

ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA VIE ET À LA MORT

I) Définitions de base

1) La morale

Ensemble de règles dictées par une foi, une philosophie, ou la société imposant de faire le Bien

Elle est :

- Impérative et normative : elle est à l'origine de lois
- Immuable et plurielle : elle ne bouge pas et varie selon les cultures
- gratifiante ou punitive

2) La déontologie

Code de bonne conduite entre professionnel

Elle est présente dans toutes les professions

En médecine elle régule les relations du médecin avec les patients, ses confrères et la société

3) L'éthique

Réflexion sur les valeurs humaines universelles

Elle concerne toutes les professions

Elle donne des suggestions : elle cherche la meilleure façon de résoudre un problème.

Il existe 2 types d'éthique

- **L'éthique fondamentale** : Réflexion cherchant à faire le mieux possible. Elle est à la base de la morale

- **L'éthique pratique** : réflexion venant après la morale et qui permet de l'appliquer à un cas particulier. Interprétation de la morale selon la personne et la situation

4) La Bioéthique

Ethique appliquée aux Sciences de la Vie

Elle tente de concilier les valeurs de la société, société qui veut vivre ensemble

Elle évolue en fonction des avancées médicales du temps, de la géographie et de la modification de la société

5) Les 4 grands principes de l'éthique

- **Le Respect de l'autonomie et de la capacité de décision de la personne** : il en découle donc la recherche du consentement avant chaque acte. Amène éthique de la fragilité quand la capacité de décision est altérée. Jusqu'à quand respecter l'autonomie ?
- **La bienfaisance** :
- **La non malfeasance** : ce n'est pas le contraire de la bienveillance mais la volonté de ne pas nuire en faisant l'acte
- **L'équité**

6) Les fondements de l'éthique

- **Connaissance approfondie des faits** : on doit avoir des connaissances pour prendre la décision. Ce qui n'est pas précis n'est pas éthique
- **Altérité** : je reconnais l'autre de par les différences et les ressemblances qu'il a vis-à-vis de moi
- **Dignité de l'être humain** : intégrité physique et psychique doivent être respectées ainsi que la confidentialité. L'égalité des chances doit être présente
- **Obligation de compétence** : ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique. De plus le médecin doit actualiser ses connaissances
- **Attention à l'autre**

II) ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA VIE/MORT

1) Définitions

Définition	DE LA VIE :	DE LA MORT :
D'UNE CELLULE	<p>+Respiration : par consommation d'O₂ et production de déchets</p> <p>+Métabolisme cellulaire : produit l'énergie nécessaire via des substrats</p> <p>Renouvellement cellulaire permet la vie de l'individu</p>	<p>La mort cellulaire permet le renouvellement cellulaire.</p> <p>La mort cellulaire est réversible.</p> <p>Il existe des cellules qui ne peuvent se renouveler</p> <p>C'est la réversibilité de la mort cellulaire qui fait la gravité de la mort de l'organe</p>
D'UN ORGANE	<p>Ils diffèrent selon leur rôle et leur constitution</p> <p>On distingue 3 types d'organes :</p> <p>+Organe simple : comme le cœur qui n'est que muscle avec des cellules nerveuses pour le faire fonctionner</p> <p>+Organe complexe : comme le foie qui est une usine chimique, métabolique et hormonale composé de divers types de cellules</p> <p>Le foie peut régénérer de façon importante permettant son don via donneur vivant</p> <p>+Cerveau : Organe le plus complexe composé de cellules nerveuses qui ne peuvent se renouveler.</p> <p>Tout dommage cérébral est définitif</p>	<p>Mort d'un ensemble cohérent de cellules composant l'organe</p> <p>Il y a divers niveau de gravité :</p> <p>+Mort d'organes non vitaux (organes dispensable ou double): entraîne peu de conséquences</p> <p>+Mort d'organes vitaux remplaçables (tête du fémur, rein, cœur, foie) : prothèse, machine suppléance, greffe pour remplacer l'organe mort</p> <p>+Mort d'organes vitaux irremplaçables (cerveau) : entraîne la mort de l'individu</p>
D'UN INDIVIDU	<p>+Biologique : Réside dans une vie harmonieuse entre les cellules et les organes.</p> <p>Les cellules doivent répondre aux ordres des organes pour permettre la vie</p> <p>+Spirituelle : Via l'âme qui n'a pas de localisation anatomique précise</p>	<p>+Première définition : l'arrêt respiratoire visualisé absence de buée sur miroir rapproché du nez</p> <p>+Définitions actuelles :</p> <p>+ Définition clinique : arrêt cardio-respiratoire</p> <p>+ Mort encéphalique : destruction irréversible de toutes les structures de l'encéphale</p>

