

LA VIE ET LA MORT

Pr GRIMAUD

Tut' rentrée 2016 – UE 7 SSH -- Éthique



L'Anatomie est supérieure à la SSH

I/ Définitions

La morale : impose de faire le bien = impérative, normative, récompense ou sanctionne

La déontologie : code de bonne conduite, définit les rapports des individus entre eux (malades, confrères, société)

L'éthique : réflexion sur les valeurs humaines (la vie, la personne, la liberté, le secret etc).

Propose de choisir la meilleure des voies possibles → **fruit d'une réflexion collective et individuelle**

I/ Définitions

L'éthique :

- À la base de la morale : **éthique fondatrice=fondamentale**
- Permet l'application de la morale : **éthique pratique**

I/ Définitions

La bioéthique : éthique des sciences de la vie

✓ **Essaie de concilier :**

- Les valeurs que se donne une société qui forme le « vivre ensemble »
- Le progrès médical et scientifique
- Les attentes individuelles (issues parfois de situations douloureuses)

✓ **Évolutive dans le temps et dans l'Histoire**

I/ Définitions

La bioéthique : éthique des sciences de la vie

- ✓ Repose sur une **réflexion individuelle et collective** ainsi que des règles et des lois répondant à des équilibres en constante évolution
- ✓ **Repose sur 4 principes fondamentaux +++ :**
 - **Autonomie** du sujet (recherche du consentement etc)
 - Principe de **bienfaisance**
 - Principe de **non malfeasance**
 - Recherche de l'**équité** (justice distributive et démocratie sanitaire)

II/ Les fondements de l'éthique médicale

- **Connaissance approfondie des faits = la rigueur**
- **La recherche et le respect de la dignité humaine**
- **L'altérité**
- **Obligation de compétence** et d'actualisation des connaissances scientifiques et techniques
- **L'attention à l'autre** → démarche active

III/ La dignité

❖ Sens ontologique = fondamental

Intangible et inconditionnel, **rien que le fait d'être homme fait que je suis digne.**

→ Préambule de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948)

❖ Dignité élégance

Le fait que l'Homme **épargne à autrui le spectacle de ses maux**, sa vulnérabilité = dignité- décence

❖ Dignité synonyme de liberté ?

→ Révolution française 1789, contexte de **revendication** :
ma dignité au même titre que je revendique ma liberté et mes droits.

III/ La dignité

❖ En bioéthique

Indisponibilité du corps humain.

- On ne peut pas en faire n'importe quoi → réglementation des prélèvements etc.

IV/ Éthique appliquée la science et à la médecine

CCNE = Comité Consultatif National d'Éthique (1983)

- Réunit plusieurs personnes (48) de grand renom : médecins, philosophes, religieux etc.
- Réflexion bioéthique collégiale
- Donne des avis **indicatifs**
- Aiguille la démarche législative

IV/ Éthique appliquée la science et à la médecine

Loi de bioéthique Juillet 2011

- A confirmé des hypothèses avancées pas des lois précédentes
- Modification de la loi de 2004 obéissant à des préoccupations majeures :
 - ✓ Renforcer les principes édictés en 1994
 - ✓ Informer, accompagner, protéger les personnes, surtout vulnérables, et leur entourage
 - ✓ Promouvoir le débat public
 - ✓ Susciter l'adhésion aux principes fondamentaux

IV/ Éthique appliquée la science et à la médecine

Points essentiels de la loi 2011 :

- **Confirmation de l'anonymat pour les dons d'organes, de sperme**
- **Encadrement de l'aide médicale à la procréation : la PMA** (procréation médicalement assistée) doit être pratiquée pour des raisons médicales
- **Interdiction maintenue de la Gestation pour autrui = GPA**
- **Interdiction de la recherche sur l'embryon et cellules souches** (sauf dérogations très spéciales)

IV/ Éthique appliquée la science et à la médecine

Points essentiels de la loi 2011 :

- **Renforcement de l'information et de l'accompagnement** des citoyens (auprès des femmes enceintes pour les anomalies génétiques dont le diag peut être fait en prénatal)
- **Encadrement des techniques d'imageries cérébrales**, devant être réservées à des fonctions médicale, scientifiques et judiciaires
- **Encadrement des neurosciences, « converting technologies »** : domaine de la recherche.
Danger → recherche de l'homme idéal, eugénisme

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

La vie

➤ La vie d'une cellule

Respiration cellulaire (conso O_2 , rejet de $CO_2 + H_2O$)

Métabolisme cellulaire (utilisation de nutriments → fct° et chaleur)

➤ La vie d'un organe

- ✓ Le cœur : organe simple, greffe facile car dépourvu de connexion neuro
- ✓ Le foie : complexe, **potentiel de génération spontanée**
- ✓ Le cerveau : fonction centrale de coordination + spiritualité

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

➤ La vie d'un individu

→ Étapes de la vie organique :

- ✓ **Conception**
- ✓ **Croissance in utero**
- ✓ **Naissance** : sortie et section du cordon ombilical
- ✓ **Croissance** : maturation
- ✓ **Maturité** : arrivée à l'âge adulte
- ✓ **Déclin organique** : à partir de 25-30 ans
- ✓ **Mort organique**

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

La mort

➤ La mort d'une cellule

Caractère réversible de la destruction : cellules se renouvellent et se régénèrent.

