

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.



Les peurs

- 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.

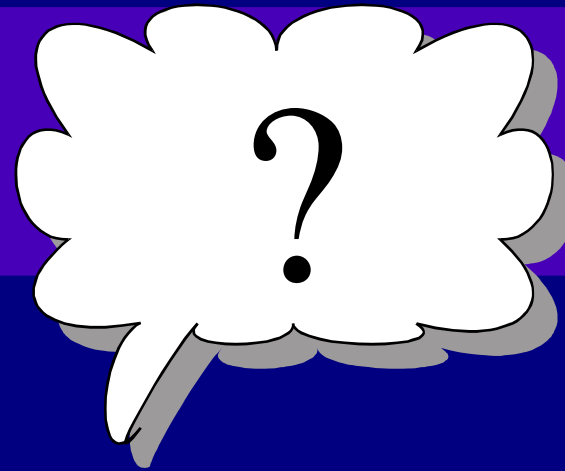
LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

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.....* »



MARTA, NON RIESCO A RICORDARE
COME SI CHIAMAVA QUEL TEDESCO
PER CUI HO PERSO
LA TESTA...

ALZHEIMER,
NONNA.



LUPO ALBERTO © 2003 Silver/McK

*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, l'**intention** est de soulager la souffrance ... et non de provoquer la mort.



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

- utilisation de drogues à des doses potentiellement responsables de risques vitaux : **double effet** (information).
 - limitation ou arrêt : concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur **l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.**
- 

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

Art. L. 1111-6.

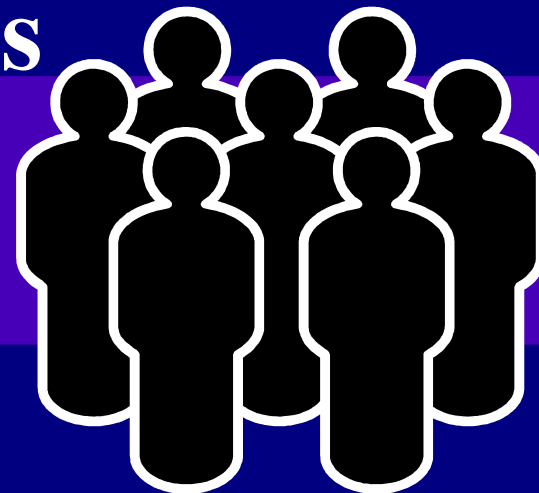
- « *Toute **personne majeure** peut désigner une personne de confiance... »*
- *désignation permanente : le **préciser**.*



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

Traitements susceptibles de prolonger artificiellement la vie

- chimiothérapie,
- 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 ?



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

« After discussion with your physician, you may wish to consider listing particular treatments in this space that you do or do not want in specific circumstances, such as artificial nutrition and fluids, intravenous antibiotics, etc. **Be sure to state whether you do or do not want the particular treatment. »**

Avis

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.

Conséquences

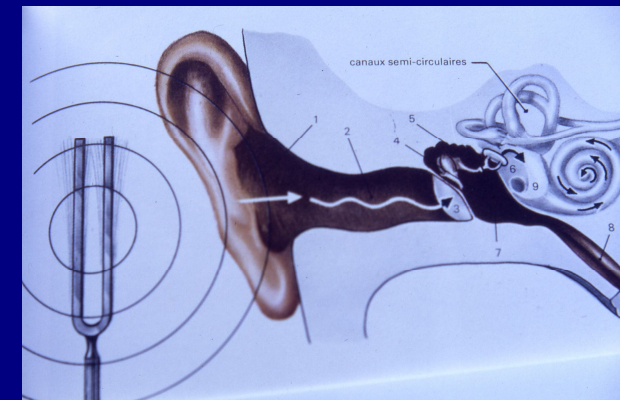
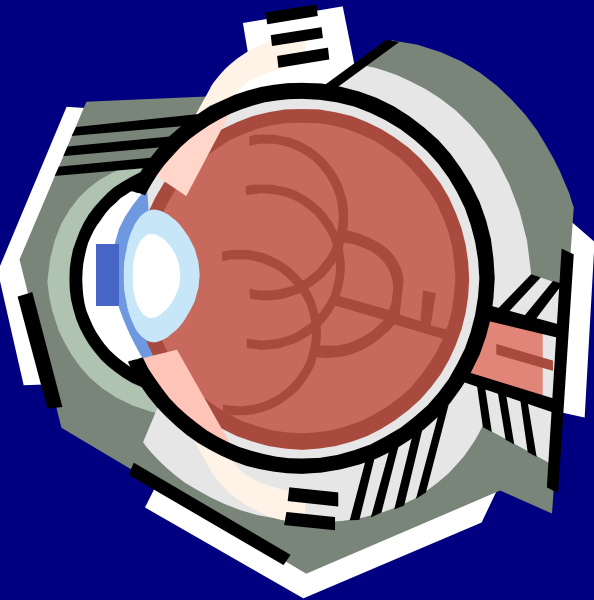
- chutes,
- alimentation,
- hygiène,
- médicaments,
- relations.



