

I/DEFINITIONS DE BASE :**1) LA MORALE**

Ensemble de règles dictées par une foi, une philosophie, ou une société imposant de faire le BIEN → éviter de faire le MAL
= définition du « droit chemin »

Elle est :

- **IMPERATIVE & NORMATIVE**
- A l'origine des lois
- **IMMUABLE & PLURIELLE**
- Elle ne change pas, elle varie selon les cultures
- **GRATIFIANTE OU PUNITIVE**

2) DEONTOLOGIE

Code de « bonne conduite » entre professionnels,
valable pour toutes les professions

⇒ En médecine : Traite des relations :
MEDECIN-PATIENT / MEDECIN-CONFRERES / MEDECIN-SOCIETE

3) ETHIQUE

C'est une réflexion sur les valeurs humaines UNIVERSELLES, amenant à faire un choix entre les différentes formes de « bien », de moindre mal.

L'éthique gère les conflits de valeurs :

- ⇒ **REFLEXIVE**
- ⇒ **TOLERANTE**
- ⇒ **INTERACTIVE** (à travers les échanges/débats)

4) BIO ETHIQUE

C'est l'éthique appliquée aux Sciences de la Vie
(recherche scientifique...)

LOI : Peut être **civile** ou **religieuse**

/!\ Ce qui est LEGAL n'est pas forcément ETHIQUE !

5) 4 grands principes de l'éthique

1. **RESPECT DE L'AUTONOMIE & CAPACITE DE DECISION DE LA PERSONNE :**
Recherche du consentement ++ avant chaque acte.
Apparition de l'Ethique de la fragilité quand la capacité de décision est altérée
2. **BIENFAISANCE**
3. **NON-MALFAISANCE** = volonté de ne pas nuire en pratiquant l'acte.
4. **EQUITE**

6) Fondements de l'éthique

1. **Connaissance approfondie des faits** : connaissances ++ de manière à prendre une décision
→ ce qui n'est pas précis n'est pas éthique !
2. **Altérité** : reconnaissance de l'autre de par ses différences et ses ressemblances avec moi.
3. **Dignité de l'être humain** : l'intégrité physique ET psychique doivent être respectées tout comme la confidentialité.
-EGALITE DES CHANCES +++
4. **Obligation de compétence** : Ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique.
Obligation pour les médecins d'actualiser leurs connaissances
5. **Attention à l'autre**

II/ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA VIE ET DE LA MORT

| | VIE | MORT |
|---------------|--|--|
| D'UNE CELLULE | <ul style="list-style-type: none"> Respiration Cellulaire : Par consommation d'O₂ + production de déchets Métabolisme Cellulaire : Permet le renouvellement cellulaire, permet la vie de l'individu | <p>La mort cellulaire permet le renouvellement cellulaire. Elle est <u>IRREVERSIBLE</u></p> <p>→ Il existe des cellules qui ne peuvent PAS se renouveler</p> <p>C'est la REVERSIBILITE de la mort cellulaire qui fait la gravité de la mort de l'organe !</p> |
| D'UN ORGANES | <p>Les organes diffèrent selon leur rôle et leurs constitutions</p> <p>On distingue 3 <u>TYPES D'ORGANES</u> ♥ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Organe simple : Le cœur, qui n'est que muscle et cellule nerveuse pour le faire fonctionner ❖ Organe complexe : Le foie, usine chimique, métabolique et hormonale composée de divers types de cellules. <u>LA FOIE PEUT REGENERER DE FACON IMPORTANTE</u>, permettant son don via donneur vivant. ❖ Cerveau : Organe le plus complexe composé de cellules nerveuses NE POUVANT PAS se renouveler. <u>⚠ Tout dommage cérébral est définitif</u> | <p>Mort d'un ensemble cohérent de cellules composant l'organe</p> <p>Plusieurs niveaux de gravité ++ :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mort d'organes non vitaux (organe dispensable ou double) : → Cela entraîne peu de conséquences -Mort d'organes vitaux remplaçables (tête du fémur, rein, cœur, foie) : Prothèse, machine suppléante, greffe remplaçant l'organe mort -Mort d'organes vitaux irremplaçables (cerveau) : → MORT de l'individu |
| D'UN INDIVIDU | <p><u>2 facteurs</u> à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOLOGIQUE : Vie harmonieuse entre les cellules et les organes. Les cellules doivent répondre aux ordres des organes pour permettre la vie. ▪ SPIRITUEL : Via l'âme → pas de localisation anatomique précise. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Première définition : ARRÊT RESPIRATOIRE visualisé par l'absence de buée sur le miroir rapproché du nez. ▪ Définitions actuelles : -Définition clinique : ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE -Mort Encéphalique : DESTRUCTION IRREVERSIBLE DE TOUTES LES STRUCTURES DE L'ENCEPHALE +++ |

