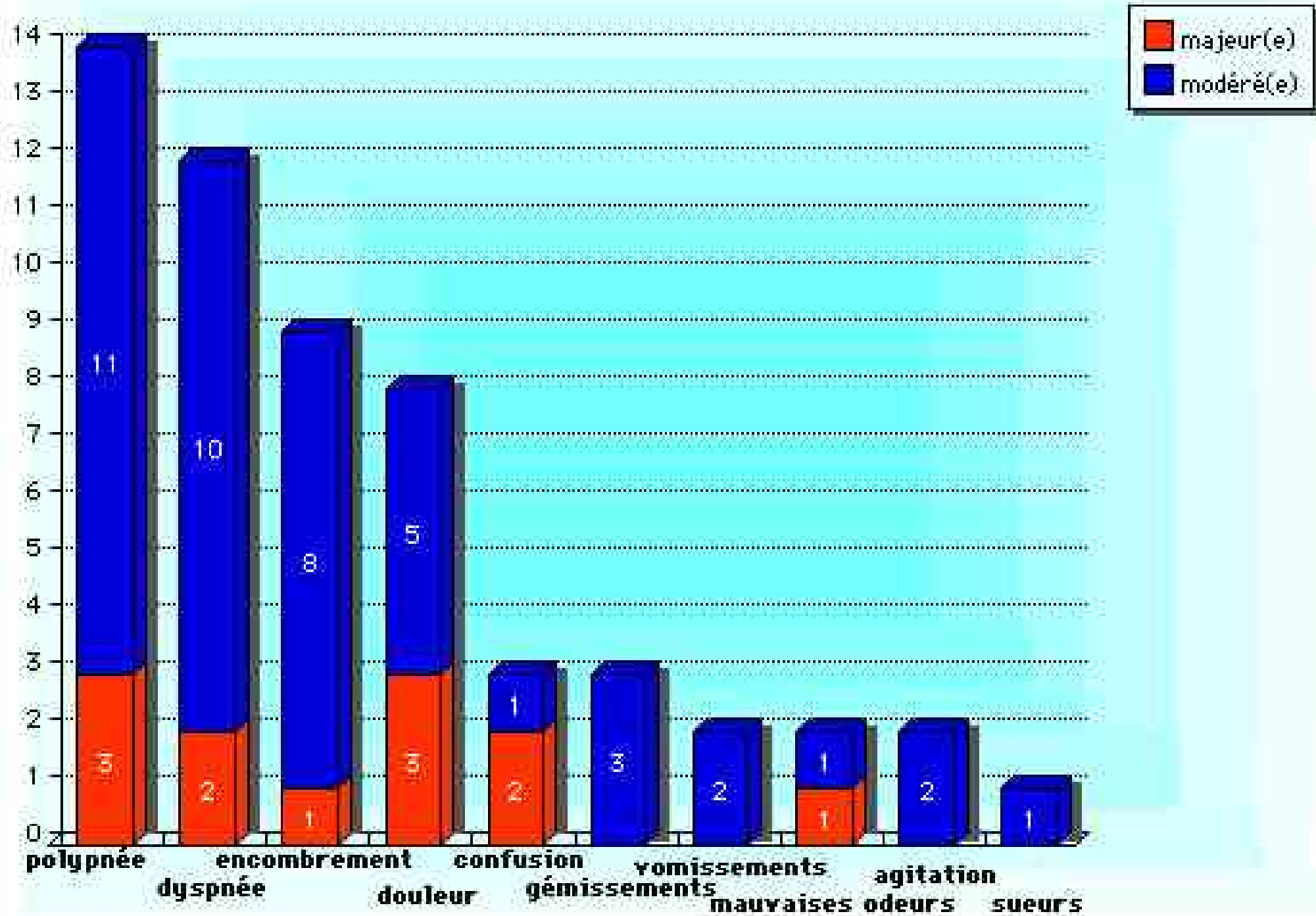
Personne de confiance et directives anticipées

Situations habituelles

- troubles de la perception :
 - surdité totale,
 - c civit  totale,
 - association.



Symptômes 24h fin vie SSLD Albi 96-97 sur un an avant traitement





Albi, 19 septembre 2008

Quel arrière-plan ?

- **renforcement du rôle de la personne soignée,**
- **moins rôle attribué à la décision médicale qui devra s'appuyer sur les volontés de la personne soignée à défaut de leur être soumise,**
- **moins rôle de la famille et des proches dans leur rôle de représentation de la personne soignée.**



Quel arrière-plan ?