Personne de confiance et directives anticipées

Situations habituelles

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



TAIS-TOI!
TAIS-TOI!
TAIS-TOI!



SOLVIGNON

Quel arrière-plan ?

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



En pratique

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



En pratique : vu de la personne soignée

**Envisager la fin de la
vie.**



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.**

Personnes de plus de 60 ans

Décès à domicile

1970 : 257 650 soit environ 59,8 % des décès,

/ 2,3

2006 : 114 427 soit 26,2 % des décès,

Décès dans les institutions gériatriques

1970 : 9 877 soit 2,2 % des décès,

X 5,5

2006 : 52 996 soit 12,1 % des décès.

Source : INSEE, état civil.

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 à la demande du patient,
- ▣ 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** :

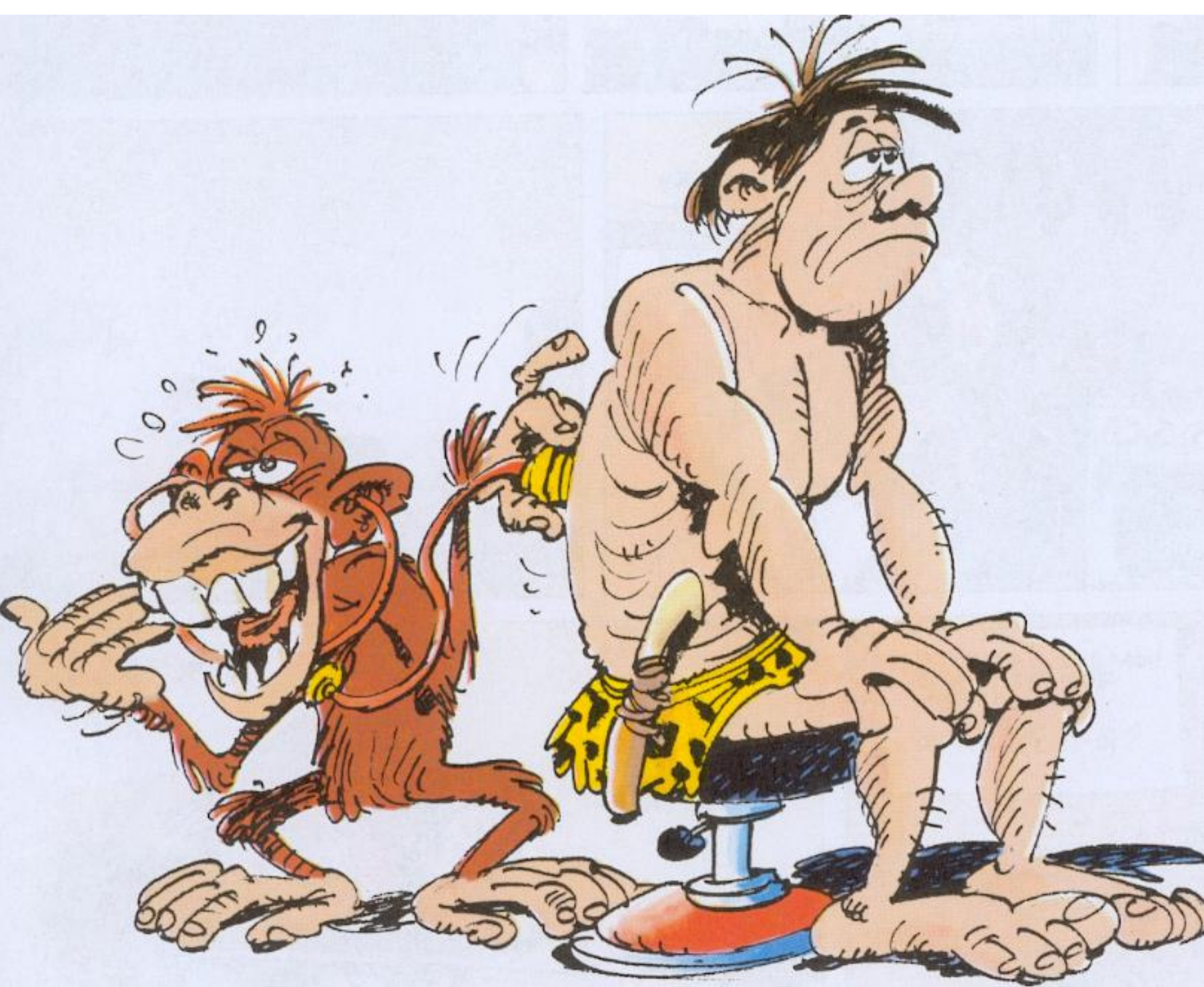
Flandres (euthanasie) : 1,6 % en 2005-2006 (van den Block, 2007)