1) Etapes de la vie organique d'un individu

- Conception** } Etapes où l'on retrouve des pbs éthiques (Avortement)
- Vie intra-utérine** } Période où l'individu est nommé : FCETUS
- Naissance** : L'enfant est considéré comme tel, dès lors que le cordon ombilical est coupé = indépendant de sa mère pour se nourrir
- Croissance** : Maturation de l'individu jusqu'à ses 25 ans
- Déclin** : Dégradation progressive des facultés de l'individu, les maladies arrivent plus fréquemment
- Mort**

2) Apoptose

= Mécanisme de mort cellulaire, 2 FORMES :

- **Forme POSITIVE** : Autodestruction de la cellule pour permettre le renouvellement tissulaire
- **Forme NECROTIQUE** : Induite par des agents immunosuppresseurs. Par atteinte des vaisseaux devenant ainsi perméables 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** : Conformément à la tradition judéo-chrétienne de notre société, la *souffrance nous permet d'évoluer psychologiquement*
- **Identification positive/négative** : aux parents, aux héros. La comparaison étant permanente, elle permet de se forger une 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'environnement, à soi et à l'autre

- **Relation à l'environnement** : Adaptation en fonction du contexte historique et géographique
 - **Relation à soi** : Apparaît lors de la maturation de l'enfant
 - **Relation à l'autre** : affection, rejection ou indifférence
- Bonne harmonie dans la vie = une bonne harmonie dans les relations**

RUPTURE DE CETTE HARMONIE → MALADIE MENTALE

- **Maladies psychiatriques**
 - **Maladies psychosomatiques**
 - **Suicide** qui peut venir pour deux raisons :
 - ⇒ désir de mort
 - ⇒ désir d'une autre vie (éventuellement réglée 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

- La mort du fœtus pour la mère** : Signifie la perte d'une partie d'elle-même ainsi que la perte de son enfant. Cette perte est vécue différemment selon les femmes et en fonction du temps d'arrivée de la grossesse suivante.
- La perte d'un sein** : Sentiment classique suite à la perte d'un organe ET *perte symbolique de la féminité et de la sensualité*
- La 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 ») C'est souvent la première étape vécue par la personne mourante
- Colère** (« Pourquoi moi ? ») : se tourne aussi bien vers elle-même que vers le médecin
- Marchandage** : Le malade demande du temps pour régler ses affaires...
- Dépression** : Apparaît 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 simultanées et dans un autre ordre que celui-ci. Il n'y a pas d'ordre précis pour ces étapes !

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

- **MORT = FIN** (suivie de rien = « non sens » individuelle à la vie, possibilité sens collectif)
- **MORT = DEBUT D'AUTRE CHOSE** (réincarnation, autre vie spirituelle)
- **MORT = PASSAGE PUIS CONTINUATION** (individuelle/cosmique)

5) EXÉRIENCE DE LA MORT IMMINENTE = EMI

L'EMI N'A AUCUN RAPPORT AVEC LA MORT ENCEPHALIQUE
EMI ≠ hallucinations délirantes

| | HALLUCINATIONS DÉLIRANTES | EMI |
|-------------------------------------|---|----------------------|
| LE MOURANT | | |
| Humeur | Perturbée | Normale |
| Stress | Présent | Absent |
| Orientation | Désorientation ds les 3 sphères : temps/espace/personnalité | Normale |
| Conscience | Altérée | Normale |
| Indice hallucinatoire | Présent | Absent |
| Convict° réalité | Oui | Oui |
| LE VÉCU DE SON ENVIRONNEMENT | | |
| Perso halluciné | Vivant | Décédé |
| Lieux | Terrestres | Autre monde |
| Intentions apparit° | Menaçantes | Accueillantes |
| Aspects apparition | Menaçant | Beau, extraordinaire |
| Durée apparition | Longue | Brève |
| Emotion dégagée | Peur, angoisse | Quiétude, sérénité |

6) Dynamique de la mort

Il y a nécessité d'un travail de deuil venant de l'entourage ainsi que du mourant qui lui, se sent mourir.

