

# MA VOLONTÉ EN FIN DE VIE

**Dr Carlo BOCK**

**Mike SCHWEBAG**

**RBS Senoirenakademie**

7 juin 2021 - Centre Nic Braun, Hesperange





## Introduction générale (Mike Schwebag)

### Soins palliatifs et directive anticipée

- Aperçu général et cadre juridique (Mike Schwebag)
- Éléments de réflexion et pratiques (Dr Carlo Bock)

### Euthanasie, assistance au suicide et dispositions de fin de vie

- Aperçu général (Mike Schwebag)
- Éléments de réflexion et pratiques (Dr Carlo Bock)

### Conclusion générale (Dr Carlo Bock)





## Introduction: quelle fin de vie, quelle dignité ?

**Constat:** la **médecine** offre de plus en plus de possibilités ce qui engendre une **fin de vie de plus en plus médicalisée ...**

**Société:** Conception « objective » de la Dignité : impose un **respect quasi absolu de la vie**. Conception « subjective » de la dignité: une **fin de vie autodéterminée**. Quel choix / équilibre?

**Individu:** Qu'est-ce qui est important pour moi en termes de valeurs? Qu'est-ce que cela signifie-t-il pour moi en fin de vie?

-> **Quels sont vos choix et qu'est ce que cela signifie-t-il ?**

-> **Comment se préparer ?**





## Introduction: votre volonté, en fin de vie ... et avant!

### Un cadre juridique complexe ...

- loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (« loi relative aux soins palliatifs »);
- loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (« loi sur l'euthanasie »);
- loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

**... avec une finalité simple: entendre votre volonté!**





## Modèle de prise de décision privilégié par le droit

**Le patient** « *prend avec les professionnels de santé, compte tenu, d'une part, des informations pertinentes pour sa prise en charge qu'il leur a fournies et, d'autre part, des informations et conseils que ceux-ci lui ont fournis, les décisions concernant sa santé.* » (Art 8 - loi 2014)

Un **processus de prise de décision**:

- échange - partage d'informations
- délibération
- codécision: un choix partagé entre plusieurs options





## Et s'il y a impossibilité d'exprimer sa volonté ?

**Principe:** « Si le patient est, de façon temporaire ou permanente, hors d'état de manifester sa volonté, le prestataire de soins de santé **cherche à établir sa volonté présumée.** » (Art 11. - loi 2014; idem. art 4 al. 1 - loi soins palliatifs)

**Des outils sont envisagés à cet effet par la loi:**

1. **Témoignages : personne de confiance** (doit obligatoirement être entendu) ou à **toute autre personne** susceptible de connaître la volonté (possible mais pas obligatoire)
2. **Expression écrite de votre volonté:** par **directive anticipée** (loi soins palliatifs) et/ou **dispositions de fin de vie** (loi euthanasie)





# Soins palliatifs et directive anticipée



# Loi relative aux soins palliatifs: aperçu général

## Chapitre 1 : Du droit aux soins palliatifs

- Énoncé du droit aux soins palliatifs
- Refus de l'obstination déraisonnable
- Effet secondaire du traitement de la douleur

## Ch. 2 : De la volonté de la personne en fin de vie et de la directive anticipée

- De la volonté de la personne en fin de vie
- Directive anticipée (contenu, forme et effet)

## Ch. 3 : Du congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie





## Définition et accès aux soins palliatifs

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. » (Loi 2009, art. 1)

- Renforcer l'accès (hôpital, institution, Haus Omega, domicile)
- Renforcer la formation des prestataires

## Refus de l'obstination déraisonnable

Droit du médecin «de refuser ou de s'abstenir de mettre en œuvre, (...) des **examens et traitements inappropriés** par rapport à l'état de la personne en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à la personne en fin de vie **ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.** » (Loi 2009, art. 2)





## Traitement de la douleur et double effet

*«Le médecin a l'obligation de soulager efficacement la souffrance physique et psychique de la personne en fin de vie. Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement 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'avancer sa fin de vie**, il doit l'en informer et recueillir son consentement. » (Art. 3)*

- Administration d'analgésiques et sédatifs à doses élevées: quelle finalité ?

## Introduction d'un congé d'accompagnement

Un **congé d'accompagnement de 5 jours** qui peut être demandé par les parents: mère/père, sœur/frère, fille/fils ou conjoint (épouse/époux, ou partenaire officiel) d'une personne en fin de vie, fractionnable.





