

Quelles attitudes en fin de vie?

Acharnement ?

Euthanasie?

Soins palliatifs ?

Dr Christophe TRIVALLE

Service de Gériatrie et Soins Palliatifs

Hôpital Paul Brousse

« Nombre de débats actuels initiés par les pouvoirs publics me semblent redoutables. Ainsi en est-il des débats sur l'euthanasie, l'acharnement thérapeutique, le secret médical, dont je crains qu'ils ne masquent, sous un alibi éthique, des préoccupations inavouables tels que le rationnement des soins et l'obligation sociale de mourir. »

Pr Milliez 1990

Les grands principes éthiques

- **Principe d 'humanité** (dignité, hospitalité, compassion)
- **Principe de justice** (égalité des soins)
- **Principe de finalité** (aspect déontologique et téléologique)
- **Principe de non-malfaisance ou de bienfaisance** (ne pas nuire, apporter un bénéfice)
- **Principe d 'autonomie** (autodétermination, consentement éclairé)
- **Principe de proportionnalité et de futilité** (disproportion, acharnement)

Code de déontologie médicale

Article 37: « En toutes circonstances, le médecin doit s 'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l 'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigation ou la thérapeutique. »

Article 38: « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu 'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d 'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. **Il n 'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.** »

Acharnement thérapeutique (1)

Cette notion est apparue en même temps que la **réanimation médicale** dans les années 1950.

Il s'agit de la poursuite de soins curatifs, alors que le malade n'a plus de chances d'en tirer un réel bénéfice.

Chez le malade en fin de vie, il peut s'agir :
chimiothérapie, intubation, sonde gastrique,
perfusion, examens complémentaires (prise de sang)
ou même, prise de la TA.

Acharnement thérapeutique (2)

Recommandations de la Société de Réanimation en Langue Française (2002).

Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte:

- arrêt du support ventilatoire (extubation ou arrêt de la ventilation mécanique) + sédation-analgésie
- limitation ou arrêt de l'hydratation.

Plus de **50% des décès en réanimation** seraient la conséquence de ces décisions (75 000 à 100 000/an)

Acharnement thérapeutique (3)

Ce texte précise: « Toute injection de produit(s) avec intentionnalité de décès, comme l 'injection de curares chez un patient non ventilé ou l 'injection de chlorure de potassium, est un acte d 'euthanasie active. Elle n 'est jamais justifiable et est juridiquement qualifiable d 'homicide volontaire (Art. 221-1 du Code pénal). »

En fait, acharnement thérapeutique et euthanasie s 'articulent autour d 'un même refus de laisser écouler à la mort sa durée naturelle.

Définition de l 'euthanasie (1)

L 'euthanasie est un acte délibéré par lequel un tiers entraîne directement la mort d 'une personne malade

acte et pas non-intervention

délibéré: l 'intention première est de causer la mort

directement: l 'acte a pour unique objet de causer la mort

Définition de l'euthanasie (2)

Volontaire : demandée par le malade

Involontaire : un tiers impose sa décision au malade

Intéressée : par exemple pour libérer des lits

Cocktail lytique : Hier, Dolosal + Largactil + Phénergan (DLP); aujourd'hui morphine + Hypnovel

Objectif : la mort du malade pour supprimer la douleur

Exception d'euthanasie

Avis n°63 du 27 janvier 2000 du Comité consultatif national d'éthique

Un exemple historique ? Six Russes avaient été envoyés à l'Hôtel-Dieu par le tsar, pour être soignés de la rage. Après la mort d'un premier Russe dans d'atroces douleurs, les 5 autres ont supplié qu'on les achève.

Pasteur, le pharmacien en chef et le directeur en chef de l'Hôtel-Dieu, n'ayant rien pu faire, ont pris la décision de les faire mourir. (Léon Daudet, 1868-1942)

Aux Pays-Bas et en Belgique

Loi de 2001 après 30 ans de réflexion dans un pays protestant

Procédure très stricte

Les **cas déclarés** représentent **60%** des cas pratiqués (2003) :

persistance d'un nombre important d'euthanasies clandestines

Baisse régulière des déclarations : 2590 (1998), 2216 (1999), 2123 (2000), 2054 (2001), 1882 (2002) et 1815 en 2003.

Cette baisse s'expliquerait par le **développement des soins palliatifs!**

En Belgique, loi du **14 juin 2002**. Depuis 300 déclarations, mais le nombre réel serait de 10 fois plus!

Suicide assisté

C'est l'acte par lequel une personne se donne elle-même la mort à l'aide de moyens fournis par un tiers.

Pays-Bas, Suisse, Estonie, Oregon (octobre 1997)

Une étude en **Oregon** a montré que chez 68 patients ayant demandé des prescriptions pour un suicide assisté, **46% avaient modifié leur état d'esprit après que leur médecin est essayé au moins un traitement palliatif consécutif** (NEJM 2000;342:557-563).

Une autre étude a montré que le choix éventuel d'un suicide assisté ou de l'euthanasie était largement influencé par l'**existence d'une dépression ou de contraintes financières** (JAGS 2001; 49: 153-161).