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

Conclusions

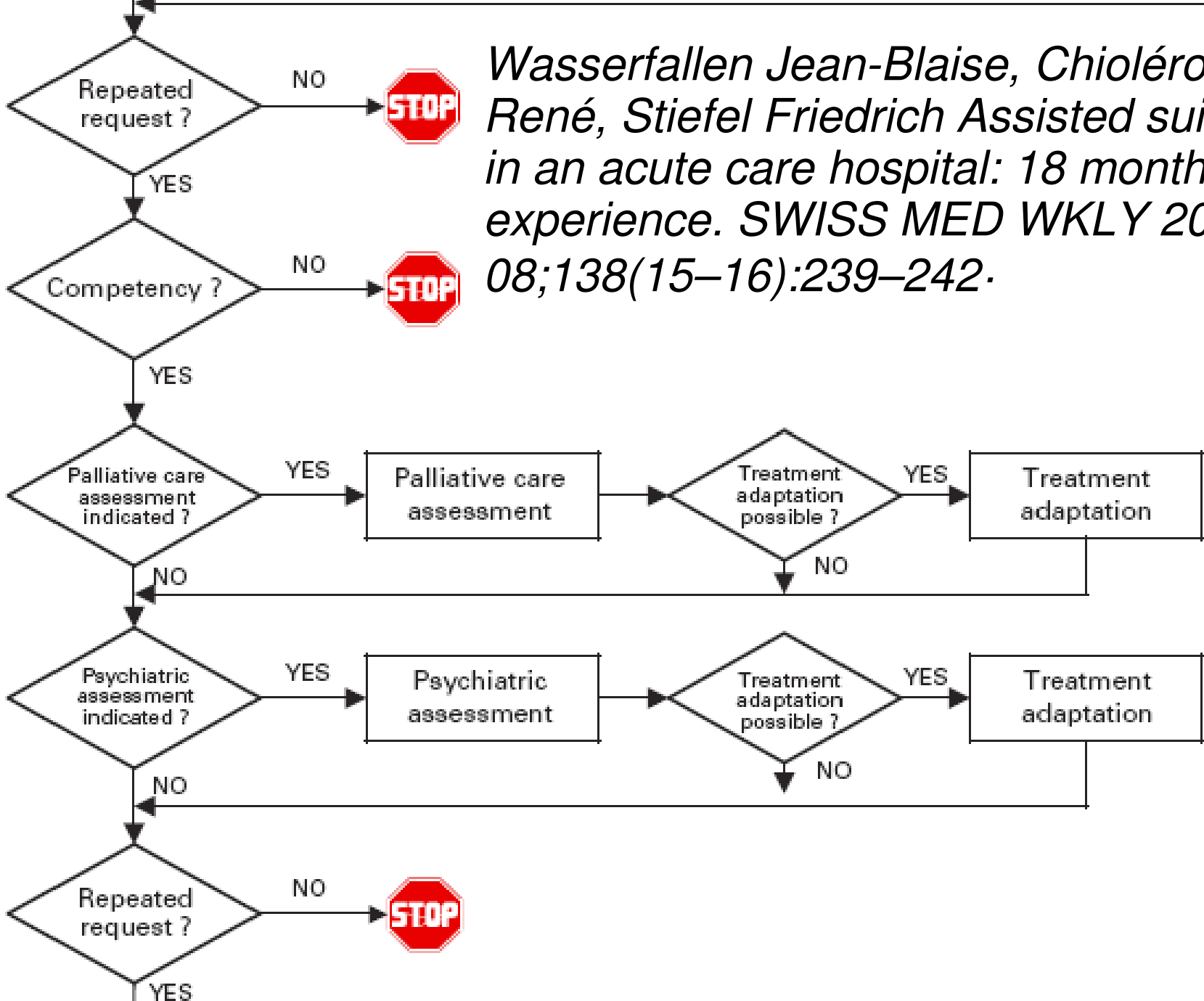
- nouveauté,
- autonomie,
- soins palliatifs de qualité,
- collégialité, rigueur,
- évolution pour exceptions ?