- **Economies dans le domaine de la santé ?**

En pratique

- **nouveauté de la loi : peu connue,**
- **peu de succès des directives anticipées,**
- **la personne de confiance est souvent fortement suggérée par les institutions : interventions chirurgicales, situations à risque (loi 2002).**



En pratique : vu de la personne soignée

- **Déni de la mort à venir.**

En pratique : vu de la personne soignante

- économie de temps du fait du nombre des interlocuteurs,
- dimension médico-légale,
- disparité des attitudes.



En pratique : vu de la famille

- **information,**
- **respect de la volonté : plaisir et souffrance,**
- **redistribution des rôles,**
- **confusion « historique » quant aux prérogatives.**



Définitions

- suspendre ou retirer un traitement susceptible de prolonger la vie, en pratique un traitement curatif.
- sédation de fin de vie : coma artificiel plus ou moins profond destiné à obtenir le confort du patient, confort autrement impossible.



Définitions

Euthanasie et suicide assisté :

- **prescription, administration ou fourniture de médicaments ou de substances visant à mettre fin à la vie du patient à sa demande,**
- **provoquer la mort avec intention de la donner.**
- **comble de l'autonomie, de la déliaison ?**

• **Arrêts de traitement** : 26 % en Belgique et 43 % en Suisse (Cohen J, 2007)

• **Sédation continue** : 7,1 % en 2005 aux Pays-Bas (Van der Heide, 2007, NEJM)

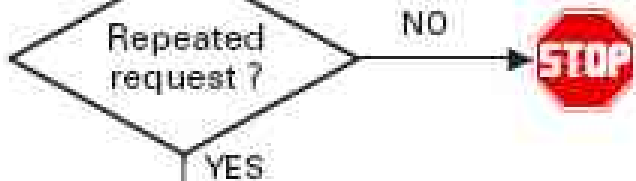
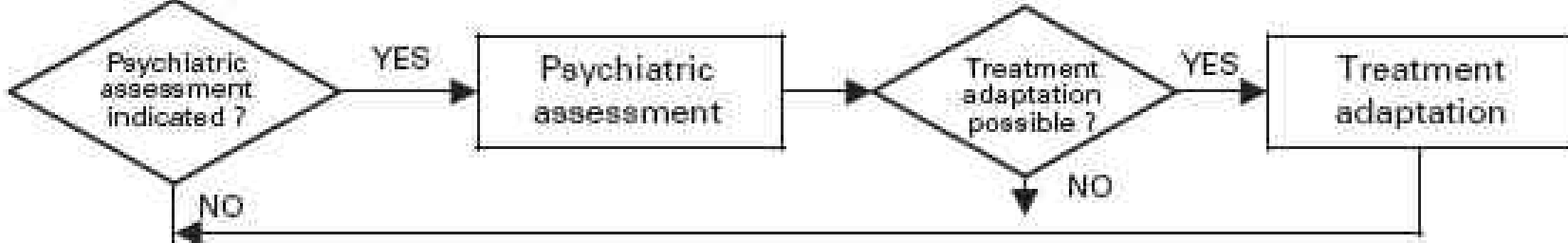
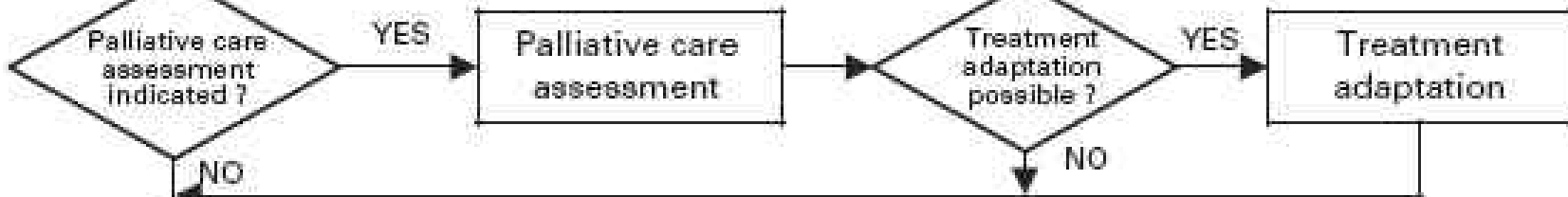
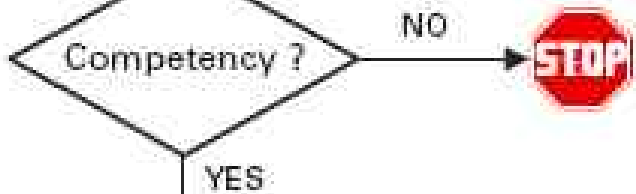
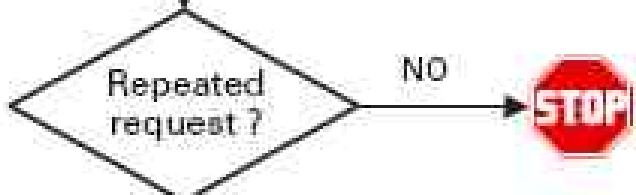
• **Hâter la mort à la demande du patient** : Pays-Bas : 56 % des praticiens en avaient l'expérience (Löfmark, 2008)