Ex : peau, muscle, foie

Caractère définitif : ne se régénèrent pas.

Ex : cellules nerveuses ++

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

→ Différentes formes de morts cellulaires :

✧ Programmée génétiquement = **apoptose**
Objectif → régénération

✧ **Induite** par cytokines, radicaux libres etc.
Attention aux conséquences telles que la défaillance d'organes.

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

➤ La mort d'un organe

= mort d'un ensemble cohérent de cellules constituant l'organe.

✓ **Organes non vitaux** (*appendice, vésicule, bout d'intestin, organes doubles*) → peu de conséquences

✓ **Organes vitaux ou non mais remplaçables** (*tête de fémur, rein, cœur, foie*) → prothèses, greffes..

✓ **Organe vital irremplaçable** = le **cerveau**

Relativité historique à ce jour

V/ Aspects biologiques de la vie et la mort

➤ La mort d'un individu

Avant : le souffle

Définition classique : **L'arrêt cardio-respiratoire (ACR)**

Définition rigoureuse : **La mort cérébrale**

A background image showing a male doctor in a dark blue scrub top with a stethoscope around his neck, shouting with his mouth wide open and hands raised in a gesture of distress or urgency. A female nurse in a white lab coat stands next to him, looking up at him with a concerned expression and her hands raised in a similar gesture. They are in a clinical setting with medical equipment visible in the background.

VI/ La mort cérébrale

—

Prise en charge du donneur et transplantation

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

Mort cérébrale = Mort encéphalique = ME = Coma dépassé
= « Vraie mort »

❖ **Destruction irréversible de toutes les structures de l'encéphale** par arrêt de la perfusion cérébrale

→ **Œdème cérébral**

PIC (pression intracrânienne) > PPC (pression de perfusion cérébrale)

→ **Vasoconstriction cérébrale** = orage neurovégétatif

💣* Si l'arrêt de perfusion dure + de 10min => ME !!

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

Évolution des causes de décès par ME des sujets prélevés ces 10 dernières années

- Causes vasculaires (AVC, hémorragies) : ont augmenté, mais perte de la qualité d'organes
- Traumatismes par accident de la voie publique : ont diminué (mesure de prévention de la sécu routière)
- Anoxie
- Intoxications médicamenteuses
- Autres traumatismes

3000 ME sur 550 000 décès/an = 0,5 %

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

Conditions préalables au prélèvement d'organe

→ Éliminer :

💣 L'hypothermie profonde

💣 Le surdosage médicamenteux (barbituriques, carbamates, OH...)

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

++ Les signes fondamentaux ++

Les 4 signes doivent être présents et persister +++

1) LE COMA PROFOND = ARÉACTIF ET IRRÉVERSIBLE

- **Perte totale de conscience**, absence de mouvements spontanés mais **persistance de l'activité cardiaque**
- **Hypotonie** avec **disparition des réflexes profonds, tendineux, sphinctériens et cutanés**
- Possible persistance de réflexes de libération médullaire

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

2) ABOLITION DE TOUS LES RÉFLEXES DU TC

- Oculocardiaque
- Pharyngés, de toux, de déglutition
- Absence de réponse aux stimuli auditifs, visuels, nociceptifs : **mydriase bilatérale** (*parfois pupilles intermédiaires*)

3) DISPARITION DE LA VENTILATION SPONTANÉE (essentiel)

4) EEG= ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME PLAT

VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

LE CŒUR BAT ET LE SUJET EST CHAUD !



VI/ 1) Diagnostic de la mort cérébrale

Mort cérébrale VS coma végétatif

Signes	ME	Coma végétatif
Circulation cérébrale	arrêtée	normale
Ventilation	artificielle	spontanée
Fonction cardio-circulatoire	Très instable	stable
Troubles métaboliques et thermiques	oui	non

- Signes communs : absence de vie de relation, perte totale d'autonomie

VI/ 2) Prise en charge du donneur d'organes en réanimation

Complications rencontrées chez un donneur en ME :

- Hypotension artérielle
 - Diabète insipide
 - Problèmes de coagulation
 - Troubles cardiaques = arythmies
 - Œdème pulmonaire
 - Acidose métabolique
- 💣* Instabilité physiologique → arrêt cardiaque en moins de 12 à 48h dans tous les cas, organisation et prise en charge urgente.

