

LE MALADE EN FIN DE VIE

Un précepte, donc à suivre scrupuleusement, est celui de ne jamais abandonner un malade même en état de mort imminente et de tout mettre en œuvre pour relever les forces, et soulager les souffrances. Quand celles ci sont très violentes le praticien se trouve souvent en présence d'un grave embarras : celui de ne pouvoir les soulager qu'en risquant d'abrégé l'existence. Pour moi je n'hésite pas à lui reconnaître le droit d'adopter ce dernier parti pris. Certes si le remède devait tuer nécessairement, on devrait s'en abstenir à tout prix ; mais la simple possibilité de hâter de quelques instants la fin d'un malheureux ne doit pas être mise en balance avec la certitude d'adoucir ses derniers moments. »

A. DECHAMBRE 1882

LE MALADE EN FIN DE VIE

- 1) Obstination déraisonnable,
- 2) Double effet,
- 3) Directives anticipées,
- 4) Respect de la volonté du patient,
- 5) Le malade inconscient,
- 6) Les soins palliatifs,
- 7) Conclusion.

Obstination déraisonnable

Article 1:

.... « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Obstination déraisonnable

- Le chemin est souvent étroit entre ce qui est la vocation du médecin c'est-à-dire l'acharnement à poser un diagnostic et à soigner et l'obstination déraisonnable qui peut le conduire à faire endurer à son patient des épreuves aussi inutiles que pénibles et parfois douloureuses.

Double effet

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Art. 2

Double effet

Bien prescrits, d'ailleurs, les morphiniques ne comportent pas les risques qu'on leur attribue trop souvent et il serait regrettable que les médecins comme le public reviennent aux vieilles craintes dans ce domaine. Ce que l'on appelle, sans doute à tort, « le double effet » doit être compris comme l'application d'un traitement dans le seul but de soulager le patient même si le risque de complication existe, il ne s'agit pas d'abréger les derniers instants, l'article 38 du CDM affirme que le médecin « ne doit pas provoquer délibérément la mort.

Double effet

Article 35 du code de déontologie médicale :

« le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ... »

Articles III et IV article VI :

Respect de la volonté du patient

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre **tout traitement** met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. **Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.**

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Art. 3

Respect de la volonté du patient

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables »

Respect de la volonté du patient

Article 6 :

« Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Respect de la volonté du patient

Au bout du compte c'est le
malade qui décide.

Respect de la volonté du patient

La loi du 22 avril 2005 réaffirme la liberté de chacun de refuser des soins. Mais le médecin ne doit pas se contenter d'un refus même écrit et signé pour dégager sa responsabilité tant morale et déontologique que civile et pénale, il doit tout faire pour convaincre le patient, il dispose d'un délai raisonnable pour le faire changer d'avis, il ne doit pas hésiter à demander l'intervention d'un confrère .

Directives anticipées

« ...La mort ravit tout sans pudeur.
Un jour le monde entier accroîtra sa richesse.
Il n'est rien de moins ignoré,
Et, puisqu'il faut que je le dise,
Rien où l'on soit moins bien préparé. »

Jean de La Fontaine (La mort et le mourant)

Directives anticipées

« Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. »

Directives anticipées

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 :

Les directives anticipées sont « des documents écrit, datés et signés par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. »

Lorsque l'auteur est, bien qu'en état d'exprimer sa volonté dans l'incapacité d'écrire ou de signer il peut demander à deux témoins dont la personne de confiance d'attester que le document est bien l'expression de sa volonté.

Les directives anticipées sont valables trois ans, elles peuvent être modifiées à tout moment la période de validité cours alors à la date de cette modification.

Directives anticipées

Lorsque le malade est inconscient ces directives restent valables dès lors qu'elles ont été rédigées moins de trois ans avant l'installation de l'état d'inconscience.

