



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Directives médico-éthiques «Attitude face à la fin de vie et à la mort»

Discussion avec les médias

Vendredi, 17 novembre 2017, Maison des Académies, Berne



Agenda

Allocution de bienvenue

Daniel Scheidegger, Président ASSM

Directives révisées: Contexte et principales nouveautés

Prof. Christian Kind,

Président de la sous-commission responsable de l'élaboration des directives

Discussion avec des expertes et des experts

- Dr méd. Roland Kunz, gériatre et spécialiste en soins palliatifs
- Susanne Brauer PhD, Vice-Présidente de la CCE
- Sonja Flotron, soins/soins palliatifs

Entretien individuels/Enregistrements

Motifs de la révision des directives «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie»

Besoin de soutien du corps médical

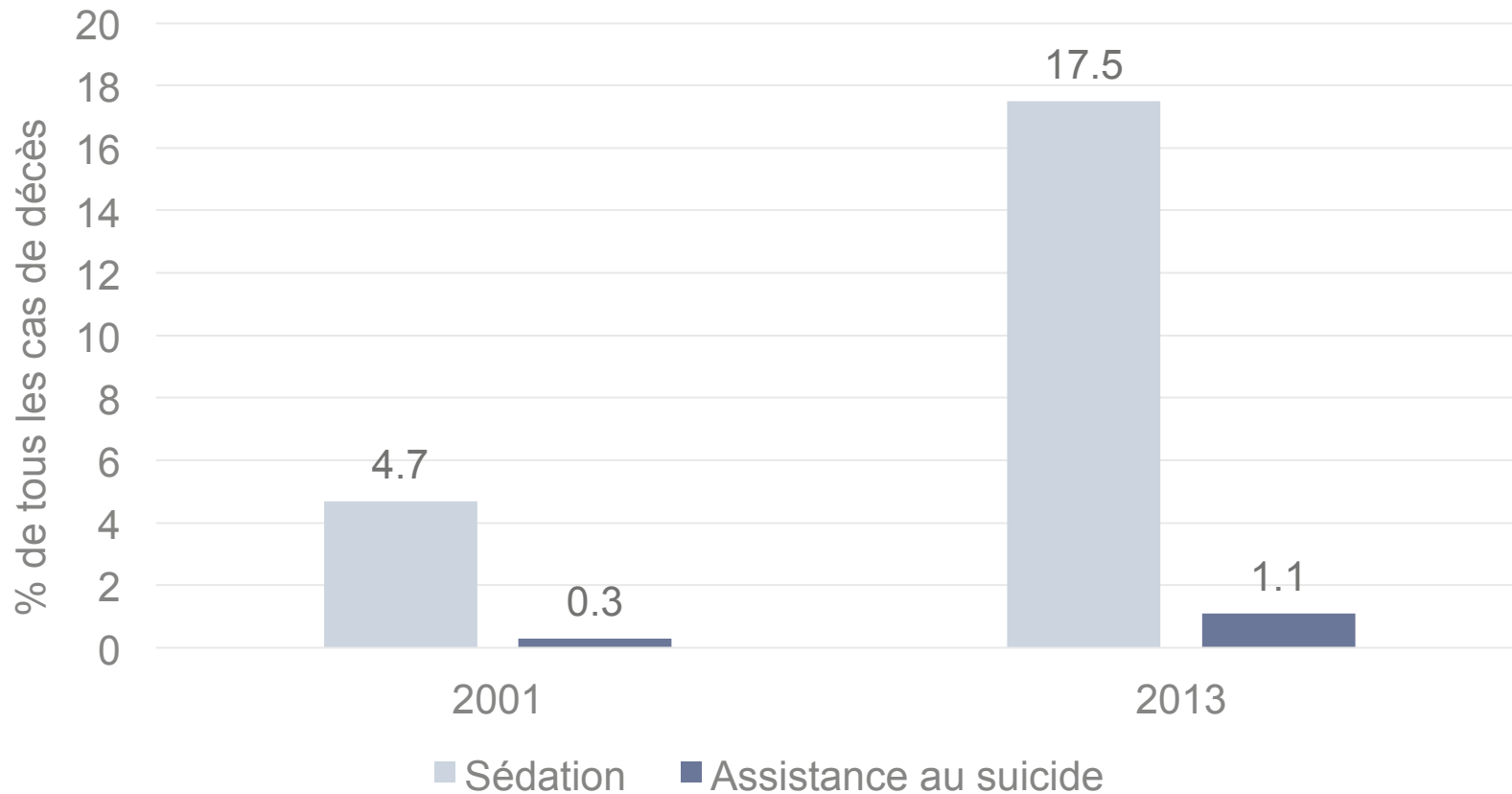
- Entretiens sur la fin de vie et la mort
- Nouveaux modèles de décision:
Shared Decision Making, Advance Care Planning
- Prise en charge des proches