→ **BESOIN** d'un **accompagnement** = nécessité dans toutes les cultures

♦ **Nécessité déontologique/éthique** : devoir et responsabilité du médecin et de l'entourage du patient d'apaiser sa souffrance physique et psychologique

♦ **Nécessité socio-économique** : on ne meurt plus à la maison mais à l'hôpital (+ 80% meurent en milieu institutionnel : statistiques INSEE 2000)

Causes :

- ⇒ Abandon par la famille de la charge du vieillard/malade grave
- ⇒ Femmes travaillent
- ⇒ Vieillesse démographique: les grands vieillards ont des enfants vieux
- ⇒ Frais financiers énormes pour maintien à domicile

Développement nécessaire de systèmes d'assistance sociale, de maintien des patients à domicile, de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)

♦ **Nécessité psycho-sociale** : besoin de réhabiliter la mort (*c'est en voyant nos proches mourir que nous nous forgeons notre propre image de la mort*)

- ⇒ recréer le rituel
- ⇒ recréer une image positive et sereine de la mort

♦ **Nécessité humanitaire/spirituelle** : la mort appartient au mourant, on ne peut pas la lui voler. Quand elle est prévisible, la mort se prépare (sur les plans matériel, religieux, moral, spirituel).

La mort est, comme la vie, une relation à l'autre...

IV/ MORT ENCEPHALIQUE

= **Destruction irréversible de toutes les structures de l'encéphale**

1) Historique

1959 : 2 médecins réanimateurs évoquent le terme de « **coma dépassé** » associant coma profond irréversible + Eléctro-encéphalogramme **plat** (EEG)

1968-1976-1980 (USA, RU, Suède) : Le terme coma dépassé est remplacé par celui de **mort cérébrale** démontrant ainsi que l'individu est mort

1968 : **Circulaire Jeanney** définissant 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 : ➤ Typiquement : hypotonie avec disparition des réflexes profonds/tendineux/sphinctériens/cutanés ➤ MAIS : persistance possible des réflexes de libération médullaire |
| ABOLITION DE TOUS LES RÉFLEXES DU TRONC CÉRÉBRAL | -Disparition du réflexe occulo cardiaques -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 ➤ Test d'hypercapnie en hyperoxie |
| 2 EEG NULS (signe paraclinique) | Démontre l'inactivité cérébrale A sensibilité MAXIMALE en normothermie pendant 30 min à 4h d'intervalle |

L'EEG peut être remplacé par une **angiographie bi carotidienne montrant l'absence de circulation cérébrale (signe paraclinique)**

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)**.

→ **Arrêt circulatoire cérébral**

Œdème cérébral amène PIC > PPC qui amène arrêt circulatoire cérébral

4) Causes de la ME en 2005

| | |
|---|------|
| Pathologies cérébrales médicales (AVC++,...) | 55 % |
| Pathologies cérébrales traumatiques (accidents) | 29 % |
| 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 » (souvent dus à un surdosage médicamenteux ou à l'alcool)

-Existence et persistance des 4 signes fondamentaux & confirmation de 1 des 2 examens paracliniques

++ /!\ Le cœur bat encore et le sujet est chaud

6) Mort encéphalique (ME) et Coma Végétatif (CV)

| ME | | CV |
|--------------------|-----------------------------------|----------------|
| | SIGNES COMMUNS | |
| 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 : 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 ne peut pas se permettre de donner un organe infecté à un receveur immunodéprimé !

V/ LE DON D'ORGANE :

1) Organismes chargés du don d'organe

1969-1994 : Association France Transplant

1994 : Etablissement public qui prend le relais: Etablissement Français des Greffes (EFG)

2004 : AGENCE DE BIOMÉDECINE qui remplace l'EFG et voit ses compétences élargir à la génétique & fécondations IN VITRO

2) Réglementation sur les prélèvements d'être organes

-ASPECTS MÉDICAUX-

Sujet en ME = **grande instabilité physiologique**

- ⇒ **Arrêt cardiaque systématique dans les 12 à 48h après décès cérébral**
- ⇒ Sujets décédés « à cœur battant » = prélèvement organes envisageable
- ⇒ Mettre en route immédiatement **les techniques d'entretien cardio-respiratoire + métabolique** pour assurer OXYGÉNATION et PERFUSION des organes que l'on va greffer (SFARP – 1998)