2) Etapes de la vie organique d'un individu

+ Conception

+ Vie intra utérine

+ Naissance : l'enfant est considéré comme tel quand le cordon ombilical est coupé : autrement dit quand il est indépendant de sa mère pour se nourrir

+Croissance : maturation de l'individu jusqu'à l'âge de 25 ans

+Déclin : dégradation progressive des facultés de l'individu , les maladies arrivent plus fréquemment

+Mort

Ces étapes posent des problèmes éthiques comme l'avortement.
Durant cette période l'individu est appelé fœtus

3) Apoptose

C'est un mécanisme de mort cellulaire, il en existe 2 formes :

- **Forme positive** : autodestruction de la cellule pour le renouvellement tissulaire
- **Forme nécrotique** : induite par des agents immunosuppresseurs. Créer des atteintes des vaisseaux qui devenant perméable entraîne des atteintes des organes

III) ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA VIE/MORT

1) Développement psychologique de la personne

Il se fait selon **4 facteurs**

- **affection/amour** des parents pour l'enfant = besoin vital initial
- **souffrance** : Conforme à la tradition judéo-chrétienne de notre société , la souffrance nous permet d'évoluer psychologiquement
- **identification positive/négative** : à parent, héros. La comparaison est permanente et permet de se forger sa personnalité.
- **adaptation** : on adapte sa personnalité, son caractère et ses croyances en fonction du milieu dans lequel on évolue

2) Aspect psychologique de la vie

VIE = RELATION à l'objet, à l'environnement, à soi, à l'autre

+Relation à l'environnement : on s'adapte en fonction du contexte historique et géographique

+Relation à soi : Vient avec la maturation de l'enfant

+Relation à l'autre : affection, rejection ou indifférence

Harmonie de la vie = Harmonie dans les relations

Si il y a **rupture de cette harmonie** on arrive à la **maladie mentale** :

- **Maladies psychiatriques**
- **Maladies psychosomatiques**
- **Suicide** qui peut venir pour deux raison :
 - ⇒ **désir de mort**
 - ⇒ **désir d'une autre vie** , qui peut être réglé par une thérapie

Ces trois formes sont **des formes non compensées** mais cette **rupture peut être compensée** (par le sport, le travail, ...)

3) Ressenti face à la mort d'une partie de l'individu

+Mort fœtus pour la mère : perte d'une partie d'elle-même et de son enfant . Vécu différemment selon les femmes et en fonction du temps d'arrivée de la grossesse suivante

+Perte d'un sein: Sentiment classique suite à la **perte d'un organe** + **perte symbolique** de la féminité et de la sensualité

+Perte d'un organe : dépend de l'importance que la personne lui donne

4) Psychologie de la personne mourante

La Personne mourante passe par 5 étapes (de Kübler-Ross) une fois le diagnostic de mort posé

+ Négation (« c'est pas possible ») : souvent la **première étape**.

+ Colère (« Pourquoi moi ? ») : se tourne aussi bien **vers la personne elle-même** que **vers le médecin**

+ Marchandage : malade demande du temps pour régler des choses.

+ Dépression : apparait **après que la mort soit perçue comme irrévocable**

+ Acceptation : Le patient sait que la **maladie va lui faire passer un cap inconnu**. Cette étape lui **permet de se sublimer**, de montrer sa spiritualité

Ces étapes **peuvent être intriquées et dans un autre ordre** que celui donné ici

La mort a 3 sens possibles selon les individus, les cultures, les civilisations :

- **mort = fin** (suivie de rien = « non sens » individuel à la vie, possibilité sens collectif)
- **mort = début d'autre chose** (réincarnation, autre vie spirituelle)
- **mort = passage mais continuation** (individuelle/cosmique)

5) L'Expérience de Mort Imminente(EMI)