VI/ 2) Prise en charge du donneur d'organes en réanimation

Complications rencontrées chez un donneur en ME :

5 défis pour garder des organes de qualité ++

- ✓ **Hémodynamique**
- ✓ **Métabolique**
- ✓ **Respiratoire**
- ✓ **Hémostase**
- ✓ **Contrôle infection**

VI/ 3) Organisation et résultats des prélèvements et greffes en France

Evolution de l'organisation française

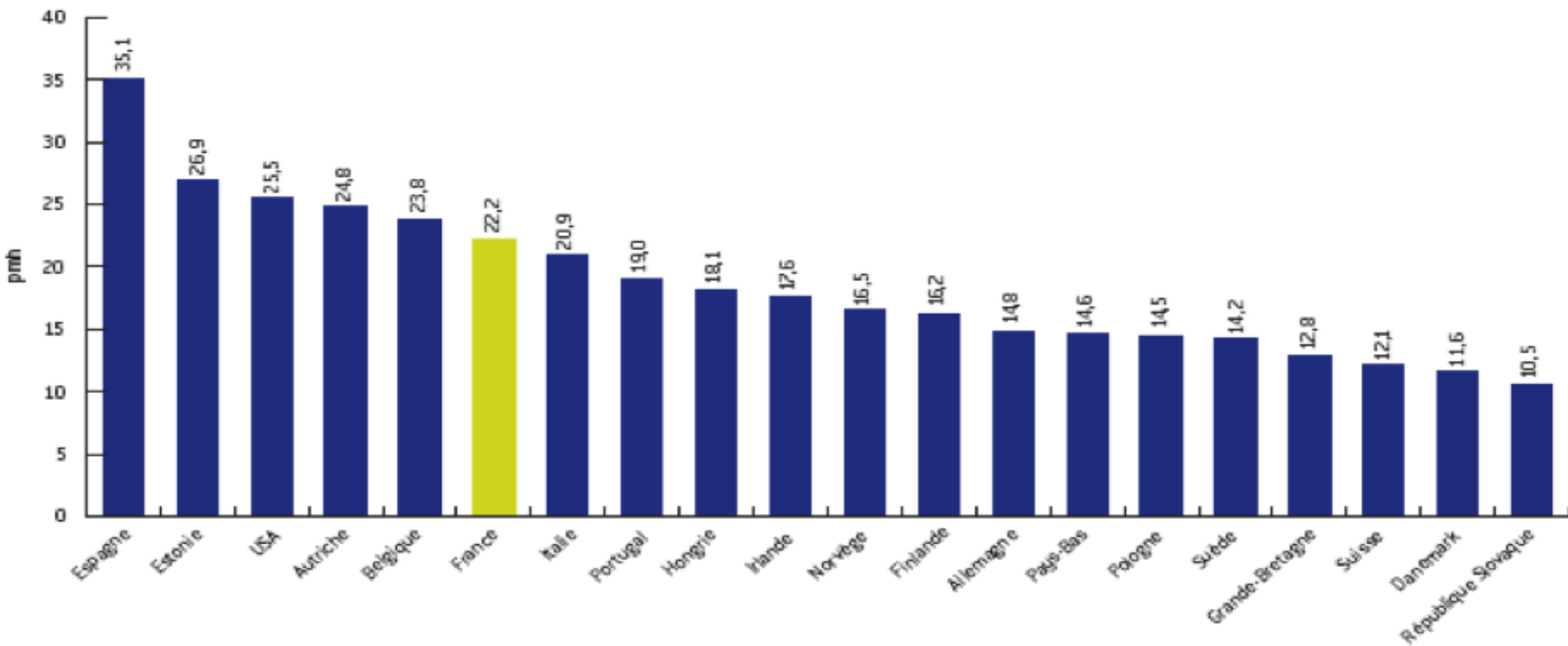
1969 : France Transplant, statut d'association régie par des privés

1994 : EFG = Établissement français des greffes, public et régi par le ministère (organe, tissus, os, moelle, cellules)