Pourcentages d'euthanasies :

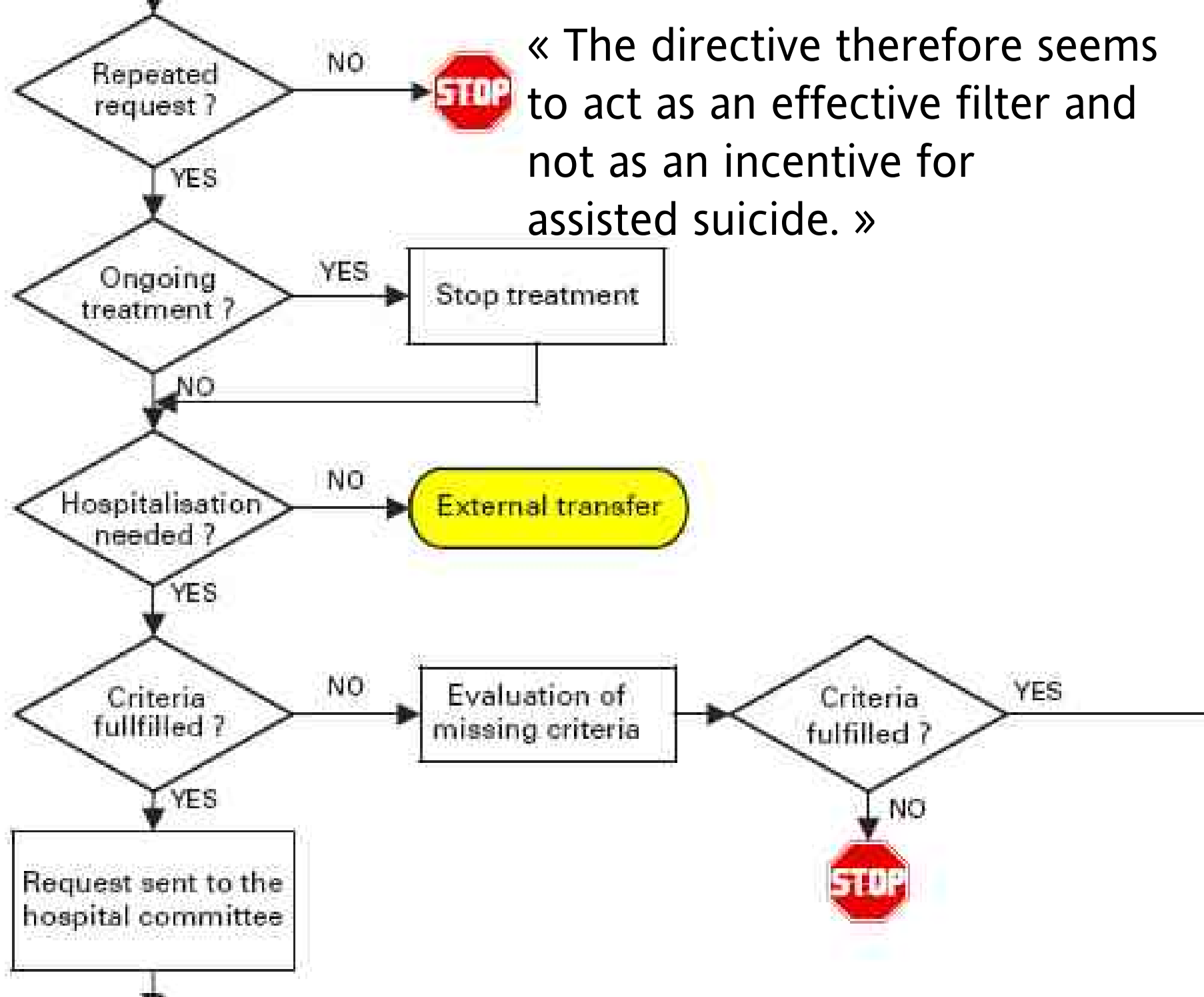
• Flandres (euthanasie) : 1,6 % en 2005-2006 (van den Block, 2007)