	HALLUCINATIONS DÉLIRANTES	EMI
La Personne		
Humeur	Perturbée	Normale
Stress	Présent	Absent
Orientation	Désorientation	Normale
Conscience	Altérée	Normale
Conviction réalité	Oui	Oui
L'environnement		
Lieux	Terrestres	Autre monde
Intentions apparit°	Menaçantes	Accueillantes
Emotion dégagée	Peur, angoisse	Quiétude, sérénité, joie

Une **expérience similaire** est expliquée dans le **livre tibétain des morts** par une technique acquise par les moines en trois étapes :

- **Dissolution de la conscience**
- **Plongé dans une autre réalité** qui est accueillante et sereine
- **Réincarnation** dans notre monde

6) Dynamique de la mort

Mort = relation à l'autre, c'est un **trait d'union social et familial**

L'accompagnement du mourant est **gérer par** :

- La **famille du mourant**. Elle a **abandonné ce rôle** pour diverses raisons ;
 - ⇒ **Les femmes travaillent**
 - ⇒ **Le vieillissement démographique** fait que les enfants du mourant sont âgés
 - ⇒ **frais financiers importants** pour le maintien à domicile
- La **société** ce qui est devenu une **nécessité socio-économique** à cause des raisons citées ci-dessus

IV) MORT ENCÉPHALIQUE

Destruction irréversible de toutes les structures de l'encéphale

œdème cérébral amène PIC > PPC qui amène arrêt circulatoire cérébral

1) Historique

- + 1959 : 2 médecins réanimateurs évoquent le terme de « coma dépassé » associant coma profond irréversible et EEG plat
- + 1968-1976-1980 (USA, RU, Suède) : Le terme coma dépassé est remplacé par celui de mort cérébral montrant que l'individu est mort
- + 1968 : Circulaire Jeanney définit la mort cérébrale

2) Définition selon le décret du 02-12-1996

Présence de 4 signes fondamentaux

COMA PROFOND	Perte totale de conscience, absence de mouvement spontané MAIS PERSISTANCE ACTIVITÉ CARDIAQUE : <ul style="list-style-type: none"> typiquement : hypotonie avec disparition des réflexes profonds/tendineux/sphinctériens/cutanés cependant : persistance possible des réflexes de libération médullaire
ABOLITION DE TOUS LES RÉFLEXES DU TRONC CÉRÉBRAL	Disparition du réflexe oculocardiaque (++) Disparition des réflexes pharyngés, de toux, de déglutition Paralysie faciale complète Absence de réponse aux stimuli auditifs et visuels
ABSENCE TOTALE DE VENTILATION SPONTANÉE	Vérifiée par épreuve d'apnée <ul style="list-style-type: none"> test d'hypercapnie en hyperoxie
ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMMES (EEG) NULS	Montre inactivité cérébrale

L'EEG peut être remplacé par une angiographie bi carotidienne montrant l'absence de circulation cérébrale

3) Mécanismes de la ME

Il existe un œdème cérébral majeur au cours duquel la pression intracrânienne (PIC) devient supérieure à la pression de perfusion artérielle cérébrale (PPC). Cela entraîne un arrêt circulatoire cérébral.

SSH

4) Causes de la ME en 2005

Pathologies cérébrales traumatiques (accident)	29%
Pathologies cérébrales médicales (AVC,...)	55%
Anoxies	9%
Toxiques	1%
Autres causes	6%

La part des ME par accident diminue au profit de la part des ME par AVC

5) Diagnostic de ME

- + Condition préalable : éliminer les diagnostics « hypothermie profonde » et/ou un « coma toxique » (due le plus souvent à un surdosage médicamenteux ou à l'alcool)
- + Existence et persistance des 4 signes fondamentaux
- + / ! \ Le cœur bat encore et le sujet est chaud

6) Mort encéphalique et Coma Végétatif (CV)

ME	SIGNES COMMUNS	CV
Absente	VIE DE RELATION	Absente
Oui	PERTE D'AUTONOMIE	Oui
	DIFFÉRENCES	
Arrêt	CIRCULATION CÉRÉBRALE	Normale
Arrêt	VENTILATION	Normale
Instable	FONCTION CARDIO-VASCULAIRE	Normale
Hypothermie	THERMOGÉNÈSE	Normale
Oui	DÉCÈS LÉGAL	Non
Oui	DONNEUR D'ORGANES	Non