Nouvelles connaissances acquises avec le PNR67 et l'étude sur l'assistance au suicide de l'ASSM

Débat public sur l'assistance au suicide de patients n'étant pas mourants

Nette augmentation de la sédation continue jusqu'à la mort et de l'assistance au suicide

Sédation continue jusqu'à la mort et assistance au suicide 2001 vs. 2013



Données de Bosshard G. et al. JAMA Intern Med 2016;176:555

Principales nouveautés

Elargissement du champ d'application

Principes et objectifs

Renforcement de l'importance du dialogue

Autodétermination et Shared Decision Making

Planification thérapeutique (Advance Care Planning)

Prise en charge des proches

Trois catégories d'actes qui accélèrent – potentiellement ou certainement – la survenue de la mort

Précisions concernant la sédation palliative

Admissibilité de l'assistance au suicide avant le début du processus de la mort

Renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation

Principales préoccupations lors de la révision des directives

Les principes des soins palliatifs comme fil conducteur.

Le respect de l'autodétermination tout en protégeant les droits des proches et des professionnels de la santé.

Protection des patients vulnérables des mesures médicales qui ne correspondent pas à leur volonté éclairée, libre et réfléchie.

Définition claire de l'objectif thérapeutique concernant le moment de la mort (report – acceptation – accélération).

Emploi de notions précises sans termes polysémiques.

Domaine d'application

Patients mourants

Patients atteints d'une maladie à l'issue probablement mortelle

Patients qui émettent des désirs de mourir

Actes qui accélèrent – potentiellement ou certainement – la survenue de la mort

Actes généralement acceptés

- Renonciation au traitement et retrait thérapeutique
- Soulagement des douleurs et autres symptômes
- Sédation

Actes controversés

- Assistance au suicide
- Accompagnement et gestion des symptômes en cas de renonciation à l'alimentation et à l'hydratation

Actes interdits

- Meurtre à la demande de la victime
- Meurtre sans demande de la victime

Actes controversés

L'objectif de l'acte ne fait pas partie des objectifs généralement reconnus de la médecine.

La responsabilité de l'acte doit être endossée au cas par cas par le professionnel de la santé lui-même. Celui-ci doit être personnellement convaincu qu'il agit pour le bien du patient et selon sa volonté autodéterminée.

Aucun professionnel de la santé ne doit être obligé d'exécuter des actes controversés.

Sédation palliative

Pour des symptômes impossibles à traiter autrement.

Aussi intensément et aussi longtemps que nécessaire, mais pas plus.

Seulement provisoirement pour les souffrances non somatiques (Respite Sedation), en cas d'échec des mesures non médicales.

Ne peut remplacer l'attention bienveillante et l'assistance spirituelle.

La sédation profonde continue jusqu'à la mort n'est admissible qu'après le début du processus de la mort.

Autrements il s'agit d'un homicide.

Pas de sédation sans compte-rendu précis des symptômes et des mesures.

Assistance au suicide

Admissible lorsque le médecin est personnellement convaincu qu'il agit pour le bien de son patient et si les conditions suivantes sont remplies:

- les symptômes et/ou les limitations fonctionnelles entraînent des souffrances insupportables,
- les autres options (médicales et non médicales) ont échoué ou ont été jugées inacceptables et refusées,
- la capacité de discernement a été minutieusement évaluée par un spécialiste en cas d'états susceptibles de l'altérer,
- le désir de mourir est réfléchi, ne résulte pas d'une pression extérieure et est durable,
- les conditions ont été vérifiées par une tierce personne,
- le souhait du patient est compréhensible, compte tenu de son histoire et après des entretiens répétés.

Renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation

Ne pose en général pas de problème en phase terminale.

En cas de démence, d'autres causes doivent être écartées.

Le processus doit être clarifié minutieusement avant le début de la phase terminale. Un accompagnement ne peut être exigé des professionnels de la santé.

Une sédation destinée à supprimer les sensations de faim et de soif est inacceptable.

La nourriture et l'hydratation ne doivent pas être refusées aux patients qui le demandent, même si cela ne correspond pas à leurs directives anticipées.

Contact pour toute question

Michelle Salathé, Secrétaire générale adjointe de l'ASSM
m.salathe@samw.ch