

**« S'INFORMER ET DEBATTRE
DES DROITS DES MALADES ET A LA FIN DE VIE »**

**CONFERENCE DEBAT* LE 4 SEPTEMBRE 2008 DE 15 H A 17 H
COMPLEXE DE LA REPUBLIQUE - SALLE 703 - Rue Carnot à Pau
Par le Dr Raymond DECHELOTTE**

Mme Janine CENAC présente le CIAPA et les différentes actions qu'il propose, dans lesquelles s'insère la « causerie » d'aujourd'hui.

Avant-propos de Jean-Claude BREGAIL:

« Je représente ici la Section des Retraités du SICTAME ainsi que la CNR 64. Le SICTAME et l'ANHR 64 sont adhérents de la section départementale CNR 64 membre, au niveau national, de la CNR (Confédération Nationale des Retraités) qui est affiliée à la CFR (Confédération Française des Retraités).

Juste pour lancer la causerie d'aujourd'hui et jouer le rôle du candide au cours de l'exposé qui va suivre, je dirai avoir été témoin d'une situation de fin de vie très éprouvante pour la famille qui était concernée parce que :

- elle était géographiquement éloignée de ses bases,*
- elle jugeait qu'il y avait de la part de la structure médicale du lieu, un acharnement thérapeutique (on dit maintenant : obstination déraisonnable),*
- son séjour prolongé pour rester auprès du malade mettait en péril l'entreprise familiale.*

Aussi, dès que l'échéance finale est arrivée, cette famille m'a bien recommandé de prendre mes dispositions, de mon vivant, pour éviter l'obstination déraisonnable.

Mais, cela est-il possible aujourd'hui ?

Pour répondre à minima à cette question, je m'en suis ouvert au Docteur Raymond DECHELOTTE qui a bien voulu, avec son confrère Louis MOUTON, monter la causerie à laquelle nous allons assister.»

Exposé du Dr Raymond DECHELOTTE

« Je remercie le Président de la CNR 64.

Je dois exposer ici l'essentiel de la législation sur les droits des Malades majeurs et hors urgences et de la fin de vie.

Je doute du choix qui m'honore. Il aurait été plus judicieux qu'un Juriste, Médecin si possible, vous expose la législation actuelle. En effet, je suis retraité depuis quinze ans et les lois qui nous concernent datent de moins de dix ans.

Enfin, je suis et reste Médecin, et comme tout soignant, j'ai été au long de ma carrière considéré comme un guide moral. Cette fonction paternaliste se retrouve dans la définition du colloque singulier : la confiance du Patient face à la conscience du Médecin.

Personne n'est à l'aise avec la mort qui ne connaît pas de définition juridique. Le droit a besoin de critères précis que le professionnel doit certifier :

- ❖ absence totale de conscience et d'activités motrices spontanées,
- ❖ abolition de tous les réflexes du tronc cérébral,
- ❖ absence totale de ventilation spontanée.

Pour certaines situations de réanimation, la destruction encéphalique est attestée, soit par deux électro-encéphalogramme nuls et aréactifs, soit par une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique.

Le droit a rejoint la Médecine lorsque les critères de la mort sont réunis.

Nous verrons tout au long de cet exposé que le droit et la Médecine sont intimement liés, et que l'on soit Malade ou en fin de vie, ou les deux, chacun doit se plier finalement au partenariat social, qui se renouvelle constamment entre le monde médical et le monde judiciaire.

Autrefois, la Médecine curative était exclusivement enseignée. Elle s'avère aujourd'hui inappropriée pour de nombreuses situations : maladies chroniques échappant à la thérapeutique au fur et à mesure de leur évolution, maladies neurovégétatives avancées, cancers non maîtrisés, maladies orphelines (pourtant

génétiqnement plus simples que les maladies communes), échéances d'handicaps lourds et de la dépendance. Il s'agit d'aider ces patients à « faire face », « faire avec » et non plus à « faire contre ».