7) Complications de la ME

- + Arrêt cardiaque
- + Troubles de la coagulation
- + Hypotension artérielle
- + Troubles du rythme

8) Mort encéphalique et don d'organe

Une fois le diagnostic posé il existe 5 « défis » à réaliser **pour avoir des organes de qualité :**

- **Défi Métabolique** : l'homéostasie hormonale doit être maintenue
- **Défi Hémodynamique** : la perfusion des organes doit être maintenue
- **Défi d'Hémostase** : les saignements doivent être évités, par transfusion et/ou injection de facteur de coagulation
- **Défi Respiratoire** : l'oxygénation des organes doit être maintenue par la respiration artificielle
- **Défi Infectieux** : le plus dur et le plus long. On peut se permettre de donner un organe infecté à un receveur immunodéprimé

V) Le don d'organes

1) Organismes chargés du don d'organe

- + **Avant 1994** : c'est l'association **France transplant** qui gère le don d'organe
- + **1994** : c'est le public qui prend le relais avec l'**établissement français des greffes**
- + **2004** : l'**agence de biomédecine** remplace l'établissement français des greffes et voit ses compétences élargies à la génétique et aux fécondations in vitro

2) Réglementation

Le don d'organes est réglementé par les **3 lois de bioéthiques** (1994, 2004, 2011)

Ces lois reposent sur divers principes fondamentaux :

- **Inviolabilité du corps humain** : intégrité transgressée uniquement à des fins médicales et curatives pour le patient ou un autre individu
- **Absence de droit patrimonial** : le corps humain n'appartient à personne
- **Gratuité du don**
- **Anonymat du donneur**
- **La publicité est interdite** : on ne peut pas vendre ses qualités de centre de greffe mais on peut promouvoir l'acte du don
- **Principe d'équité** : tout le monde peut recevoir un organe s'il est inscrit sur la liste. C'est une des raisons pour laquelle **les greffes ne se font que dans les établissements publics**
- **Traçabilité**

3) Prélèvement sur donneur décédé

Après avoir posé le **diagnostic de mort encéphalique** par deux médecins venant de deux équipes différentes et n'ayant pas d'activité liée au don d'organes on **cherche le consentement** du sujet.

Ce consentement peut être

- **Présumé** : qui ne dit mot consent. C'est le **refus qui est actif**, la personne doit de son vivant **exprimer son refus sur un papier** qu'il porte **ou envers sa famille**. Elle peut aussi **s'inscrire sur la liste nationale des refus**. Le consentement présumé est appliqué au Sud de l'Europe, au Royaume Uni, en Suède et en France
- **Express** : c'est le **consentement qui est actif**. La personne doit de son vivant **s'inscrire sur un registre** recensant les donneurs donneur ou **l'écrire sur un papier**. Le consentement express est appliqué dans les pays germanophones (qui parlent allemand)

4) Contre-indications au prélèvement

- + **Maladies infectieuses** : SIDA, hépatite AB ou C, choc septique
- + **Cancers**
- + **Toxicomanie** intraveineuse (IV) avérée
- + **Suspicion de Creutzfeldt Jakob** (vache folle)
- + **L'âge** : contrairement aux autres qui sont absolues c'est devenu une **contre-indication relative**.
Il s'est développé la **notion de donneur/receveur limite** qui consiste à faire **coïncider l'âge du donneur âgé avec celui du receveur**

5) L'avis des religions

- + **Christianisme** : Ils voient dans le don d'organes un acte **généreux**. Ils tiennent au respect du corps et à l'information apportée
- + **Judaïsme** : Le don d'organes est **accepté** de manière générale même s'il existe des variations selon les pays
- + **Islam** : Pas de consensus sur le sujet mais tendance à vouloir le **consentement express**. Il y a une **difficulté à reconnaître la mort encéphalique**. Le don d'organe est perçu comme un **acte d'équité et de générosité**
- + **Bouddhisme** : Le don est un acte **charitable** mais il faut **privilégier le don partiel** pour éviter d'enlever un organe essentiel à la réincarnation
- + **Shintoïsme** : Reconnait la générosité de l'acte mais **sont contre le don**, l'âme restant dans le corps 1 à 2 mois après la mort de l'individu

6) Situation actuelle

- + **Pénurie d'organes** est constatée
Le **taux de refus stagne à 30%** depuis 10 ans

+ Comment expliquer ce refus ?