**Suicide assisté, processus
judiciaire adapté ?**

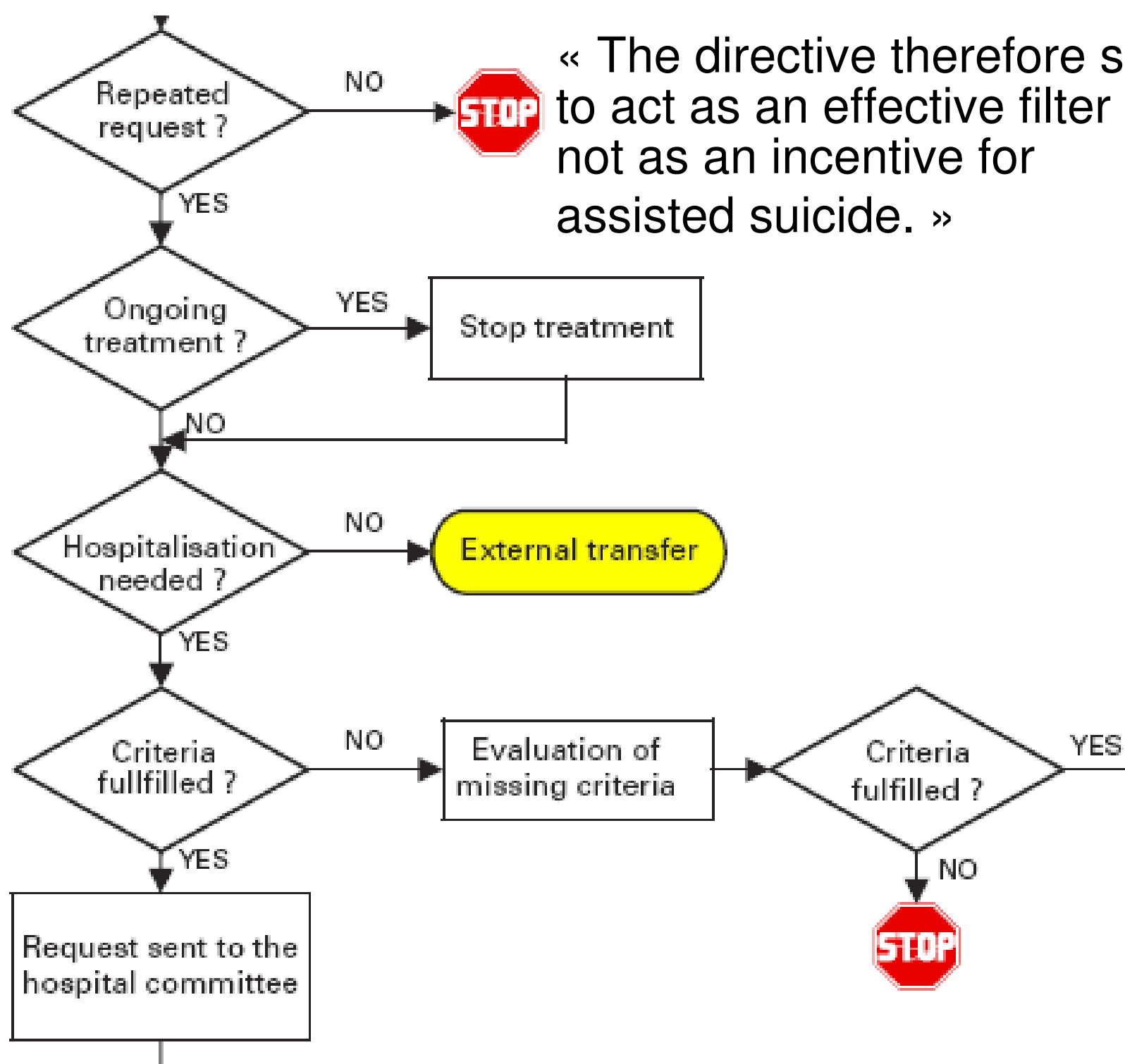


Gaillac 19 mars 2009

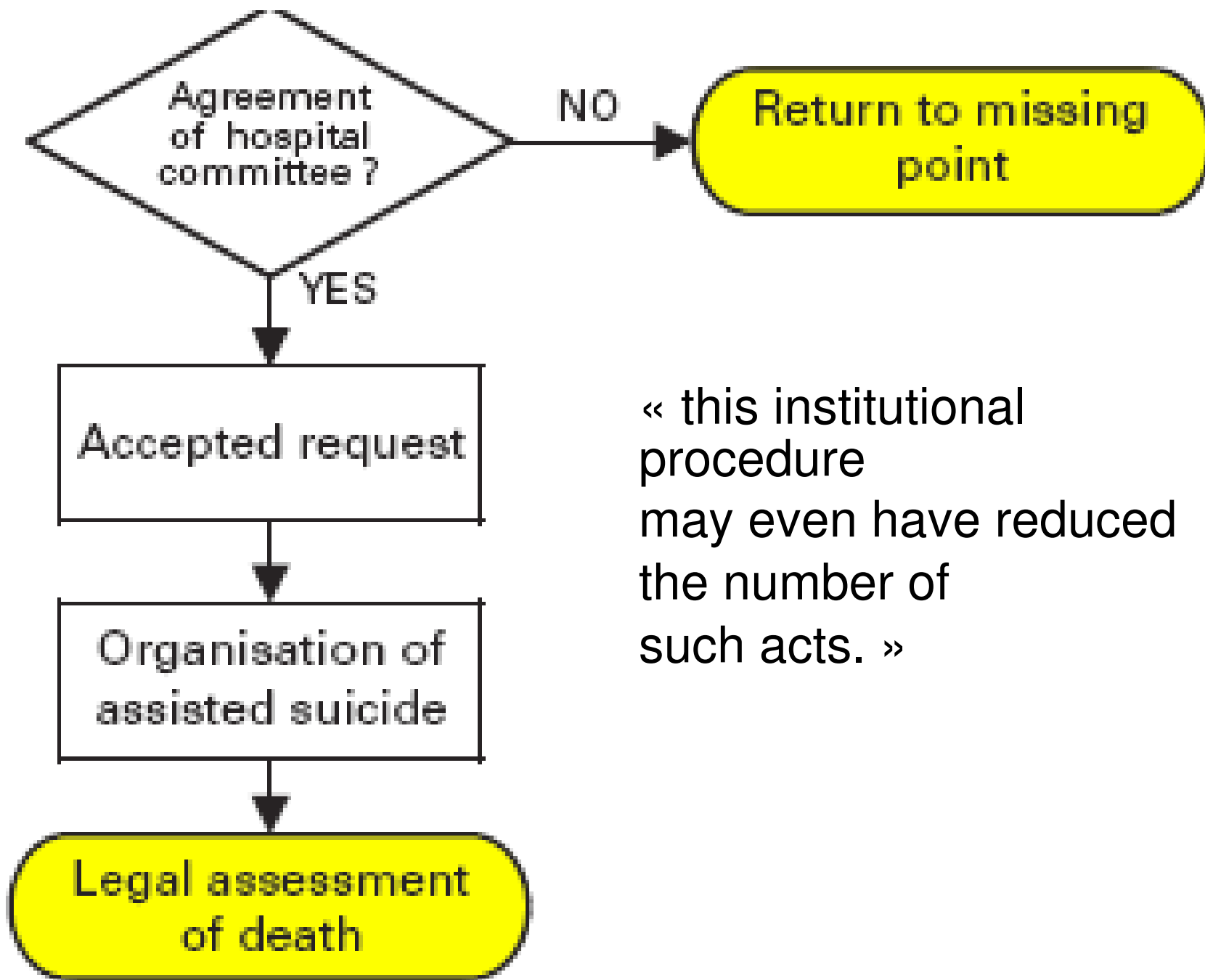
Request for assisted suicide



Wasserfallen Jean-Blaise, Chioléro René, Stiefel Friedrich Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months' experience. SWISS MED WKLY 20 08;138(15-16):239-242.



« The directive therefore seems to act as an effective filter and not as an incentive for assisted suicide. »



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

TAIS-TOI!
TAIS-TOI!
TAIS-TOI!