Aujourd'hui, tout devient de plus en plus complexe. La législation doit tenir compte de l'évolution des moeurs, de la démographie, du droit à la santé, de la revendication du droit à la mort et des techniques qui avancent si vite que la loi ne peut toutes les encadrer totalement.

La biologie évolutionniste a profondément bouleversé la représentation de la mort et de la naissance, qui ne sont plus des événements aussi ponctuels. Les limites de la vie et de la mort sont devenues plus floues, et même le respect de la vie humaine est lié à des notions arbitraires, à des conventions sociales et culturelles variables d'un pays à l'autre. La vie humaine reste fluctuante, complexe et si personnelle, qu'on veut mourir à un moment donné, pour en retrouver le goût voire le bonheur à un autre moment.



Aujourd'hui, 70 % des français meurent à l'Hôpital, 94 % à Paris meurent à l'hôpital, et bien trop de personnes décèdent sans accompagnement social et humain. Même peu de personnes -voire les proches- ont l'opportunité d'assister de façon prolongée à une fin de vie.

C'est pourtant un privilège de réaliser cet accompagnement. Il permet pourtant de comprendre qu'il faut du temps pour que le cerveau contrôle le cœur. D'abord c'est l'émotion qui nous saisit, puis l'angoisse se développe avec la durée, au point de réclamer voire d'exiger une solution immédiate. Progressivement, l'illusion de l'immortalité fait place aux interrogations philosophiques et religieuses. Les utopies actuelles de la santé parfaite, les légendes du clonage et de l'Homme bionique exposent aux mêmes travers : à croire que l'identité humaine est maîtrisable et malléable à souhait.

Comment passer de l'émotion à la raison, du particulier à l'universel ?

La loi se veut normative, elle édicte des règles pour tout le monde. Il appartient à la jurisprudence de les adapter aux faits en tenant compte de la diversité des situations et des certitudes individuelles. Une loi qui enregistrerait toutes les

exceptions et toutes les postures militantes ne serait plus une loi. Pourtant dans le Monde entier, les débats tournent autour de deux sujets principaux :

- le respect de la personne (du corps humain et de la vie privée),
- l'autonomie de la personne (du patient en fin de vie, en état comateux ou en démence).

Les Comités d'éthique du monde entier qui se sont réunis les 1^{er} et 02 septembre dernier à Paris, veulent faire émerger ces principes universels.



La loi Leonetti, du 28 avril 2005 concerne les personnes majeures confrontées à la fin de vie, hormis les situations d'urgence médicale.

Elle compte quinze articles, trois décrets d'application parus le 03 mars 2006. Elle est inscrite au Code de Santé Publique.

Jean Leonetti est un Député des Alpes Maritimes, âgé de 60 ans. Cardiologue en activité à Antibes, Professeur au centre Hospitalier Universitaire de Nice, il est désigné en 2003 pour présider une mission sur la fin de vie.

Le 11 mars 2008, il a été missionné pour évaluer sa propre loi et lui apporter d'éventuelles modifications dans le cadre de la réforme des lois de la bioéthique de 2010.



Trois dispositions, peu dissociables, recherchent un équilibre entre les droits et la responsabilité du Malade, préalablement informé, et la responsabilité du Médecin. Ce sont :

- l'interdiction de l'obstination déraisonnable,
- l'obligation de traiter la douleur physique et morale,
- le droit du Patient à exprimer sa volonté.

La méconnaissance et la non application de ces dispositions exposent à des sanctions dans le cadre d'une législation antérieure :

- avec la création des soins palliatifs qui constituent ce qu'il y a à faire et à être professionnellement et humainement, en date du 09 juin 1999,
- avec la loi Kouchner du 04 mars 2002, qui considère que « tout patient est le décideur des soins qu'il reçoit en connaissance de cause ».