- **Médiatisation** du trafic d'organe et des **défaillances** du système qui **marque les esprits** et enlève la confiance de l'opinion
- **Contexte socio-économique** de la famille du défunt
- **Drame à triple détente** de la mort pour la famille qui pose des incompréhensions;
Année de l'accident qui apporte de l'angoisse
Année de mort

Recherche du consentement qui bouleverse la famille et peut la pousser à dire non. Pourquoi passer de la mort de la personne à l'usage de ces organes ?

- La mort encéphalique n'est pas perçue comme tel par la famille, le corps étant encore chaud

7) Les bonnes solutions face à cette situation

+Développer l'information au public

+Développer les donneurs vivants : Seul un parent, frère/sœur ou cousin du receveur majeur et capable peut donner son organe de son vivant après étude du rapport bénéfices/risques. Le tribunal de Grande instance tranche en cas d'urgence.

L'absence d'anonymat pose de nombreux problèmes comme des pressions sur le potentiel donneur, des avantages en nature en échange du don ou la culpabilité du receveur

+ Développer le don sur cœur arrêté : si la réanimation échoue on pose une canule fémorale pour prélever les reins dans les 4 heures puis une circulation extra corporelle dans les 8 heures pour prélever les autres organes.

Cela demande une logistique et une organisation importante expliquant le faible nombre de don fait via cette méthode

+Xénogreffe et thérapie cellulaire : ce sont les méthodes de substitutions en développement

8) Les mauvaises solutions face à cette situation

+ Le trafic d'organe : Vente d'organes interdite en Europe et aux USA depuis 1984 alors que l'Iran l'autorise depuis 2006.

Il pose de nombreux problèmes éthiques : absence de traçabilité et de sécurité sanitaire, compatibilité non recherchée, mauvaises conditions de prélèvement, inégalité des chances (le pauvre soigne le riche) et le consentement n'est pas recherché

+ Big Donnor Show : émission des pays bas où un donneur en fin de vie doit choisir parmi plusieurs receveur potentiel. Le « canular » sera révélé lors de la dernière émission. Suite à cela détracteurs pointant le cynisme et l'anti-solidarité du programme et partisans trouvant que l'émission sensibilise sur le don s'affrontent. Les mois qui suivent l'émission les gens consentant au don d'organe a été multiplié par quatre dans le pays.

Le problème est que cela a marché sur les émotions de la population et pas sur sa réflexion

9) Le cas de la Chine

Il existe une forte pénurie : 1,5 millions de personnes en attentes de greffes pour 10000 greffes par an

Avant les organes venait des opposant au régime et étaient destiné aussi bien aux chinois que revendu.

Depuis 2007 où un rapport a montrer cette affaire le trafic d'organes est interdit et le pays est à la tête de préventions des dérives sur les thérapies cellulaires

VI) ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE

Efforts thérapeutiques jugés excessifs par rapport aux chances de survie du sujet

1) Les services concernés

La question se pose dans les services usant de techniques lourdes au long cours

+ **Réanimation**

+ **Gériatrie**

+ **Néonatalogie**

+ **Services chargés des situation terminales de maladie** : SIDA , cancer, maladies neuro-dégénératives

+ **Réanimation d'urgence** : la personne voulait elle être réanimée ?

2) Définitions

+ **Euthanasie** : geste actif commis par le soignant qui administre la substance entraînant la mort du patient en accord ou non avec sa volonté

Elle est interdite en France

+ **Suicide assisté** : le patient s'administre la substance fournie par le soignant qui entraîne sa mort.

Le soignant reste ou non aux côtés du patient.

La décision est collégiale entre soignants et patient

+ **Sédation** : Administration de médicaments calmant et endormant le patient. Peut être utilisé pour faire passer un cap ou lors d'une aggravation de l'état du patient

+ **Sédation terminale** : Administration de sédatifs pouvant provoquer la mort de par leurs effets indésirables imprévisibles de destruction de la fonction respiratoire.

+ **Sédation en phase terminale** : administration de sédatif pour accompagner la mort du patient

+ **Soins palliatifs** : soins de support qui apportent au malade un confort physique et psychique

3) Qui prend la décision d'arrêt des traitements ?