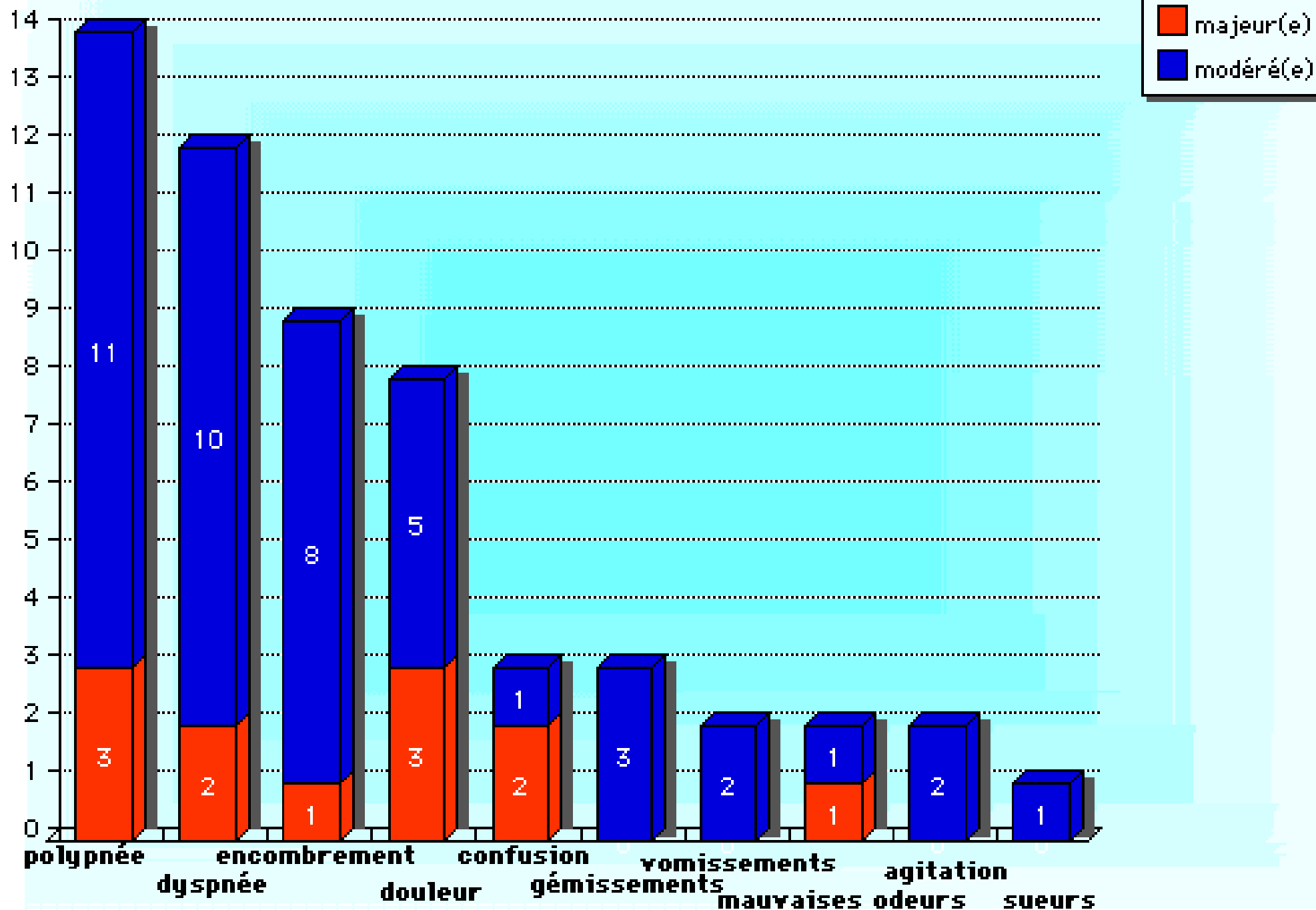
SOLVIGNON



Quel arrière-plan ?

- *Economies dans le domaine de la santé ?*

