

Fin de vie

La mort est un état, la fin de vie est un processus

1^{er} principe : « **le respect devant la vie** » / 2^{ème} principe : « **Accepter la mort** »

Maurice Rapin (1925-1986) : idée de thérapeutique palliative de confort en réa et consentement des patients

Les 3 niveaux de soins

- **Soins de base** : hydratation, nutrition, hygiène
- **Soins de confort** : analgésie
- **Traitements « actifs »** : étiologiques (thérapeutiques curatives) ou suppléance vitale (ventilation artificielle)

• Limitations et arrêt des thérapeutiques en réanimation

Trois aspects

- **Limitation des soins** : poursuivre le traitement existant mais **ne pas débiter** de nouvelle thérapeutique
- **Arrêt des soins actifs** : arrêt des traitements actifs mais conservation des soins de confort
 - ⇒ En cas de pronostic désespéré, d'incertitude avéré sur la qualité de vie future ou de demande expresse du patient
 - ⇒ **Eviter l'obstination déraisonnable** mais soulager les souffrances physiques et morales
 - ⇒ Cf. **Code de déontologie (1995)** : « *nul n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* »
- Soins palliatifs / pallium : dans tous les centres hospitaliers, lutter contre l'inconfort sous toutes ses formes

Protocole dans chaque service au sein d'une équipe

- **Réflexion collégiale** avec discussion/argumentation d'équipe pour la prise de décision
- **Informer** le patient, sa famille, son médecin traitant + consentement, **traçabilité**, transparence
- Pas d'injection de cocktail lytique, ni de suicide médicalement assisté : **pas d'euthanasie en France**

- **Loi Kouchner (2002)**

- ⇒ **Autonomie du patient**
- ⇒ **Droit de refus** de tout traitement
- ⇒ **Droit d'accès au dossier médical** et désignation d'une **personne de confiance**

- **Loi Léonetti (2005) « relative aux droits des malades et à la fin de vie »**

Elle pose comme problématique l'accompagnement du patient en fin de vie sereinement et dignement.

- **Ne traite pas de l'euthanasie !**

Littéralement la « bonne mort » = donner volontairement la mort

- **Condamnation de l'obstination déraisonnable / acharnement thérapeutique**

Actes inutiles et disproportionnés sans autre but que le maintien artificiel de la vie.

Article 1 du CSP : **Le refus de l'acharnement thérapeutique**

- **Intégration des dispositions de la loi Kouchner de 2002**

Respect du refus de tout traitement

- **Légitime la limitation/arrêt des traitements actifs : irresponsabilité pénale**

La décision est influencée par :

- ⇒ **Directives anticipées** : le patient peut décrire les souhaits relatifs à sa fin de vie (3 ans puis révocables).
Le médecin peut en tenir compte mais n'est pas tenu de tout respecter
- ⇒ **La personne de confiance** (réfèrent de l'équipe médicale)
- ⇒ **La famille**

- **Légitimité du double effet**

Un acte a 2 effets, l'un bon, voulu, l'autre, indirect, mauvais, non voulu

Cinq conditions dont : l'acte n'est pas mauvais en lui-même et l'effet indirect n'est pas voulu, même s'il est prévu

- **Conditions** : information délivrée au cours d'un **entretien individuel oral** (graduée, loyale, complète, reformulée) / consentement, traçabilité, collégialité
- ⇒ **La réflexion est collégiale** (la famille est consultée), **la décision reste médicale**

Cette « bonne loi » pose un cadre mais demande une réflexion. Elle donne des outils à l'équipe soignante pour accompagner un malade dans sa **maladie chronique**.