1. L'obstination déraisonnable

est le principe de droit qui permet au malade de refuser tous les traitements qu'il juge inutiles ou dépourvus de sens – qu'il soit ou non en fin de vie ou qu'il soit maintenu en vie par un artifice technique.

Les Professionnels de santé sont tenus de se conformer à cette décision après un « **délai raisonnable** » de réflexion (selon la situation) sur l'information préalablement donnée et ses conséquences de son exécution.

Ce principe de droit est rarement utilisé par le Malade, soit par méconnaissance, soit surtout par réticence à participer à une décision qu'il laisse prendre au pouvoir paternaliste qu'il réclame après l'avoir condamné.

A l'opposé, le malade, et plus souvent son entourage, manifestent des exigences prométhéennes, avec des menaces de non assistance à personne en danger, difficiles à maîtriser car il est parfois des situations désespérées qui s'avèrent réversibles.

En réalité, la ligne de partage entre l'obstination raisonnable et courageuse et l'obstination déraisonnable, qu'on appelait hier acharnement thérapeutique, reste floue. La distinction entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie passive est même paradoxale, puisque l'arrêt des traitements (hormis les soins palliatifs) abrège la vie de toute façon.

Mais ce qu'il faut craindre surtout, à titre personnel, ce sont les dérives d'ordre économique :

- Les unes à l'échelle de l'Etat pour réduire les dépenses de santé qui atteignent près de 11 % du PIB. Le risque est grand pour tous les

régimes politiques, quand s'introduit une dictature marchande progressivement thanatocratique, en évaluant l'incurable dont la fin de vie est particulièrement onéreuse. La mort serait-elle imposée ou assistée dans un environnement médicalisé ? Cette vision sordide n'est pas à exclure.

- D'autres dérives s'avèrent possibles en arrière-plan, celles d'intérêts particuliers lors de la mise en œuvre d'investigations et de moyens techniques injustifiables, échappant à tout contrôle public, et pourtant pris en compte par la tarification à l'activité. La loi Leonetti a au moins le mérite de lever le voile d'hypocrisie qui recouvre certaines pratiques plus ou moins clandestines.

2. La prise en charge de la douleur

est aujourd'hui une obligation médicale qui se définit comme un acte de soins consciencieux, attentif, conforme aux données scientifiques.

La douleur est à identifier, à évaluer pour définir le palier thérapeutique à atteindre et choisir l'antalgique adapté, le plus efficace et le moins inconfortable possible, en assurant l'indispensable assistance morale.

Il existe des situations où les douleurs sont intolérables, réclamant l'utilisation d'antalgiques puissants à des doses souvent élevées. C'est traiter la souffrance en assumant le risque de hâter la mort.

Tel est le principe du double effet : décès non voulu mais prévu.

La loi actuelle rejette toute simplification : donner la mort reste un interdit. La blouse blanche, la seringue ou la pompe à morphine, ne confèrent pas l'immunité.

L'ultime disposition consiste à endormir le Patient pour apaiser sa souffrance voire à supprimer son agonie.

On voit bien qu'au seuil de la mort, la frontière reste floue. Les militants de l'euthanasie, de l'« aide active à mourir » taxent d'hypocrisie ces dispositions de la loi, et cherchent ainsi à marquer leur empreinte sur la législation française, voire à mettre le législateur au pied du mur.

Mais personne ne conteste l'existence de situations très difficiles à gérer, notamment à domicile. Reste la solution d'une hospitalisation en unité de soins palliatifs dans l'intérêt du Patient et de sa Famille.

Je propose ici, au CIAPA, dans le cadre de ses « Causeries », d'organiser une réunion permettant de faire le point sur les soins palliatifs, leur rôle et leurs missions, les objectifs législatifs et leur organisation en réseau départemental, les notions d'équipes mobiles, d'hospitalisation à domicile, d'unités et de lits identifiés « soins palliatifs » dont la tarification à l'activité est codée. Mais pour en parler il faut être spécialisé et en activité. Mon prédécesseur et ami, le Dr DE LA FOURNIERE, est incontournable pour traiter ce problème très important qui fait barrage, en partie, à celui de l'euthanasie. Il développera sûrement les courants distincts d'opinions.