Elles sont conservées dans le dossier médical constitué par un médecin de ville ou dans le dossier médical hospitalier, elles peuvent être conservées par leur auteur ou être remises à la personne de confiance ou à défaut à un proche.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

« Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

« ... Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical... »

Art. 1111-4

du code de la santé publique

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. CSP Art 1111-13.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Fait exceptionnel la loi du 22 avril 2005 a voulu que la définition de la procédure collégiale qu'elle prévoit en matière d'arrêt de soins chez le patient inconscient, soit confiée au code de déontologie. Ainsi la deuxième partie de l'article 37 est-elle le décret d'application prévu par la loi.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Art. 37 du Code de déontologie médicale:

« I - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.

Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le seul maintien artificiel de la vie.

... »

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

« Il – Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre la procédure collégiale suivante.

... »

Directives anticipées

Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches.

Nouvel article 37 du CDM

Directives anticipées

Si le malade a prévu la situation dans laquelle il se trouve et demandé à l'avance dans des directives anticipées, la mise en route de la procédure collégiale celle-ci s'impose au médecin sans préjuger de sa décision.

Nouvel article 37 du CDM

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de sa famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches .

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. »

Art. 37 du CDM

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement sont inscrits dans le dossier du patient. »

Art. 37 du CDM

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

Définie dans le du code de déontologie ([CDM Art. 60](#)), la notion de « consultant » renvoie à l'avis d'un médecin, spécialiste ou non, qui dispose des connaissances, de l'expérience, et puisqu'il ne participe pas directement aux soins du patient du recul et de l'impartialité nécessaire pour apprécier la situation du patient dans sa globalité.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

Ce praticien est étranger à l'équipe qui a le patient en charge et il doit être compétent dans le domaine de la pathologie présentée par le patient. L'avis attendu est de nature technique : le malade peut-il encore tirer un bénéfice des traitements en cours ou envisagés ?

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

A l'évidence, malgré les remarques que le conseil national de l'Ordre a pu faire au cours de sa préparation la loi envisage plus l'aspect hospitalier que celui de la médecine de ville. La loi et le CDM ne précisent ni l'un ni l'autre si le médecin consultant « appelé » doit être présent physiquement cependant la règle doit être que le consultant se déplace.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

Est-il possible d'imaginer une consultation à distance dans les cas d'urgence par exemple du médecin de SAMU appelant un collègue régulateur ou autre ainsi que dans le cas d'un médecin libéral faisant appel à un confrère qui ne peut se déplacer ? Le débat est ouvert, la question n'est pas complètement tranchée, peut-être faudra-t-il une jurisprudence pour le dire.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

C'est une appréciation « médicale de l'état du patient qui doit être faite, elle peut se faire, par exemple, en référence aux « règles de bonnes pratiques » élaborées par les sociétés savantes.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

Bien que, comme le code de déontologie l'affirme par ailleurs ([CDM : art. 5, art. 69](#)), il ne puisse exister aucun lien de dépendance professionnelle entre deux médecins, l'art. 37 précise, pour éviter toute pression ou tout ressenti d'une telle pression, qu'il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre les deux médecins, ceci élimine en particulier les médecins qui auraient entre eux un lien administratif de nature hiérarchique.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Ni la loi ni le code n'exigent le consensus entre les médecins mais il est difficile d'imaginer qu'une telle décision soit prise par le praticien en charge du patient en cas de désaccord, aussi L'article 37 prévoit-il la consultation d'un troisième praticien si l'un des deux médecins le juge utile, soit qu'il y ait désaccord, soit qu'un avis technique supplémentaire lui semble nécessaire.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

Dans les cas difficiles, même si l'appréciation de la situation du patient est globalement partagée entre les deux praticiens, il peut persister des incertitudes justifiant de faire appel à un deuxième médecin consultant qui apportera un éclairage complémentaire.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

S'ils ne participent pas à la décision collégiale et au débat médical technique, d'autres intervenants doivent être consultés.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

L'équipe soignante:

est souvent plus proche du malade et de sa famille. Par leur présence constante dans les services hospitaliers, les personnels paramédicaux ont une connaissance aiguë du ressenti et de l'état d'esprit du patient et de son entourage. Il est indispensable de recueillir leur impression et leur sentiment. La cohésion de l'équipe médicale et paramédicale d'un service ne pourrait, d'autre part, pas résister, à un manque de communication qui exclurait du débat ceux qui côtoient le malade en permanence.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

D'éventuelles directives anticipées rédigées par le patient sont recherchées et prises en compte.

