

La médecine face à la fin de vie

Zouheir Jerbi MD

Professeur Réanimation Médicale

Faculté de médecine de Tunis

Zouheir.jerbi@rns.tn

Zouheir.jerbi@aturea.org

Fin de vie

Fin de vie concept ambigu:

- Dernières heures de l'agonie
- Dernières semaines de la phase terminale d'un cancer
- Phase terminale d'une pathologie chronique
- Fin de vie réelle dans son déroulement mais imprévisible dans sa durée (maladie neurologique)
- La « très grande » vieillesse

vécu, approche, gestion....

Maladie incurable: sans aucune alternative
thérapeutique
Situation insupportable pour le patient

Conditions

- Demande explicite du patient/ directives anticipées
- Personne de confiance
Demande de la famille
- Souffrance sans espoir d'amélioration
- Aucune alternative raisonnable
- Un patient informé
- Un avis indépendant (Support Consultation Euthanasia N Hollande, Life End Information Forum Belgique)
- Traçabilité des décisions
- Une bonne communication entre les membres de l'équipe soignante et les proches

- **Respect de la vie**Obstination déraisonnable

« acharnement thérapeutique »

Médecin a peur d'être accusé de ne pas avoir tout fait pour soigner son patient.

- **Dignité de la personne**

Difficultés au laisser mourir

- 1/ A partir de quel moment ou de quel seuil un traitement devient acharnement thérapeutique?
- 2/ Identifier les obstacles à la prise de conscience du problème éthique
- 3/ Ne pas se réfugier derrière un geste technique inutile ou un avis concernant une défaillance d'organe sans tenir compte de la personne dans son ensemble
- 4/ Ne pas agir seul
- 5/ Ne pas agir dans le secret
- 6/ Ne pas agir dans l'urgence: recueillir toutes les informations

Les pratiques

1/ Soins palliatifs

2/ Pratiques euthanasiques

- Limitation des soins/ arrêt des soins LATA
- Suicide assisté
- Euthanasie

Soins palliatifs: OMS 2005

- DÉFINITION:

- Les soins palliatifs concernent **les soins globaux** des patients dont la maladie ne répond plus aux traitements actifs
- Le contrôle de la douleur et des autres symptômes, les problèmes **psychologiques, sociaux et spirituels** sont des priorités dans la distribution des soins
- Le but des soins palliatifs est d'offrir la meilleure qualité de vie pour les patients et leurs familles

OMS

- Les soins palliatifs
 - Concernent la vie
 - le mourir est un processus normal
 - **Ne hâtent ni ne retardent la mort**
 - Soulagent la douleur et les autres symptômes
 - **la souffrance rédemptrice**
 - Intègrent les dimensions psychologiques et spirituelles (approche globale)

OMS 2005

- Les soins palliatifs
 - Offrent un système de support de façon à permettre aux *individus* de vivre leur vie jusqu'à la mort
 - Offrent un système de support à la *famille* afin de l'aider à composer avec la réalité de la personne malade

Soins palliatifs cancer stade terminal

Toutes les spécialités : Insuffisance cardiaque,
insuffisance respiratoire, cirrhose hépatique...

La médecine curative / les soins palliatifs

Une formation pour une compétence en soins palliatifs

Loi française 9 juin 1999

Garantie **le droit d'accès aux soins palliatifs**

« Des soins actifs et continus pratiqués par une **équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile**. Ils visent à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Notion de « double effet »

Effet antalgique/effet mortel des antalgiques

Loi Clays-Leonetti mai 2015:

« Administration d'une sédation profonde à la demande du malade pour qu'il puisse finir sa vie dans un état de sommeil apaisé »

Limitation et arrêt des soins LATA

Limitation: non admission en soins intensifs

Limitation: ne pas escalader, intensifier un traitement en cours (augmenter la FiO_2 , les doses de certains médicaments)et/ou ne pas introduire une nouvelle thérapeutique (EER.....)

Arrêt des soins: c'est l'arrêt des traitements actifs

Nutrition et hydratation?