Éliminer les contre-indications absolues au prélèvement : ♥

- **Critères virologiques (+++)** : positivité au VIH1, VIH2, AgP24, VHB, VHC, HTLV1, HTLV2, hépatite A,B ou C
- **Critères bactériologiques** : choc septique
- **Cancers** (sauf tumeurs cérébrales primitives diagnostiquées en anapath)
- **Toxicomanie intraveineuse** (IV) avérée
- Suspicion maladie de **Creutzfeld Jakob**

Noter les contre-indications relatives au prélèvement :

- Pas de limites d'âge pour les tissus ni pour les populations « à risques »
- Contrairement aux autres contre-indications qui sont absolues, **l'âge est devenu une contre-indication RELATIVE.**

→ **DVP notion : DONNEUR/RECEVEUR LIMITE** : consistant à faire coïncider l'âge du donneur âgé avec celui du receveur !

-ASPECTS JURIDIQUES-

Activité de **prélèvement/greffe** en France :

→ Inscrite depuis 1994 dans le cadre juridique des **Lois de Bioéthique** (intégrées dans le Code de la Santé Publique).

-3 LOIS DE BIOETHIQUES (1994-2004-2011)

Certaines structures/équipes sont autorisées à prélever/greffer et sont soumises à des **contrôles rigoureux avant délivrance de l'autorisation**

Nouvelle Loi de Bioéthique (6 août 2004) : modernisation du code de SP :

- Association de tous les Etablissements de Santé à activité de recensement / prélèvement par l'intermédiaire de **réseaux**
- Seuls certains établissements sont **accrédités** pour ces activités (CHU ++)

- **Elargissement du cercle des donneurs vivants** ; mais **autorisation de prélèvement** (sauf père/mère) doit être délivrée par un comité d'experts

Principes éthiques fondamentaux :

- Inviolabilité du corps humain
- Absence de droit patrimonial
- Gratuité absolue du don et de la greffe
- Anonymat du donneur et de la famille
- Interdiction de publicité à but lucratif
- Principe d'équité des citoyens
- Traçabilité

Loi de 2004 crée l'Agence de la Biomédecine : idem EfG + missions d'**évaluation**, de **suivi**, de **contrôle** dans procréation, embryologie, génétique humaine

Prélèvement d'organe chez le sujet décédé : « **consentement présumé du défunt** » **EN FRANCE**

⇒ **Tout individu est présumé consentant au don d'organes** sauf s'il a exprimé son opposition de son vivant (3 façons)

- Inscription dès 13 ans sur le **Registre National des Refus (RNR)** géré par l'EfG
- Papier libre conservé dans documents personnels
- Témoignage auprès de sa famille

Si médecin ne connaît pas la volonté du défunt, il doit s'efforcer de la recueillir (famille)

-ASPECTS ORGANISATIONNELS- (cf organigramme cours)

-ASPECTS RELIGIEUX-

Pas d'opposition au don d'organe des grandes religions monothéistes (réserves +/-)

Eglise catholique : discours collectif, homogène, clair

⇒ pleinement acceptable à condition de traiter le corps avec respect

Eglise protestante : position homogène encore plus ouverte

Religions juive et musulmane : certains courants de pensée restreignent et nuancent l'acceptation au don d'organes ; mais assouplissements ++ si il s'agit de sauver une vie en danger. En pratique, chacun doit se prononcer en conscience (responsabilité devant Dieu de ses actes). Aspect intime et personnel ++

3) Situation actuelle face au don d'organe

Une pénurie d'organe est constatée

⇒ **LE % DE REFUS STAGNE A 30% DEPUIS 10 ANS !!**

Causes de refus :

- o Médiatisation du trafic d'organe et des défaillances du système, marquant les esprits => La confiance s'estompe
- o Contexte socio-économique de la famille du défunt

o **Drame à TRIPLE DETENTE**

- Annonce de l'accident = angoisse des proches
- Annonce de la mort
- Recherche du consentement => bouleversement de la famille qui peut la pousser à dire non.

o La mort encéphalique n'est pas perçue comme telle par la famille, le corps étant encore chaud...

4) Les bonnes solutions face à cette situation

-DVP l'information au public

-DVP les donneurs vivants : Seul un parent, un frère ou une sœur, cousin du receveur MAJEUR ET CAPABLE peut donner son organe de son vivant après l'étude du rapport BENEFICES/RISQUES.