Pour importantes qu'elles soient ces directives constituent une information pour le praticien mais ne s'imposent pas à lui dans la décision. S'il faut en tenir compte comme un élément d'appréciation de ce que seraient les désirs du patients elles n'autorisent pas à dire avec certitude quelle serait sa décision dans la situation présente.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

L'entourage du patient :

est aussi partie prenante, et en premier lieu la personne de confiance s'il y en a une de désignée. Souvenons nous que la loi prévoit que dans toute décision concernant le malade inconscient son avis prévaut sur celui de toute autre personne non médicale.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

La famille, les proches :

sont consultés, ils ne doivent à aucun moment se sentir écartés du débat qui les concerne au plus haut point à travers ce parent qui arrive au terme de son existence.

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

« La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. »

Art. 37

La Fin De Vie :

Le Malade Inconscient

In fine la décision appartient au seul médecin en charge du patient.

Comme toute décision médicale il s'agit d'une décision individuelle ([CDM art 69](#)).

La transparence est de la plus haute importance, nul ne doit pouvoir penser qu'une telle décision ait pu être prise sans la réflexion et l'argumentation nécessaire.

La Fin De Vie : Le Malade Inconscient

Dans ces moments difficiles la famille doit être entourée par tous les membres de l'équipe qui s'occupe du malade, toutes les explications nécessaires lui sont apportées, avant, et au moment de la décision. Cette prise en charge ne s'arrête pas après le décès, rester disponible à l'accueil et à l'écoute, favorise le travail de deuil.

Les Soins Palliatifs

- affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- ne hâtent ni ne retardent la mort ;
- procurent un soulagement de la douleur et d'autres symptômes pénibles ;
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades ;
- offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ;
- offrent un système de soutien qui aide la famille pendant la maladie du patient et son propre deuil.

(O.M.S. Genève 1990, rapport d'experts)

Les Soins Palliatifs

Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services. Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2

Loi Leonetti art. 12

Les Soins Palliatifs

« Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

Loi Leonetti art. 13

Les Soins Palliatifs

Article 37 CDM III :

« III. - Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé ..., le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »

Les Soins Palliatifs

Code de déontologie médicale :

*« 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 réconforter son entourage. **Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.** »*

CONCLUSIONS

En toute circonstance le médecin doit prendre en compte les souffrances du malade et s'efforcer de les soulager avec les moyens dont il dispose.

CONCLUSIONS

Il doit quoiqu'il en soit toujours respecter la volonté du patient lorsque celui-ci est conscient tout en s'efforçant de le convaincre de la nécessité de certaines explorations ou certains traitements.

CONCLUSIONS

La décision visée par la loi du 22 avril 2005 et Le II de l'article 37 ne concerne que la limitation ou l'arrêt de certaines thérapeutiques, l'administration de substances létales est interdite ([CDM Art. 38](#)) :

Le médecin ne doit pas provoquer délibérément la mort.

CONCLUSIONS

En revanche même lorsqu'il décide de cesser certains traitements la mission du médecin ne cesse pas : le confort, le traitement de l'angoisse et des douleurs du patient, ainsi que le soutien de l'entourage doivent rester sa préoccupation.

CONCLUSIONS

La loi renforce les obligations des établissements en matière de mise en place d'équipes de soins palliatifs.

CONCLUSIONS

« Si l'éthique des sciences de la vie et de la santé vise à préserver la personne humaine dans sa dignité, mais également dans le sens transcendant de son existence, encore est-il indispensable qu'elle maintienne vive et constante l'exigence de relation, de rencontre avec l'autre. Un rapport de proximité, d'intériorité, d'intimité qui s'exprime en termes de responsabilité partagée. »

E. Hirsh Médecine et éthique : le devoir d'humanité - Paris : Cerf, 1990 : 11-25.