Limitation et arrêt sont-ils éthiquement différents?*

Limitation: laisser mourir

Arrêt: activer/ provoquer la mort

1/acte: (éthique déontologique) limitation: Omission

Arrêt: Action

2/ conséquences (éthique utilitaire)

Même conséquence: pas de différence pour le patient

Mais: pour l'équipe soignante et les proches?

3/motif est le même

4/ situation (éthique casuistique) limitation : pronostic moins sûr, moins de temps pour réfléchir et discuter la question, une expectative qui peut durer (arrêt perçu comme un manquement à une parole ou une rupture de contrat : Équipe soignante / patient et les proches)

* Melltorp G. Intensive Care Med (1997) 23: 1264-1267

Suicide assisté PAS

Suicide assisté: (PAS) le médecin fait une ordonnance d'un médicament ou fournit le médicament que le patient prend seul ou se fait aider par un tiers

USA: 5 états Oregon, Montana, Washington, Vermont, California)

Suisse

Pays ayant légalisé l'euthanasie

euthanasie

Euthanasie: mettre fin à la vie par un membre d'une équipe soignante (médecin) à la demande explicite d'un patient. Injection de barbituriques ou de benzodiazépines à fortes doses et un curare

L'euthanasie permet à un patient de mettre fin à sa vie après avoir épuisé tous les traitements curatifs et les soins palliatifs disponibles.

Hollande, Belgique, Luxembourg, Colombie et Canada

« Euthanasie Involontaire » Fin de vie sans demande explicite du patient (incapable d'exprimer sa volonté)

Dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont légalisés , ils représentent 0,3 à 4,6% des décès.

70% sont des patients cancéreux*

6 à 11% maladie dégénérative neurologique

4% respiratoire

4% cardio-vasculaire

Motif 33% - 50% douleur

52_ 61% Perte de l'autonomie , perte de la dignité, de moins en moins capable de vivre normalement

*Ezekiel j, Emmanuel. JAMA. 2016;316(1):79-90

Délai d'attente:

USA: 2 demandes orales à 15j d'intervalle et 48H d'attente après la dernière demande.

Canada: 10J

Belgique: 30j pour les patients qui ne sont pas au stade terminal

Colombie: Accord préalable d'un comité

Pas d'examen psychiatrique, les praticiens ont recours à un psychiatre comme consultant ou pour un 2^{ème} avis

Table 1. Definitions of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide

Predominant Term in Ethics	Predominant Term in Research ⁷	Definition
Voluntary active euthanasia	Euthanasia	When a person (generally a physician) administers a medication, such as a sedative and neuromuscular relaxant, to intentionally end a patient's life with the mentally competent patient's explicit request
Involuntary active euthanasia	Ending a life without explicit patient request	When a physician or someone else administers a medication, such as sedative and neuromuscular relaxant, or other intervention, to intentionally end a patient's life but without the mentally competent patient's request
Nonvoluntary active euthanasia	Ending a life without explicit patient request	When a physician or someone else administers a medication, such as sedative and neuromuscular relaxant, or other intervention, to intentionally end a patient's life with a noncompetent patient who could not give informed consent because the patient is a child or has Alzheimer disease or other condition that compromises decision-making capacity
Physician-assisted suicide or physician-assisted death	Physician-assisted suicide	When the physician provides medication or a prescription to a patient at his or her explicit request with the understanding that the patient intends to use the medications to end his or her life

Pratiques euthanasiques

- le respect de la vie/ le mourir dignement
- Le laisser « mal mourir » intervenir pour « le bien mourir »

la fin de vie échec de la médecine?

La médecine intervient pour abrégé son malaise?

LATA

Suicide assisté

Objectif: accélérer la mort

Malaise de la communauté médicale et la société toute
entière vis-à-vis de l'interdit.

Hypocrisie

Pratiques euthanasiques*

- Franchir l'interdit
 - Risque de glissement avec dérapage (slippery slop)
 - Impact sur la représentation sociétale de la maladie, de l'handicape et même de la vieillesse
-
- * Didier Sicard. L'éthique médicale et la bioéthique
 - puf 2015