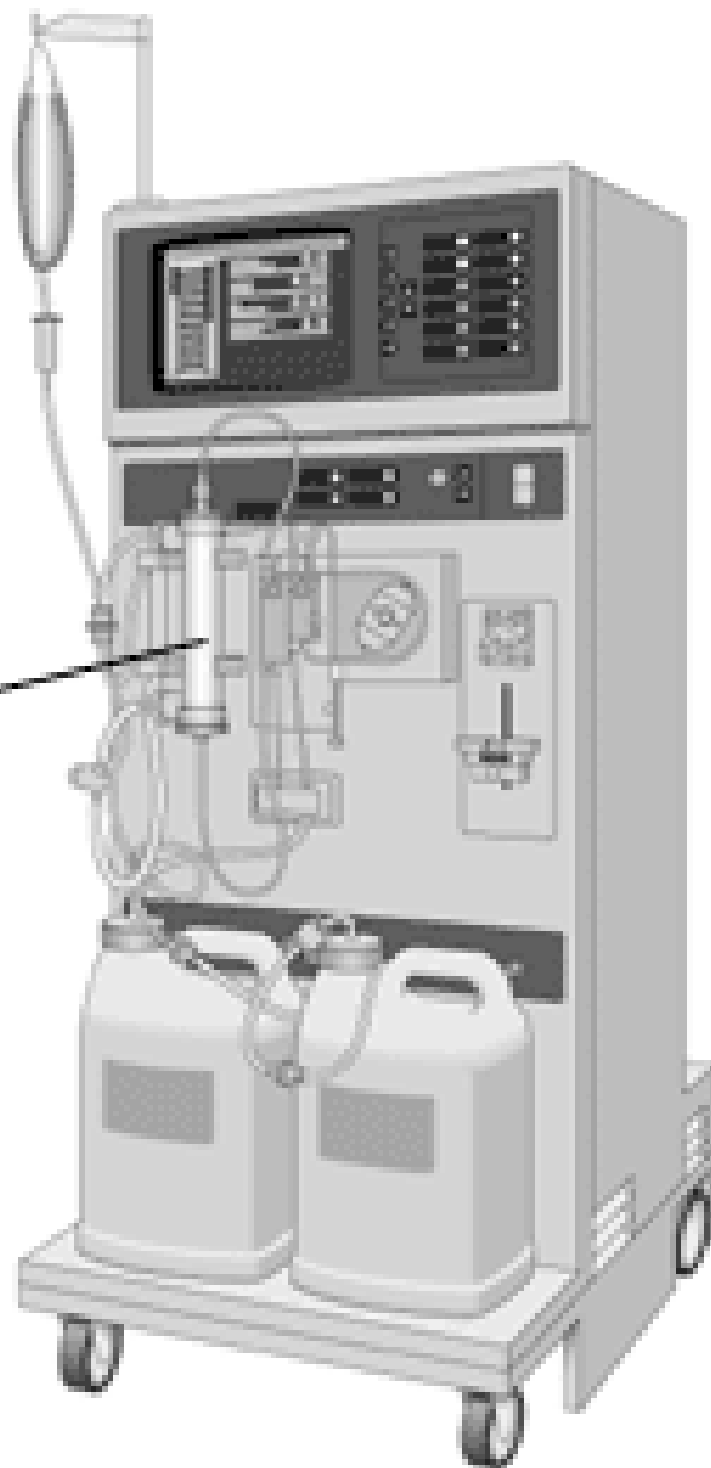
Symptômes 24h fin vie SSLD Albi 96-97 sur un an avant traitement