Le tribunal de grande instance tranche en cas d'urgence

Cette absence d'anonymat pose des problèmes tels que des pressions sur le potentiel donneur, des avantages en nature en échange du don ou la culpabilité du receveur

-Xénogreffes et thérapie cellulaire

Organes les plus donnés :

REIN : 60%

FOIE : 24%

CŒUR & POUMONS

Greffes qui marchent :

Rein : 95%

Foie : 75%

℥ Hématopoïétiques : 65%

5) Les mauvaises solutions face à cette situation

o Le trafic d'organe

La vente d'organe est interdite :

- En France

- Aux USA depuis 1984

≠ de l'Iran qui l'autorise depuis 2006.

⇒ **Nombreux problèmes éthiques :**

- Absence de traçabilité
- Pas de sécurité sanitaire
- Compatibilité non recherchée
- Mauvaises conditions de prélèvement
- Inégalité des chances (le pauvre soigne le riche)
- Consentement NON RECHERCHE

o Le BIG DONNOR SHOW

Emission diffusée au Pays Bas.

Contexte : Un donneur en fin de vie doit choisir parmi plusieurs receveurs potentiels. Emission canular → cynisme et anti solidarité du programme ont été pointés du doigt.

Cependant, les mois suivants l'émission, le consentement au don d'organe fut multiplié par 4 dans le pays.

EMOTION DE LA POPULATION TOUCHEE ET NON SA REFLEXION SUR LE SUJET !

6) Le cas de la chine

FORTE PENURIE !

⇒ **+ de 1,5 millions de personnes en attente de greffes pour 10 milles greffes /an**

Avant, les organes provenaient des opposants au régime, destinés aux chinois, ou tout aussi bien revendus.

En 2007, grâce à un rapport rendant public cette affaire, le trafic d'organe en Chine y est INTERDIT.

Chine : en tête de préventions concernant les dérives sur les thérapies cellulaires.

VI/ L'acharnement thérapeutique

Quand parle-t-on d'AT ?

→ Lors de l'évolution terminale d'une maladie (cancer, SIDA), en gériatrie, en néonatalogie, en réanimation d'urgence (techniques lourdes) avec risques : réanimer patients en stade terminal ou avec anoxie cérébrale ++ => séquelles +++)

AT = « efforts thérapeutiques jugés excessifs par rapport aux chances de survie du sujet »

Acharnement = image négative, violence (obstination, persévérance, succès)

| ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE | | EUGÉNISME, EUTHANASIE |
|--|--|--|
| On en fait trop : « on ne sait jamais, malgré tout » | | On n'en fait pas assez : « à quoi bon ? » |
| Activisme technique ++ | | Défaitisme moral |
| Poursuite thérapeutique | | Arrêt thérapeutique |
| Risque abus de pouvoir médical | | Risque abus de pouvoir médical |
| - | + | - |
| -dépersonnalisation -souffrances inutiles Abus expérimentaux -On ôte au patient droit de vivre sa mort en conscience spirituelle et psychologique | -sauve des vies, surs -climat de confiance entre médecin et malade qui se sent protégé, qui SENT qu'on ne l'abandonne pas | |

Qui décide de la poursuite/arrêt d'un TTT ?

- **Société** : lois, décrets, règlements : normes de la relation médecin/malade
- **Malade et famille** : contexte affectif tue objectivité décision (parfois sérénité, conscience)
- **Médecin** : Possède la décision finale MAIS PAS ABSOLUE (motivations, critères de décision variables)

ATTENTION AU MÉDECIN !!

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Courage, foi en médecine | Volonté de vaincre, refus de l'échec | Goût performance technique | Souci des statistiques perso |
| Désir de «faire des K pr faire des sous» | Raisons politiques ou d'Etat | Rejet de sa propre mort | Sournoiserie : décide seul |

Contexte économique de l'AT : nombre de lits, d'infirmières, de médecins...

⇒ Disparité moyens techniques/financiers selon hôpitaux, régions, pays

Rapport avec le pronostic du patient ?

Pronostic (= **évaluation des chances de guérison et de survie**) très difficile. Décision d'AT toujours des incertitudes car il y a possibilités d'exceptions. Un patient n'a pas d'existence statistique lors d'un pronostic vital !