- Ceux qui sont opposés à l'euthanasie, définie comme l'administration de substances à dose mortelle dans le but de provoquer la mort, dans un objectif compassionnel. Leur approche est interdisciplinaire, accordant aux bénévoles une place dans le cadre de l'accompagnement.

- D'autres donnent au Patient la place centrale aux décisions qu'il prend pour lui-même.

A mon avis, la grande difficulté pratique des soins palliatifs est l'accès aux unités hospitalières, déjà difficiles à mettre en place dans le secteur public, mais surtout bien davantage dans le secteur privé, en raison du manque de rentabilité.

3. L'expression de la volonté du Malade

lui permet de participer au processus de décision qui le concerne, c'est-à-dire suspendre ou ne pas entreprendre les traitements qui lui sont proposés.

Jusqu'à présent, tout Malade pouvait s'interroger : Est-ce moi qui décide ? Qui me fait décider ? Qui me fait ne pas décider ? Quelle est ma part de liberté dans mes actes ? La réponse ne se résume plus dans le colloque singulier, elle est entrée dans la sphère publique, où la question de la responsabilité est au cœur

des débats. Aujourd'hui, les Médecins sont tenus de suivre la décision du Malade, en état d'exprimer sa volonté, après l'en avoir avisé des conséquences.

Si le Patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, il existe deux éventualités retenues par la loi qui introduit l'accompagnement, les procédures, l'encadrement, et le cheminement nécessaires pour la fin de vie.

1^{ère} éventualité : Le Patient ne laisse aucune consigne : c'est le cas le plus fréquent, compte tenu de la réticence du Soigné à participer à la décision finale et de sa préférence à lui laisser l'entière responsabilité. Tout au plus, ils mettent le Médecin sur la voie de la décision à prendre. La procédure à respecter est alors collégiale, réunissant Professionnels et Proches.

2^{ème} éventualité : Le Patient laisse des consignes versées dans son dossier médical et donc consultables, dans le respect de la procédure collégiale. Elles doivent être formellement respectées.

Les consignes sont de deux types :

- directives anticipées, manuscrites datées et signées par l'intéressé devant deux témoins, moins de trois ans auparavant.

Ces directives anticipées, appelées également mandat de fin de vie, permettent d'exprimer ses volontés médicales, révocables à tout moment, qu'il aimerait voir respecter, si le jour venu il se trouvait hors d'état d'exprimer sa volonté.

- désignation écrite d'un tiers, appelé personne de confiance, dont le rôle est consultatif.

L'expression de la volonté du malade se trouve doublement garantie :

- par la traçabilité de ses directives,
- par la collégialité de la décision, en concertation avec l'entourage du Malade.



Je pense avoir exposé les principales dispositions de la loi Leonetti, en regrettant avec d'autres qu'elle ne concerne ni les situations d'urgence, ni les personnes mineures. Elle n'est probablement pas parfaite mais elle a le mérite d'exister.

Pour ma part, je souhaiterais qu'elle ne soit qu'une étape prenant le temps d'examiner les cas particuliers avec la plus extrême transparence, non pour en faire des exceptions mais pour engager des démarches éthiques dans plusieurs secteurs d'activités médicales.

- Tel est le cas des **grands prématurés**. J'en garde de mauvais souvenirs, lorsque j'étais chef de clinique dans ce service où les grands prématurés présentaient souvent des déficiences motrices, sensorielles et cognitives, quand ils atteignaient l'âge de cinq ans. Aujourd'hui on sait mieux en repérer les causes (leucomalacie périventriculaire, hémorragie intraventriculaire) qui prédisent une atteinte grave de la vie relationnelle. Les parents sont-ils seuls en droit de ne pas demander l'arrêt de certaines vies biologiques ?