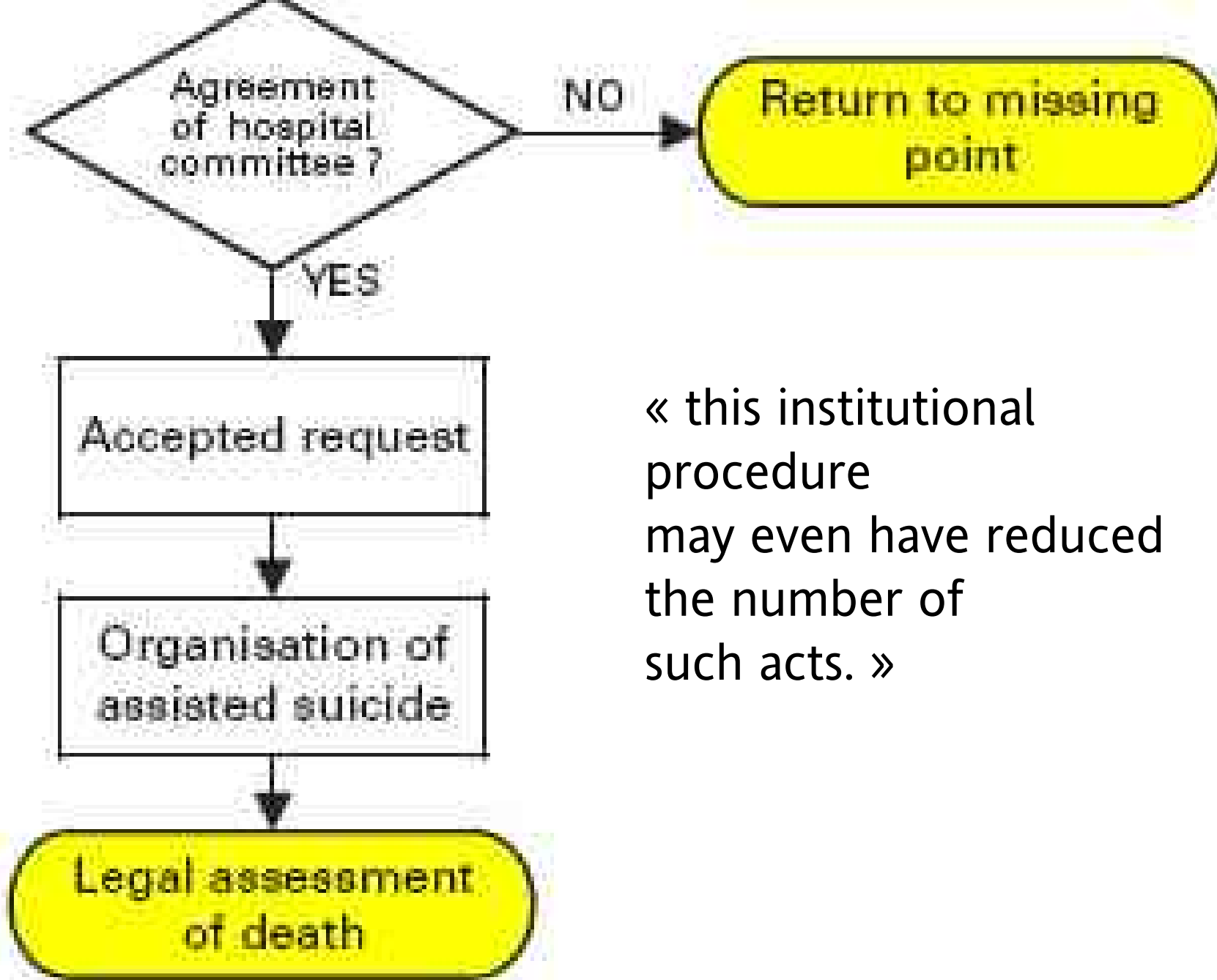
• Pays-Bas (euthanasie et SA) : 1,8 % en 2005 (Van der Heide, 2007, NEJM)

Request for assisted suicide



Wasserfallen Jean-Blaise, Chiroléro René, Stiefel Friedrich Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months' experience. SWISS MED WKLY 2008;138(15-16):239-242.





« this institutional procedure may even have reduced the number of such acts. »



Conclusions

- nouveauté,
- autonomie,
- soins palliatifs de qualité,
collégialité, rigueur,
- evolution pour exceptions :
suicide assisté, processus
judiciaire adapté ?