

Complexité et questionnements des pratiques sédatives en LISP

RESPECTER LA VOLONTÉ DES PATIENTS EN FIN DE VIE

LE CHOIX ME SEMBLE
ASSEZ CLAIR !



Vendredi 24 Mars 2023

La loi Clayes-Leonetti La S.P.C.M.J.D.

Dr Emmanuel de Larivière

Responsable Pôle Palliatif – Marie Galène

Je n'ai aucun lien d'intérêts à déclarer

Longue réflexion collective jusqu'à la loi de 2016

- Engagement 21 du candidat Hollande : « assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité »
- Décembre 2012 rapport de la « commission de réflexion sur la fin de vie en France » (Didier Sicard) :
 - Sédation en phase terminale
 - Évocation du suicide assisté / maintien de l'interdit de l'euthanasie
- Juin 2013 : avis 121 du CCNE
 - rendre accessible à tous le droit aux soins palliatifs
 - le respect des directives anticipées
 - respect du droit de la personne en fin de vie à une sédation profonde jusqu'au décès si elle en fait la demande
- Septembre 2014 mission Claeys-Leonetti
- Année 2015 discussion sur la loi et en parallèle sur le plan
- 27 février 2016 : vote définitif de la loi par les 2 chambres

Une demande sociétale

- 3 constats : un patient non écouté, non soulagé qui meurt à l'hôpital
- Une demande de plus grande autonomie et de participation aux décisions
- Une volonté d'une plus grande maîtrise
- Sur un terrain d'inquiétude et de méconnaissance
- Une focalisation médiatique sur la question de l'euthanasie comme si c'était LA réponse au problème du « mal mourir » en France

co-construction d'une double réponse à cette demande sociétale

- Une réponse législative : texte présenté demain aux 2 chambres
- Un réponse de santé publique: le plan 2015-2018

Une loi de santé

1- Lutter contre l'acharnement thérapeutique

2-Reconnaître de nouveaux droits pour le jour ou le patient n'est plus en capacité de s'exprimer

- définition d'une procédure collégiale
- les directives anticipées
- la personne de confiance

3-améliorer la prise en charge

- développement des soins palliatifs en particulier à domicile
- amélioration prise en charge des symptômes

Une réponse politique

1-Renforcer le droit des malades

- Des DA qui s'imposent
- Un droit à la sédation

2-Améliorer l'expression de la volonté du malade

- Une hiérarchie des avis
- Des DA plus précises
- la personne de confiance

3- Renforcer les devoirs des médecins

4- Refus de dépénaliser l'euthanasie ou le suicide assisté

5- Améliorer la prise en charge

- Une obligation de formation
- Des ARS qui s'impliquent

Une définition de l'obstination déraisonnable non modifiée

Ces actes ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Nouveauté : La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés

Intégration du principe du double effet

« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Les directives anticipées

Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté »

1 - Indiquent les souhaits de la personne sur la fin de vie

2 - Plus de durée de validité

3 - Elles s'imposent aux médecins SAUF

- urgence vitale le temps nécessaire pour faire l'évaluation complète de la situation

- si manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale (procédure collégiale)

4 - Elles sont révocables à tout moment

Création d'un droit à la sédation pour le patient

La **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès** (SPCMD) du patient est une procédure encadrée par la **loi du 2 février 2016** créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie qui fait suite à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et par le décret du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès

Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? – HAS