- Je ne vais aborder ici le problème de l'**enfance**. Un enfant est-il autonome de sa liberté ?

- Quel est le problème essentiel **de l'urgence** ? Non pas celui de l'évaluation ou de limitation thérapeutique, qui relève à présent d'une décision médicale encadrée par la procédure collégiale mise en place, mais bien celle d'admettre ou de refuser aux urgences un Patient, quel qu'il soit ou quel que soit son âge, sous le motif de manquer de place.

De la **sédation temporaire voulue** et de la **sédation terminale prévue et non voulue** alors que l'**euthanasie compassionnelle** reste non définie, souvent mal médiatisée et parfois victime d'un acharnement judiciaire. La mort donnée est une transgression, mais transgresser la loi n'est pas la nier. Or, l'arrêt de la vie qui découle de l'arrêt de la réanimation ou d'une sédation conduit à assumer le paradoxe d'une transgression.

Avant de terminer, faut-il aborder ici le problème du **droit de mourir** si l'on tient compte des modifications très profondes des mœurs et des valeurs. Les

militants de **l'euthanasie** demandent un changement législatif puisque cela se fait ailleurs et que l'éthique évolue sans être une morale inscrite dans le marbre.

Le suicide n'est-t-il pas l'acte de liberté suprême ? La loi Leonetti ne répond pas à ceux qui démissionnent de la vie, qui considèrent que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Elle reste contre le **suicide assisté**, engageant la participation du Médecin.

Tous les pays sont intéressés par le thème du mourir mais l'éthique est-elle un outil de mondialisation utopique, si l'on tient compte des conditions socioéconomiques et des différences culturelles de chaque pays

En France, il appartient au Parlement d'arbitrer les options politiques qui sont tributaires surtout des avancées des techno sciences.

Mais pour conclure, deux questions auxquelles je ne sais répondre :

- 1- La mort est-elle strictement l'affaire d'un individu ?
- 2- Peut-on espérer une bioéthique universelle au delà de tous les clivages scientifiques et religieux, socioéconomiques, politiques et culturels ? »

**CONFERENCE DEBAT
LOI LEONETTI
« LES DROITS DES MALADES EN FIN DE VIE »
JEUDI 04 SEPTEMBRE 2008**

DEBAT
suite à l'exposé du Docteur Raymond DECHELOTTE

Question : « Si je prépare des directives anticipées, signées par une voisine et/ou n'importe quelle autre personne, sont-elles valables ? »

Réponse : « Oui elles seront valables. Les directives anticipées doivent être datées et signées par deux personnes, quelles qu'elles soient. Le document doit être remis au Médecin traitant qui le versera au dossier médical personnalisé de son Patient, et qui le transmettra au moment voulu aux Médecins hospitaliers concernés par la décision à prendre, concernant la fin de vie du Patient en question. »

----- ◆ -----

Question : « Parmi les critères attestant de la mort d'un individu, il a été dit que dans certains cas il fallait avoir recours aux résultats de l'angiographie. Or, je suis allergique à l'iode. Que se passera-t-il ? »

Réponse : « D'abord il faut le consigner dans le document 'Mandat de vie' et ensuite, le moment venu c'est, dans l'état actuel de nos connaissances, une IRM qui sera pratiquée. »

----- ◆ -----

Intervention du Dr MOUTON :

« Le public ne s'est jamais vraiment posé la question de la mort du Malade à l'hôpital.

Rappelons nous :

-le Décalogue : tu ne tueras point !

-l'adage médical : guérir parfois, soulager toujours !

et n'oublions pas, que le patient, le malade place sa confiance en la conscience du médecin !

Alors que fait-on en pratique ? »

« Quand un Patient arrive à l'Hôpital, le Médecin a plusieurs obligations :

- recevoir le Malade dans les meilleures conditions,
- faire un diagnostic le plus précis et le plus rapidement possible,
- coûter le moins cher à l'Hôpital,
- s'entretenir avec le Malade et sa Famille, et leur fournir une explication délicate.