Définition des soins palliatifs (SFAP 1992)

« Les soins palliatifs sont des **soins actifs**, dans une approche globale de la personne, en phase évoluée ou terminale d'une **maladie potentiellement mortelle**. Prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, morale et spirituelle devient alors primordial. Les soins palliatifs considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un **processus normal**. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure **qualité de vie** jusqu'à la mort. Ils sont **multidisciplinaires** dans leur démarche... »

Les textes

Circulaire du **26 août 1986** : organisation des soins et accompagnement des malades en phase terminale

Loi n°91-748 du **31 juillet 1991** : les soins palliatifs font partie des missions des hôpitaux

Loi n°99-477 du **9 juin 1999** : garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement

Loi n°2002-303 du **4 mars 2002** : droit de tout patient de bénéficier de soins palliatifs, personne de confiance, accès au dossier médical

Distinction entre soins curatifs et palliatifs

	Soins palliatifs	Soins curatifs
Objectif :	Qualité de vie	Durée de vie
Approche :	Pluridisciplinaire	Médico-technique
Psycho-social :	Essentielle	Accessoire
Décès :	Evénement naturel	« Echech médical »

Comment identifier une situation relevant des soins palliatifs ?

Renée Sebag-Lanoë 1991

- 1-Quelle est la maladie principale de ce patient ?
- 2-Quel est son degré d'évolution ?
- 3-Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- 4-Est-il facilement curable ou non ?
- 5-Y a-t-il une répétition d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques ?

Comment identifier une situation relevant des soins palliatifs ?

Renée Sebag-Lanoë 1991

6-Que dit le malade ?

7-Qu 'exprime t-il à travers son comportement et sa coopération ?

8-Quelle est la qualité de son confort actuel ?

9-Qu 'en pense la famille ?

10-Qu 'en pensent les soignants qui le côtoient ?

8 règles simples pour améliorer la prise en charge des malades en fin de vie

(Presse Méd 2001;30:269)

- F Faire le tri des médicaments
- I Intensifier la prise en charges des symptômes d 'inconfort
- N Ne pas entreprendre d 'examens inutiles
- D Donner une alimentation et une hydratation adaptées
- E Ecouter le malade
- V Veiller à l 'état de la bouche et de la peau
- I Instaurer un bon contact avec la famille
- E Encourager la famille à rester autant qu 'elle le désire

Double effet

L 'objectif de ces protocoles à fortes doses est de « soulager » les malades (**bon effet**), même si on entraîne pour cela une sédation permanente ou le décès (**mauvais effet**).

Il s 'agit de soulager en prenant le risque de faire mourir ou en acceptant que cela puisse faire mourir

Sédation en phase terminale

- Lorsque tous les moyens disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d 'obtenir le soulagement escompté par le patient
 - **Somnolence provoquée** chez une personne qui reste éveillable à la parole ou à tout autre stimulus simple
 - **Perte de conscience provoquée** (coma) soit intermittente soit prolongée
- **Indications** : hémorragies cataclysmiques extériorisées, détresses respiratoires asphyxiques, symptômes réfractaires vécus comme insupportables

Propositions de la mission d'information de l'assemblée nationale - Juillet 2004 (1)

- Garantir un égal accès aux soins
- Poursuivre le développement des soins palliatifs
- Former les soignants aux situations de fin de vie
- Sensibiliser et informer l'opinion publique
- Modifications du **code de santé publique**
- Modifications du **code de déontologie médicale**

Propositions de la mission d'information de l'assemblée nationale - Juillet 2004 (2)

Modifications du **code de santé publique** :

- refus de l'obstination déraisonnable
- arrêt et limitation du traitement : respecter la volonté du malade, décision collégiale, directives anticipées (< 3 ans), personne de confiance, famille, médecin traitant

Modifications du **code de déontologie médicale**

- consacrer le refus de l'obstination déraisonnable et l'obligation de décision collégiale
- autoriser les traitements à « double effet »

Modifications de l'article 37 (1)

« ... (le médecin) doit éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut se limiter aux seuls **soins palliatifs** lorsque la synthèse des éléments cliniques et paracliniques montre que poursuivre les soins ou en entreprendre d'autres ne peut plus bénéficier au malade et **aurait pour seule conséquence de le maintenir artificiellement en vie.** »

Modifications de l'article 37 (2)

« L'évaluation est faite par le médecin en charge du patient, après **concertation avec l'équipe de soins** et avis spécialisé s'il y a lieu, sauf lorsque les circonstances le conduisent à devoir se prononcer seul.

Sa décision doit respecter la **volonté du malade**, s'il est apte à s'exprimer. A défaut, elle prend en compte l'**avis qu'il aurait antérieurement formulé**, celui de la **personne de confiance** qu'il a désignée, de ses **proches** et de son **médecin traitant**.

Les éléments de cette décision doivent être **consignés dans le dossier** du patient. »

Cette mission a donné lieu à un rapport puis à la Loi Leonetti (no 2005-370) du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

L'objectif principal de cette loi est que le médecin puisse sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie en toutes circonstances

Cette loi a été bien réfléchi et répond à toutes les situations de fin de vie

Il ne reste plus qu'à l'enseigner, à en informer chaque citoyen et à l'appliquer!

« Chaque société a la mort qu'elle mérite »

Louis-Vincent Thomas

Conclusion

Le problème essentiel reste celui de la formation des médecins et des soignants, et chaque cas d'euthanasie donnant lieu à un procès actuellement traduit le plus souvent l'incompétence du médecin ou du soignant face à l'accompagnement en fin de vie, en particulier lorsque celle-ci est douloureuse