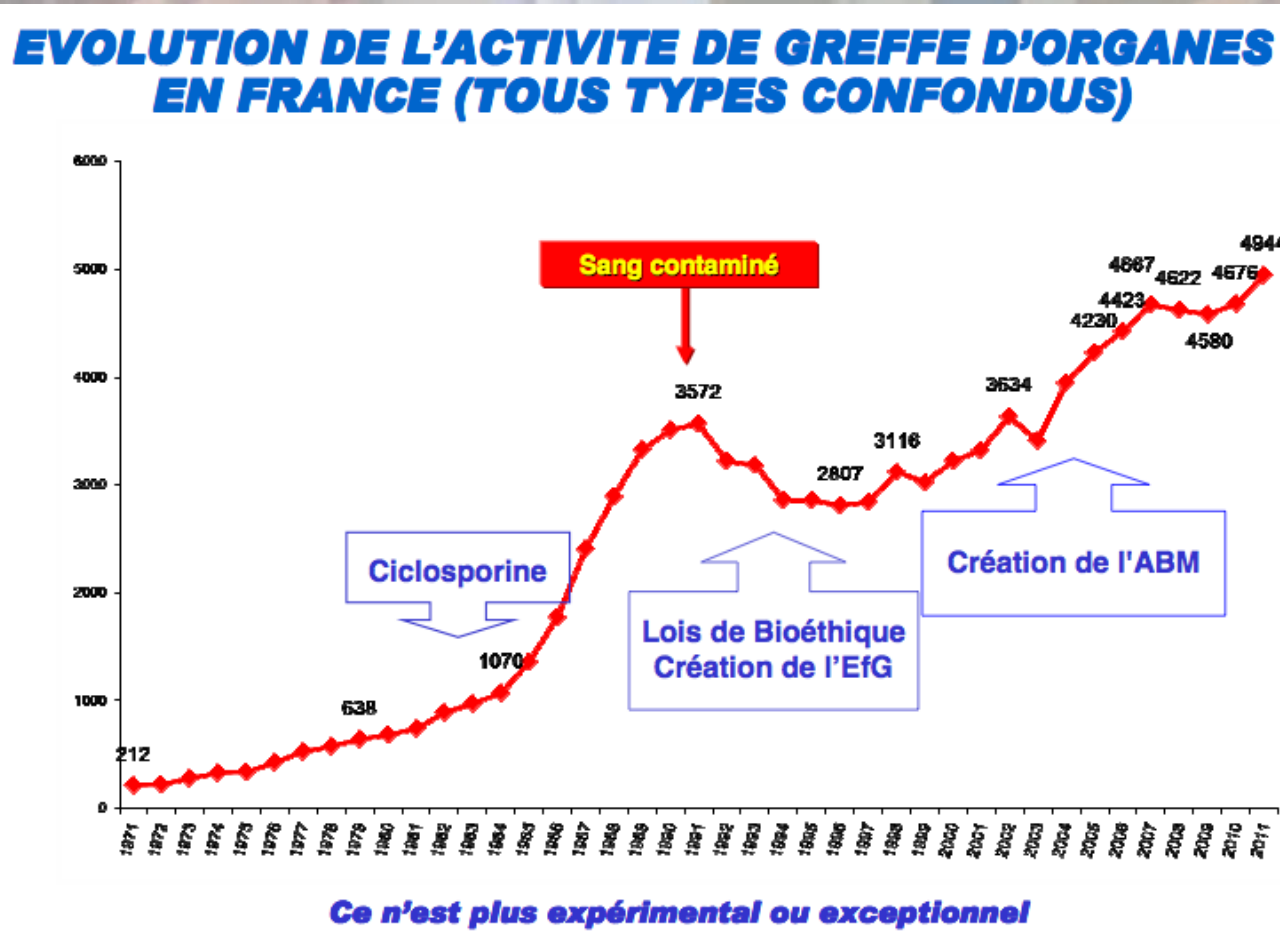
2004 : **Agence de biomédecine**, publique régie par le ministère (+procréation, embryo, génétique)

VI/ 3) Organisation et résultats des prélèvements et greffes en France

Taux de donneurs prélevés par millions dans les différents pays du monde



VI/ 3) Organisation et résultats des prélèvements et greffes en France



Aujourd'hui : **5500 greffes/an**

VI/ 3) Organisation et résultats des prélèvements et greffes en France

Répartition des greffes

Rein (60%) > Foie (24%) > Cœur > Poumon > Pancréas

- La survie après une greffe de rein est de 90% à 5 ans, la survie moyenne à un an pour toutes greffes confondues est de 80%.
- L'évolution de l'activité des greffes est restée à peu près la même au cours de ses dernières années.
- Le nombre de donneurs a augmenté surtout grâce au donneur vivant.

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Principes fondamentaux des lois de Bioéthique (1994-2004-2011) +++

- ✓ **Inviolabilité du corps humain** (sauf désir particulier du malade = don de son corps à la science)
- ✓ **Absence de droit patrimonial** : corps humain n'appartient ni à la personne, ni à la famille.
- ✓ **Gratuité** du don et de la greffe
- ✓ **Anonymat** du donneur et de sa famille
- ✓ **Interdiction de publicité**
- ✓ Principe d'équité
- ✓ **Sécurité sanitaire** (biovigilance)

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Prélèvements à partir d'un donneur décédé

- Diagnostic clinique et constat de mort cérébral par 2 médecins + 2 EEG ou une angiographie
- **Consentement présumé pour les adultes seulement ++**
« Qui ne dit mot, consent »
En France, en Espagne, au RU, en Suède, en Italie.
- **Le refus peut être exprimé :**
 - Enregistrement sur un Registre (informatique) National des Refus (Agence de Biomédecine)
 - Opposition écrite sur un papier porté par le sujet
 - Information orale donnée à sa famille

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Le consentement présumé **s'oppose** au **consentement express**

→ il faut dire que l'on est d'accord, sinon on considère que la personne refuse le don.

Dépend du contexte culturel, moins efficace.

En Allemagne, Hollande, Suisse.

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Contre-indications absolues aux prélèvements

- ☒ **Positivité d'un séro-diagnostique viral** : VIH 1 et 2, HTLV1, hépatites B et C, syphilis
- ☒ **Choc septique**
- ☒ **Néoplasie**
- ☒ **Suspicion d'un Creutzfeld-Jakob**

L'âge n'est pas une limite !!

Notion d'organe limite ou de receveur limite = corrélér l'âge du donneur et du receveur

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Législation Française

Autorisation pour prélèvements et greffes donnée par le ministère aux :

- **CHU**
- **Établissements accrédités**

(Avec obligation de gratuité absolue !)