Que faire quand le diagnostic vital est engagé ? Comment l'annoncer ?
Quels soins proposer ?

Il est du devoir du Médecin de soigner le plus et le mieux possible (choix des médicaments, des thérapeutiques, ...), et de prendre des décisions, non pas personnelles, mais collégiales. Mais ces décisions collégiales ne sont pas toujours évidentes à prendre lorsque tous les Médecins en présence ont des avis divergents, voire opposés.

Le Médecin fait face à la Famille, de plus en plus exigeante, et doit :

- être patient,
- se faire comprendre (faire attention au jargon médical),
- ne pas essayer de fausser la réalité.

Lorsque le Médecin juge qu'il y a une espérance de récupération, il faut tout faire pour le malade. Mais dans le cas où l'évaluation du facteur de récupération reste difficile, quelle décision le Médecin doit-il prendre ; quel sort faut-il lui réserver ? Surtout qu'il y a beaucoup d'arguments pour freiner et notamment les facteurs économiques qu'il ne faut pas occulter ?

Je me répète mais il faut dialoguer avec le malade si possible sinon avec la famille tout en faisant attention à l'ambivalence car il ne faut pas fausser la réalité ; cela pourrait être plus ou moins bien perçu par la suite.

Les soins palliatifs se font autant sur le plan moral que physique.

Il est essentiel de maintenir une entente entre le Malade (c'est des fois possible même avec des malades qui végètent et qui peuvent avoir des embryons de conscience ... donc il faut dialoguer !), la Famille et les Professionnels, mais il y a toujours une part personnelle du Médecin qui travaille pour soigner (il faut pratiquer une thérapie de soulagement : donner du sérum à un malade qui a la bouche sèche, soigner les escarres, etc.) et non pas pour faire mourir.

Mais la position du médecin est très délicate car toutes les situations sont différentes, il est très difficile d'y faire face sans une concertation malade, famille, médecin et tous les traitements proposés ne sont pas anodins. Par exemple, on soigne la douleur par des analgésiques, de la morphine tout en sachant que cela complique la digestion et qu'il peut y avoir des troubles cardio-vasculaires, etc.



Intervention de Maître DUPIN :

Depuis l'époque romaine, les progrès techniques et l'évolution des mœurs font que les problèmes que l'on vit aujourd'hui ne se posaient pas avant. Aujourd'hui, la morale fait place à l'éthique et chaque individu doit être un sujet de droit et la mort est un hiatus juridique! Alors, la famille, les médecins, oui, mais il faut autant que faire se peut tenir compte de la volonté du malade pour sa fin de vie.

Intervention de Monsieur POUMOT (Président de l'APETRA) :

« Un constat est évident : autrefois les Médecins généralistes étaient différents. Aujourd'hui, ils nous apparaissent très pris, très occupés, moins disponibles. Il semble qu'il y a du « laisser aller » sur le plan médical quelquefois.

L'Union de Défense du Consommateur « UFC Que Choisir » a mené une enquête dont les résultats sont les suivants : sur 100 personnes ayant été hospitalisées pour des problèmes de santé d'ordre cardiaques, 30% (à confirmer) n'ont pas eu d'examen de contrôle de leur tension par leur Médecin, dans le mois suivant.