+ **La société (loi)** : renvoie à la relation médecin/malade et ce veut générale. A pour base éthique la responsabilité des soignants dont le plus ancien prend décision après débat collégiale

+ **Le malade et sa famille** : domaine affectif mis en jeu altérant l'objectivité de leur choix. Ils attendent l'éclairage du médecin qui peut être subjectif

Les **aptitudes physique et psychique du malade doivent être pris en compte**

+ **Le médecin** : il prend la décision après un débat collégial. Son jugement peut être affecté par divers facteurs ;

- Foi en la médecine : surtout chez les jeunes médecins
- Refus de l'échec
- Soucis des statistiques
- Rémunération à l'acte
- Refus de sa propre mort

4) La loi Léonetti

Loi votée en 2005 qui encadre l'acharnement thérapeutique

+ **Principes de la loi** :

- Lutte contre acharnement diagnostic et thérapeutique
- Respect du droit au malade de vivre et de préparer sa mort
- Prise en charge globale du patient mourant : accompagnement du malade et de son entourage, limitation des traitements actifs, prise en charge de la douleur physique et psychique
- Transparence et collégialité de la décision
- Relation de confiance avec le patient

+ **Bases de la loi Léonetti**

- **Rigueur diagnostic et pronostic.** Le pronostic est l'acte médical le plus délicat car il se base sur des statistiques et rien ne dit que la personne entre dans ces statistiques
- Etablir un dialogue entre l'équipe soignante et famille du malade
- Prise de responsabilité
- Informations claires apportées à la famille et au malade
- Notification sur le dossier médical des décisions prises

Grimaud-Aspect éthiques liés à la vie et à la mort

+ **Situations prévues** par la loi Léonetti

- **Patient conscient en fin de vie** : Respect de la volonté du patient après avoir été informé des conséquences de son arrêt. On respecte aussi la dignité du patient
- **Patient inconscient en fin de vie** : Décision collégiale et transparente après avoir demandé l'avis de la personne de confiance. Les éventuelles directives anticipées sont prises en compte, ces directives sont révocables et renouvelable tous les 3 ans
- **Patient conscient qui n'est pas en fin de vie** : si le patient refuse de recevoir un traitement le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre. Après un délai raisonnable de réflexion la décision d'arrêt est prise de façon collégiale
- **Patient inconscient qui n'est pas en fin de vie** : décision prise de manière collégiale

+ **Rapport de l'assemblée nationale de 2008** :

La loi est mal connue et mal appliquée par le corps médical et le grand public car il existe des incompréhensions
L'Assemblée ne reconnaît pas l'euthanasie

5) Historique de la réglementation

+ **Années 90** : le conseil de l'Europe pose le problème

+ **2000** : CCNE donne son avis sur le sujet

+ **2002** : Loi Kouchner pose les premières bases de réglementation sur le sujet.

Le CCNE propose l'euthanasie dans un cadre précis avec accord judiciaire après le geste mais l'Assemblée refuse.

+ **2005** : Loi Léonetti

+ **2009** : La Commission des droits de l'Homme de l'ONU met en garde la Suisse, la Belgique et les Pays-Bas, pays qui autorise l'euthanasie.

6) Mission Sicard

+ **Présentation** de cette mission : C'est un ensemble de réunions publiques lancées en septembre 2012 regroupant des citoyens de tout milieu. Ces réunions ont pour but de donner des propositions, pas de modifier la loi

+ **Principales idées** issue de cette mission :

SSH

- **Elaborer un projet de vie** en suivant des directives anticipées
- **Développer une culture palliative** et créer une frontière entre palliatif et curatif
- **Redonner une place à la mort à domicile**
- **Refuser le suicide assisté** mais favoriser l'accompagnement du patient en fin de vie
- **Reconnaître l'euthanasie comme un problème citoyen et l'interdire**
- **Améliorer les connaissances sur la loi Léonetti**

7) Les questions du président au CCNE

Dans quelles conditions doit-on accueillir et appliquer les directives anticipées d'un patient ?

Selon quelles modalités et conditions strictes peut-on permettre à un malade de mettre un terme à sa vie et de l'accompagner ?

Comment rendre plus digne les derniers moments d'un patient dont les traitements ont été interrompus ?