Ne pas sombrer dans :

- La sacralisation irraisonnée de la vie => AT aveugle + inconditionnel
- Le respect de la dignité de la vie à tout prix => prédétermination, auto/hétérodétermination mort

ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU PROBLÈME (2001-2005)

Recommandations face à la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation :

3 situations :

- ✓ Constat d'échec thérapeutique reconnu par l'ensemble de l'équipe : ne pas prolonger l'agonie
- ✓ L'évaluation d'un très mauvais pronostic : qualité, dignité de la vie ??
- ✓ La demande expresse d'un patient conscient informé, apte à décider de l'arrêt des suppléances d'organes

La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie Jean **Léonetti** (4 cas) (2005) ♥

- **PATIENT EN FIN DE VIE CONSCIENT** : respecter volonté du patient après l'avoir informé des conséquences, assurer sa dignité (soins palliatifs ?)
- **PATIENT EN FIN DE VIE INCONSCIENT** : décision médicale collégiale, transparente (prise après avis d'une personne de confiance) qui tient compte des directives anticipées du malade révocables par lui à tout moment => limitation ou arrêt des TTT +/-
- ♦ **PATIENT NON EN FIN DE VIE, CONSCIENT, QUI REFUSE TOUT TRAITEMENT** : médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter le TTT (« période d'essai ») quitte à faire appel à un autre médecin pour aider à convaincre. Après « délai raisonnable », se pose la question d'arrêt/limitation des TTT de façon collégiale, après avis personne de confiance et en respectant dignité du patient et de la famille
- **PATIENT NON EN FIN DE VIE, INCONSCIENT** : idem point ♦

NB +++ : dans chacun des cas, il faut impérativement **consigner faits et décisions dans le dossier médical !!!**

Rapport de l'assemblée nationale en 2008

La loi est mal connue puis mal appliquée par le corps médical et au sein du grand public il réside quelques incompréhensions.
L'assemblée NE RECONNAIT PAS l'euthanasie.

Loi rigoureuse et humaine :

- Lutte contre AT et diagnostic
- Reconnaissance au malade du droit de vivre et de préparer sa mort
- Sérénité dans la prise de décision
- Recherche permanente de la transparence et de la collégialité
- Stratégie de prise en charge globale (somatique et psychologique) du malade
- Garantie des bonnes pratiques (rigueur scientifique)
- Relation de confiance sans cesse entretenue (dialogue ++) : patient, famille, corps soignant

- Elaboration de critères objectifs : arrêt des soins si pronostic défavorable
- Elaborations de critères subjectifs : dépendant de la position du malade et de sa famille et d'une réflexion collective sur : la qualité de vie du malade (dignité vie future ? handicap ?), la qualité de vie de sa famille (charge physique, affective, financière), charge éco pour Société

Attention à ce qu'une GUÉRISON TECHNIQUE immédiate ne se transforme pas en ÉCHEC ÉTHIQUE à terme

Des mesures de confort et de soins palliatifs doivent être prises (toujours par médecin senior responsable) :

Prise en charge de la douleur physique et psychologique

Sédation (doses non limitées) : benzodiazépines, morphiniques, barbituriques

Arrêt du monitoring, des radios itératives, des PV biologiques

Baisse des paramètres de suppléance ventilatoire, nutritionnelle, hémodynamique

Accompagnement du patient et de sa famille par un personnel formé pour cela

→ **L'injection létale INTERDITE**

Historique de la réglementation

- **Années 90** : Conseil de l'Europe pose le problème
- **2000** : CCNE donne son avis sur le sujet
- **2002** : Loi Kouchner : pose les 1^{ères} bases de réglementation sur le sujet
Le CCNE propose l'euthanasie MAIS dans un CADRE PRECIS, avec accord judiciaire mais l'assemblée le 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 AUTORISENT L'EUTHANASIE.

MISSION SICARD

-Ensemble de réunions PUBLIQUES lancées en Septembre 2012 regroupant des citoyens de tout milieu.

-But de ces réunions : donner des propositions MAIS ne pas modifier la loi / Elaborer un projet de loi/ DVP une culture palliative et créer une frontière entre palliatif et curatif/ Redonner une place à la mort à domicile/ Refuser le suicide assisté/ Favoriser l'accompagnement du patient en fin de vie/ Reconnaître l'euthanasie comme un problème citoyen et l'interdire/ Améliorer les connaissances de la Loi Léonetti

*Merci à Anthony (ex tut SSH) sans qui cette fiche n'aurait jamais vu le jour (que d'émotion).
Et une petite dédicace à mes fillottes : Coco, Juju, Candice et Julie ♥*