VI/ 4) Aspects réglementaires éthiques et religieux

Position des religions

- ✓ Chrétienté
- ✓ Judaïsme
- ✓ Bouddhisme
- ✓ Le Shintoïsme

Ne reconnaît pas la notion de ME (l'âme continue d'habiter le corps après la mort pdt 1 ou 2 mois) → les + réticents

- ✓ L'Islam

Réclame l'accord préalable du donneur

→ Pas de consensus général mais **tendances favorables**.
Ce qui prime dans toutes ces religions c'est **l'acte de générosité et de solidarité sociale**.

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Évolution de la part de l'opposition aux prélèvements en France

Depuis 10 ans, même **taux d'opposition = 30%** et même taux d'autorisation

→ Fixité d'une attitude sociale et éthique.

Pénurie d'organes

- Temps moyen d'attente est de 3 à 5 ans.
- 80 000 reins greffés en 2010 = seulement 10% des besoins estimés, et la demande s'accroît.

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Causes :

- Augmentation des indications due au vieillissement de la pop
- Nbr de donneurs vivants insuffisant
- Baisse de la traumatologie routière
- Stagnation des refus ++

Une des réactions très dure sur le plan social est le trafic et tourisme de greffes = 10% des transplantations mondiales

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Acceptation ou refus de prélèvements :

❖ Drame à triple détente :

1/ Annonce de l'accident

2/ de la mort

3/ demande de prélèvement

→ **désacralisation de la mort**, l'organe prend le pas sur le mort, aspect « utilitaire » du diagnostic de la mort.

❖ Incompréhensions : de la ME (le cœur bat tjrs), tabous sur la mort, l'intégrité corporelle, l'appartenance familiale ou sociale du corps.

Médiatisation du trafic d'organes et tourisme de greffes

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Les solutions à la pénurie

➤ Les bonnes : officielles et réglementaires

- Développer l'**informations** aux citoyens
- Développer les **donneurs vivants**
- Notion de **donneur limite-receveur limite**
- Prélèvements sur **morts à cœur arrêté**
- Carte européenne de donneur (Bruxelles mai 2007)
- Xénogreffes
- Thérapies cellulaires...

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Prélèvements sur donneurs vivants consentant :

Loi du 6 août 2004

- ✓ Que les personnes **majeurs et capables**
- ✓ Sur père/mère/fratrie
- ✓ Finalité : **intérêt thérapeutique du receveur et évaluation du rapport bénéfice/risque**
- ✓ **Consentement** du donneur exprimé devant le président du Tribunal de Grande Instance (sauf urgence)

→ **Problèmes éthiques** : principe d'anonymat, pression familiale, avantage en nature, culpabilité du receveur etc.

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

➤ Les mauvaises : Trafic d'organes et tourisme de greffes = solutions commerciales

1984 : ventes d'organes interdites aux US et en Europe

Trafic énorme en Israël, Pakistan, Asie, Inde...

Chine ++ 2^{ème} rang mondial des greffes, notion de ME peu développée = pbs culturels et religieux.

→ 2007 : loi interdit le commerce en Chine

VI/ 5) Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Problèmes médicaux et éthiques :

- **Sécurité sanitaire**, traçabilité des organes, compatibilité immunologique, risques de transmission d'agents pathogènes etc.
- Suivi des « touristes de greffes » = frais de sécu sociale pour leur pays
- **Problème du consentement**
- +++ **Inégalité des chances face à la santé**, pauvres peuvent ou doivent pourvoir à la santé des riches, propriété du corps et des organes.

VII/ Aspects psychologiques de la mort

Vie = Relation

→ Les différentes étapes de la vie de relation se superposent aux étapes de la vie organique

- ❖ L'harmonie de la vie réside dans l'harmonie de cette relation.
- ❖ Si rupture dans cette harmonie ou dans la relation elle-même :
 - ✓ Déséquilibre (compensé ou non)
 - ✓ Maladie psychosomatique ou psychologique
 - ✓ Suicide = prise de conscience aiguë du déséquilibre ; désir de mort mais plutôt et surtout, désir de changer de vie ++

VII/ Aspects psychologiques de la mort

Psychologie de la mort d'une partie d'un individu, d'un organe :

- Perte d'un fœtus pour la mère
- Amputation d'un sein (cancer)
- Ablation et remplacement d'un organe (« important »)

VII/ Aspects psychologiques de la mort

Psychologie de l'individu mourant :

5 étapes psychologiques de l'individu mourant par Elisabeth Kübbler-Ross +++++

1^{ère} étape : Refus/Déni, Isolement

2^{ème} étape : Révolte et colère

3^{ème} étape : Marchandage, négociation

4^{ème} étape : Dépression, désolation

5^{ème} étape : Acceptation

Période
d'espoir

À connaître par cœur 😊



VII/ Aspects psychologiques de la mort

Expérience de mort imminente et hallucination délirante

	Hallucination délirante	EMI
Humeur	perturbé	normal
Stress	présent	absent
Orientation	désorienté	normale
Conscience	altérée	normale
Indice hallucinatoire	présent	absent
Conviction de la réalité	oui	oui
Personnage halluciné	vivant	décédé
Lieux	terrestre	autre monde
Intentions des apparitions	menaçantes	accueillantes
Durée de l'apparition	longue	brève
Aspect de l'apparition	menaçant	beau, extraordinaire
Emotions dégagées	peur, angoisse	quiétude, sérénité

VII/ Aspects psychologiques de la mort

Expérience de mort imminente et hallucination délirante

Le livre tibétain des morts (XIVème siècle) → description de l'EMI

= conception du bouddhisme tantrique de l'agonie, du passage de la mort et du **voyage post-mortem** ;

3 bardos (=états de conscience post-mortem) :

- mort = dissolution de la conscience ordinaire
- expérience de la réalité
- recherche de la renaissance

VII/ Aspects psychologiques de la mort

Dynamique de la mort individuelle et collective

→ accompagnement du mourant, relation à l'autre dans la mort.