Il semblerait qu'à côté de cette Loi Leonetti d'autres aspects seraient à traiter en amont. »



Question : « Dans quelle mesure les Médecins généralistes, et surtout en milieu rural, sont-ils sensibilisés par des thèmes comme celui d'aujourd'hui ? »

Réponse : « Le principal problème de loi Leonetti est sa méconnaissance par les équipes. Aujourd'hui, on peut observer une maîtrise des techniques et des technologies, mais un rejet évident des responsabilités (par exemple, le problème des gardes la nuit, les week-ends et jours fériés). »



Question : « Les généralistes sont-ils formés à la gérontologie ? »

Réponse : « Ne nous voilons pas la face, il y a une catastrophe économique !!! Et d'ailleurs, qui gère les actes médicaux ? Et puis, vous savez, 'On se spécialise, on maîtrise bien sa technique, on est le seul à savoir, on reçoit sur RDV et on prend des vacances ! »



Intervention de Monsieur POUMOT :

« Au niveau de l'Association pour laquelle j'œuvre, je peux faire le constat que le Médecin des adhérents reste tout de même un confident, car il est un Médecin de Famille, qui connaît en règle générale ses Patients depuis des années. Dans le cadre de la loi Leonetti, il demeure une personne de référence. »



Intervention du Dr MOUTON :

« Il est évident qu'il existe de réels problèmes en France à ce jour. Il paraît :

- impossible qu'un généraliste puisse rencontrer 40 à 50 patients par jour,
- indispensable d'augmenter le prix horaire d'exercice des Médecins généralistes,
- intéressant de diminuer le taux de remboursement des soins techniques,
- nécessaire d'imposer aux Centres hospitaliers universitaires de proposer des formations dans le secteur de la psychologie aux Médecins.

La Médecine peut être revalorisée si chacun prend ses responsabilités, au niveau :

- des C.H.U.,
- des conseils départementaux et régionaux des Médecins,
- du Ministère. »



Intervention de Didier Moura (Représentant l'ANHR 64)

« La personne de confiance a-t-elle un rôle décisionnel ? »

Réponse : « La personne de confiance rapporte les volontés transmises par la personne qui l'a désignée, mais qui peut d'un instant à l'autre désigner quelqu'un d'autre. La ou les personne(s) de confiance est (sont) entendue(s) par l'équipe médicale qui prend en charge le malade concerné, pour retranscrire les paroles de celui-ci.

Rien n'équivaut les directives anticipées. La personne de confiance n'est pas une garantie formelle, mais c'est mieux que rien. C'est une voix consultative ! »



Question : « Il est très important de maintenir une communication entre la Famille, le Patient et le Médecin.

Si tous les Médecins respectaient cela, ne pensez-vous pas que les patients seraient moins anxieux lors de la fin de vie ? »

Réponse : « Le Serment d'Hypocrate devrait être respecté par tous les Médecins. Mais chacun d'entre nous, et de plus en plus de nos jours, attend trop de la Société et même l'immortalité. »



Intervention : « Nous sommes trop passifs, nous passons le témoin aux autres ! »

Témoignage : « Tous les témoignages de cet après-midi sont très pessimistes. Mon histoire personnelle l'a été beaucoup moins que cela. Lorsque mon père est décédé il y a 59 ans, et ma mère il y a trois ans, nous avons été soutenus et aidés. J'ai tout à fait confiance en mon généraliste. De plus, il faut savoir s'entourer de sa famille et ses amis. »



Question :

« Comment rédiger le 'Mandat de vie ? »

Réponse :

« Vous avez la réponse dans la documentation mise à votre disposition par le CIAPA.

Sachez quand même que les consignes sont laissées dans le dossier médical hospitalier. Ce 'Mandat de vie' doit être daté, signé par le patient et deux témoins et avoir été créé moins de 3 ans avant l'hospitalisation et que ce document est révocable à tout moment par son auteur. »



Intervention du Docteur Raymond DECHELOTTE :

« Au moins la loi existe. Elle n'est pas excellente, elle sera amendée mais sans doute, hélas, de façon restrictive.

Point sur la Loi Léonetti, fin des consultations d'ici 2 mois.

Révision totale de la loi en 2009 à l'occasion de l'année sur la bioéthique. »



A lire :

-dans la collection Que sais-je ? « L'euthanasie »

-sur lavie.fr : « Droits des malades en fin de vie »