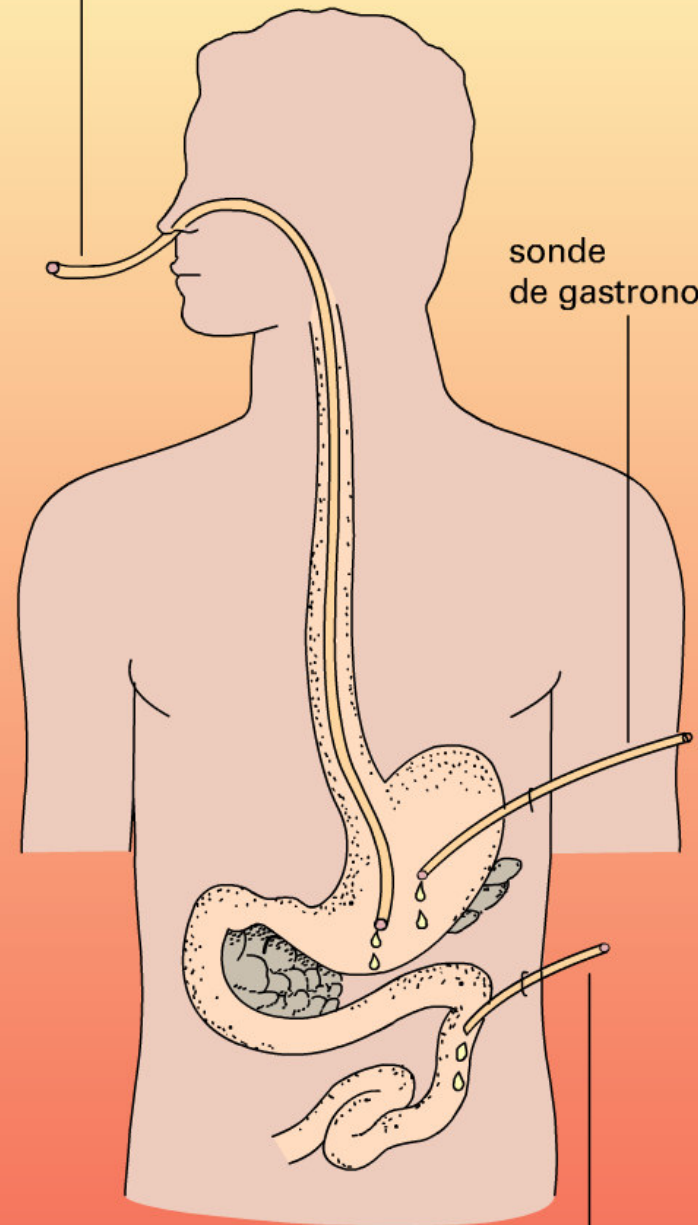


Gaillac 19 mars 2009

Dialyseur



sonde
naso-gastrique



sonde
de gastronomie

sonde de jéjunostomie