✓ **Nécessité déontologique et éthique**

✓ **Socio-économique** = on ne meurt plus à la maison

- abandon par la famille de la charge du vieillard ou du malade

- les femmes travaillent

- vieillissement démographique : les grands vieillards ont des enfants déjà vieux

- frais financiers énormes pour le maintien à domicile

✓ **Psychosociale**

✓ **Humaine et spirituelle**

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

= acharnement thérapeutique

Quelles situations ?

✧ En réanimation

- Techniques lourdes au long cours
- Urgences (SAMU/SMUR), les risques :
 - Maladie inconnue (stade terminal ?)
 - Temps d'anoxie ?

✧ Évolution terminale de certaines maladies (cancer, SIDA)

✧ Gérontologie

✧ Néonatalogie

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Limitation et arrêt des soins en réa

a) Refus d'admission en réa : (7 à 63%)

- Malades pas assez graves
- Malades trop graves
- Les patients ne correspondant pas aux impératifs organisationnels locaux ou du moment

NB : 3 services différents : **surveillance continue, soins intensifs, réanimation.**

→ Service adapté à la patho du patient, choix de l'orientation par les médecins selon leur impression et les critères cliniques.

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Limitation et arrêt des soins en réa

Pronostic = temps de l'acte médical le plus difficile ++

→ un patient n'a pas d'existence statistique, il n'existe aucune certitude !

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Limitation et arrêt des soins en réa

b) Refus ou arrêt du traitement

Patient : avis prépondérant (quand il peut l'exprimer), sinon
Famille + équipe soignante → Cf Léonetti

c) Refus de collégialité

→ mauvaises décisions !

La **collégialité** inclus la famille, les patients, les médecins, les soignants, la personne de confiance : **OBLIGATOIRE** <3

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Limitation et arrêt des soins en réa

d) Soins palliatifs et réanimation

- **Soins palliatifs** : prise en charge **globale** sur le plan physique et psychique lors de la phase terminale.

Technicité du service relativement faible.

- **Service de réa** : prise en charge physique lorsqu'il y a un potentiel de récupération.

Technicité énorme.

→ pôles opposés de + en + complémentaires ☺

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Qui peut décider ?

La société

- Fixe des normes (= lois qui renvoient à la relation médecin/malade), une ligne de conduite générale d'après les lois Kouchner, Léonetti, et la dernière de bioéthique.
- ne peuvent **pas résoudre des problèmes à l'échelle individuelle**, c'est à l'**éthique** de venir adapter ces lois à l'individu !

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Qui peut décider ?

Le malade, la famille

- Problème de l'**affectivité**
- Attention aux **motivations** morales, économiques (héritage..), religieuses
- Recherche du **consentement éclairé** par l'information complète donnée par le médecin
- **Aptitude physique ou mentale à décider**

Parfois décisions prises en « **connaissance de cause** » → possibilité d'exercer leur autonomie totale car elle est juste ! ++

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Qui peut décider ?

Le médecin

Pas de pouvoir personnel absolu !

(ses motivations varient selon de nbrx critères)

→ COLLÉGIALITÉ +++

→ Il faut arriver à un consensus.

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Soins palliatifs

- **Soins actifs** dans un contexte d'approche globale du patient : somatique et psychique.
- Ne concerne **que 20% des patients mourants** à ce jour : inégalité éthique des soins, s'opposant à la notion de démocratie sanitaire (Kouchner, 2002) → insuffisant

NB : d'après une enquête INED (Institut National des Etudes Démographiques), plus l'individu est précaire, moins on s'occupe correctement de sa mort.

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Obstination déraisonnable

= recours à des **soins inutiles et disproportionnés** par rapport à un état clinique donné au maintien de la vie **dans des conditions insupportables** et au **refus de tenir compte de l'avis du malade**.

Concerne les mesures thérapeutiques et diagnostic ++

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Directives anticipées

- ✓ **Expression de la volonté du patient**, en toute conscience pour le moment où il sera en fin de vie et hors d'état d'exprimer sa volonté
- ✓ Valables 3 ans et révocables
- ✓ Pas de caractère impératif à ce jour
- ✓ Suivies par **10%** de la pop

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Personne de confiance

- Désignation révocable par écrit non obligatoire d'un **témoin porteur de la parole et des souhaits du patient** concernant la poursuite éventuelle des soins (famille ou non, voire médecin traitant)

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Euthanasie = « bonne mort »

Geste actif entraînant la mort d'un patient (selon son souhait ou non, exprimé ou non) commis par un soignant.

→ Belgique, Pays-Bas, Luxembourg l'ont dépénalisée.

- Active : injection d'une ampoule de chlorure de potassium, ou gros bolus de barbiturique (**injection létal**) Interdit en France !
- Passive : « **laisser mourir** », d'une mort naturelle, expression ambiguë. (on peut aider en soulageant la douleur)

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Suicide assisté

Le patient **s'auto administre la potion létale** fournie par un tiers (soignant)

→ En France, le suicide n'est pas pénalisable mais la provocation au suicide est un délit (non assistance à personne en danger).

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Sédation ++

Administration de médicament en IV ou per os qui ont un **effet sédatif et analgésique**.

➤ Sédation terminale

Notion de double effet = les analgésiques (morphiniques) soulage la douleur et ont comme effet secondaire l'arrêt respiratoire.

Le problème est l'intention du prescripteur : veut-il accompagner la mort naturelle ou accélérer la mort ?

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

➤ Sédation en phase terminale = sédation palliative

Utilisation d'une drogue mais avec l'intention d'accompagner le malade dans sa phase terminale naturelle en le soulageant.

➤ Sédation profonde continue

Pour les malades en phase terminale, elle donne le droit aux malades de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir (*ne change pas vraiment des autres définitions..*)

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Les termes du débat sur la fin de vie

Agonie

- À partir de quand le malade est agonique dans un processus de mort ?
- Comment ?
- Quel vécu ? par la famille, le malade
- ✓ **Agonies « utiles »** : permet de se retrouver avec soi-même, la famille..
- ✓ **=/= Agonies longues, douloureuses**, dans l'angoisse, le conflit familial etc

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie =
Loi Léonetti

Patient en fin de vie & conscient

- **Respect de la volonté** du patient après l'avoir **informé** de la conséquence de l'arrêt des traitements
- **Assurer sa dignité**

Patient en fin de vie & inconscient

- Décision médicale doit faire suite à une **discussion médicale transparente et collégiale**
- Avis de la **personne de confiance**
- Tenir compte des **directives anticipées**

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie =
Loi Léonetti

Patient n'est pas en fin de vie & conscient

- Tout mettre en œuvre pour **convaincre** de continuer le traitement
- Après délai raisonnable, tenir compte de **l'avis du malade**, arrêter les trt de **façon collégiale**, digne, après avis de la personne de confiance

Patient n'est pas en fin de vie & inconscient

- Décision de l'arrêt ou limitation des trt est **collégiale**, avis de la famille et de la personne de confiance, **transparence...**
- Tenir compte des **directives anticipées**

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie =
Loi Léonetti

→ toutes les décisions sont consignées dans le dossier
médical 😊 ++

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Principe de base de la loi Léonetti

- ✓ Lutter contre l'acharnement thérapeutique et diagnostic
- ✓ Contexte de sérénité
- ✓ Transparence, collégialité
- ✓ Prise en charge globale
- ✓ Garantir les **bonnes pratiques médicales** (analgésie)
- ✓ Améliorer la relation de **confiance**
- ✓ La responsabilité est celle du médecin sénior ++



VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Principe de base de la loi Léonetti

💣* Loi mal connue et mal appliquée ☹️

Attention : cette loi **refuse la légalisation d'un droit à la mort !!**

→ Questionnement éthique fondé sur l'interdit de tuer.

VIII/ Fin de vie – Obstination déraisonnable

Principe de base de la loi Léonetti

Etude de fin de vie en France = INED

- Le patient lui-même demande très rarement l'euthanasie
- Concernant le malade inconscient : dans 65% des cas, le médecin a pris sa décision tout seul ☹
- Concernant le malade conscient : dans 20% des cas la décision de l'arrêt des trt est décidée sans avis du malade...

En conclusion : **non respect de l'autonomie du patient, de sa parole et des ses directives anticipées.**

A photograph of two people, a man and a woman, sitting at a table in a casual dining setting. The man, on the left, is wearing a light green short-sleeved shirt and is smiling broadly, looking towards the woman. The woman, on the right, is wearing a light blue long-sleeved shirt and is also smiling, looking slightly away from the camera. They are both looking at each other. In the background, other people are seated at tables, and the environment appears to be a bright, indoor space. On the table in the foreground, there is a bottle of Heinz Tomato Ketchup and a plate with food.

FIN DU COURS !

Et maintenant ...

Instant QCMs

QCM 1

Concernant la morale, la déontologie, l'éthique :

- A) La déontologie est un code de bonne conduite, elle est impérative et normative, récompense ou sanctionne
- B) La déontologie est synonyme d'éthique
- C) La morale est une réflexion reposant sur les valeurs humaines essentielles, comme la liberté
- D) Ce sont les réflexions éthiques qui sont à la base des règles morales
- E) Toutes les réponses sont fausses

QCM 1 D

Concernant la morale, la déontologie, l'éthique :

A) Faux : la fin concerne la morale

B) Faux : 2 notions à distinguer !

C) Faux : c'est la définition de l'éthique

D) Vrai :)

E) Faux

QCM 2

Concernant la mort encéphalique :

- A) Elle correspond à la destruction réversible de toutes les structures de l'encéphale par arrêt de la perfusion cérébrale
- B) Elle est définie par 4 signes fondamentaux qui doivent être présents et persister
- C) La ventilation spontanée est conservée
- D) Le cœur bat et le patient est « chaud »
- E) Toutes les réponses sont fausses

QCM 2 BD

Concernant la mort encéphalique :

A) Faux : IRREVERSIBLE

B) Vrai : +++

C) Faux : c'est un des signes fondamentaux : abolition de la respi spontanée

D) Vrai

E) Faux

QCM 3

Concernant la psychologie de l'individu mourant, quelles sont les étapes qui entrent dans « la période d'espoir » après l'annonce du diagnostic au patient ? :

A) Le marchandage

B) La colère

C) L'acceptation

D) Le déni

E) La dépression

QCM 3 ABD

Concernant la psychologie de l'individu mourant, quelles sont les étapes qui entrent dans « la période d'espoir » après l'annonce du diagnostic au patient ? :

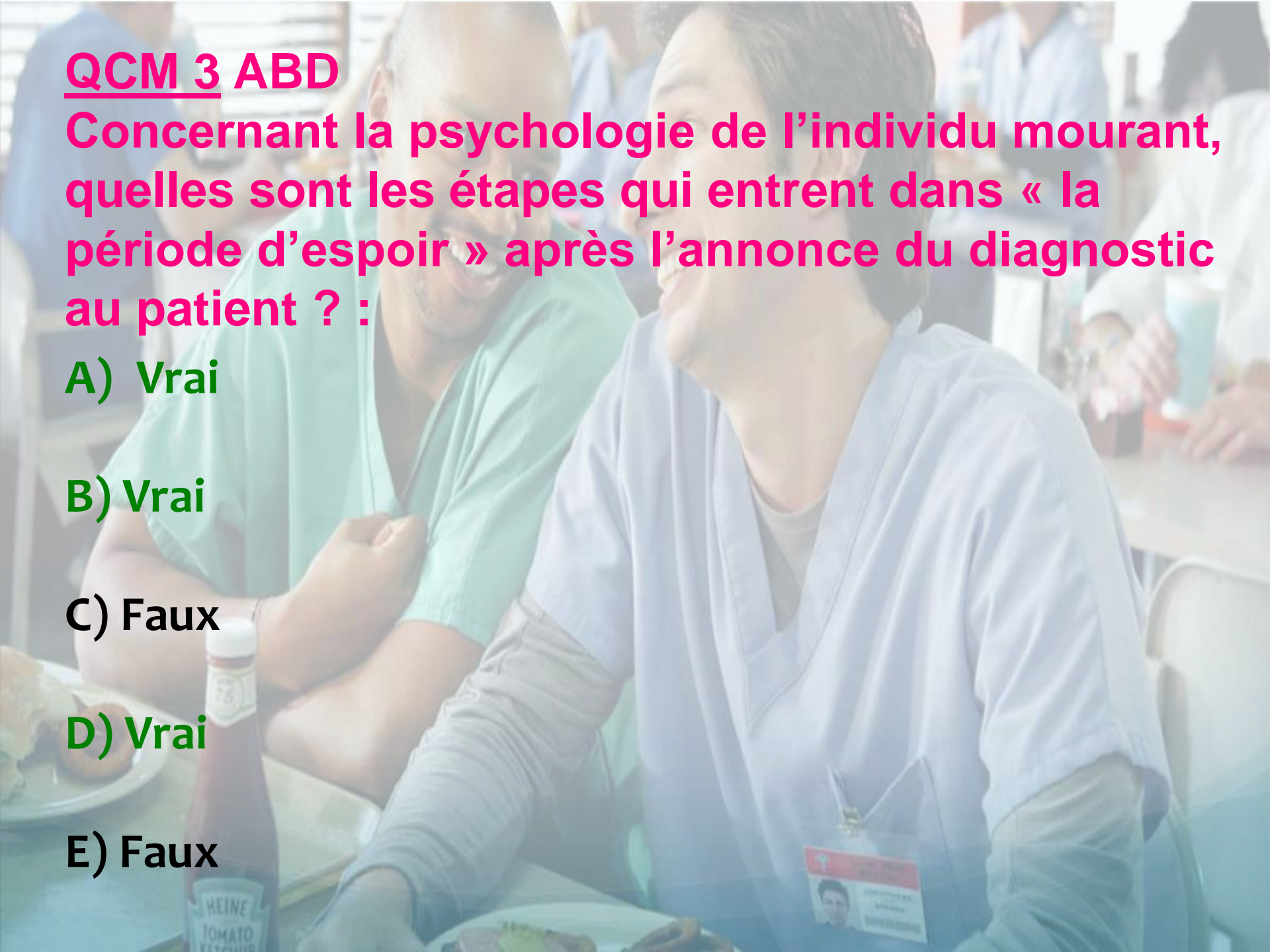
A) Vrai

B) Vrai

C) Faux

D) Vrai

E) Faux



FIN !!!! 😊

Merci de votre attention, et bon courage pour les révisions !

Et soyez prêts pour le CCB du 16 janvier !

Et surtout, n'oubliez pas que la BDR est la meilleure matière !