## Votre volonté en fin de vie (loi soins palliatifs) : la directive anticipée et la personne de confiance

« (1) Toute personne peut exprimer dans un document dit «**directive anticipée**» sa **volonté relative à sa fin de vie**, dont les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur (...), ainsi que l'accompagnement psychologique et spirituel, pour le cas où elle se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

(...)

(3) La directive anticipée peut contenir la **désignation d'une personne de confiance** qui doit être entendue par le médecin si la personne en fin de vie n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. » (Loi 2009, art. 5)





## Votre volonté en fin de vie: directive anticipée

La **directive anticipée** règle:

- conditions du traitement (y compris douleur)
- limitation ou arrêt du traitement ( $\neq$  loi euthanasie)
- accompagnement psychologique et spirituel
- désignation d'une personne de confiance

Si vous êtes en fin de vie et si vous n'êtes **plus en mesure d'exprimer votre volonté**.

*La directive anticipée est plus qu'un formulaire à remplir: elle nécessite une réflexion approfondie sur votre fin de vie!*



# Les rubriques principales:

Données personnelles: noms etc.

Personne de confiance: votre porte-parole!

Volonté en fin de vie :

- Traitements à éviter
- Accompagnement en fin de vie

Volonté en situation d'urgence

Souhaits après la mort

## FORMULAIRE DE DIRECTIVE ANTICIPÉE

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

TÉL. / GSM : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

Pour le cas où je me trouverais dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et que je sois dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, j'ai rédigé ma directive anticipée, qui selon la loi est à prendre en compte par le médecin traitant.

Je désire que toutes les décisions soient prises d'après ma directive anticipée et/ou, le cas échéant, en accord avec ma personne de confiance.

### PERSONNE DE CONFIANCE

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous :

- à exprimer ma volonté concernant les décisions relatives aux soins et aux traitements, et
- à donner en mon nom le consentement aux mesures proposées.

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
-----



# Votre volonté en fin de vie: personne de confiance

## Personne « idéale » :

- Majeure
- A l'écoute de vos besoins et prête à agir selon vos souhaits: connaît et comprend ce qui vous est important
- Prête à assumer cette responsabilité : capable de porter cette tâche et de gérer d'éventuels conflits en tant que défenseur de votre volonté

## PERSONNE DE CONFIANCE

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous :

- à exprimer ma volonté concernant les décisions relatives aux soins et aux traitements, et
- à donner en mon nom le consentement aux mesures proposées.

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉL. / GSM : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

J'autorise les médecins et le personnel soignant à fournir à ma personne de confiance, pour ce faire, toutes les informations indispensables.

- (1) Je demande d'arrêter les examens et traitements au cas où ces derniers n'apporteraient ni soulagement, ni amélioration de mon état, ni espoir de guérison et ne feraient que retarder ma mort sans pour autant pouvoir arrêter le cours de la maladie.

*Ceci inclut le cas spécifique du coma irréversible, c'est-à-dire le cas où mon cerveau serait gravement et durablement lésé par un accident ou par la maladie, entraînant une perte de la conscience qui serait selon toute vraisemblance irréversible.*

oui  non

- (2) En accord avec ma décision sous 1), je demande à ce que mon médecin n'effectue pas les traitements et mesures suivants, s'ils n'amènent pas d'amélioration de mon état ou d'espoir de guérison et ne font que retarder ma mort.





## Directive anticipée et personne de confiance: formalités et questions pratiques

- Volonté actuelle prime toujours
- Formulaire non obligatoire et pas de formalisme (différence avec euthanasie)
- Plusieurs personnes de confiance possibles: penser à une hiérarchie
- Si documents séparés: penser à préciser le statut (annule ou pas?)
- Pas de durée de validité, mais mise à jour / confirmation souhaitable
- Remettre des copies au prestataires (généraliste; hôpital ...) et proches, notamment à la personne de confiance
- Peut être versé au Dossier de Soins Partagés (DSP) : [www.esante.lu](http://www.esante.lu)





## Éléments de réflexion et aspects pratiques (Dr Carlo Bock)

- Causes fréquentes de mortalité
- La « *bonne* » mort
- Notions d'«incapacité permanente» et de «maladie terminale»
- Ressuscitation cardio-pulmonaire
- Nutrition artificielle
- Ventilation artificielle
- Techniques médicales en fin de vie





### T09.5 Distribution des décès selon la cause et le groupe d'âge, par ordre décroissant de la distribution, par chapitre, en 2019

			0-9	10-17	18-64	65+	Total
1.	C00-D48	Tumeurs			39.6%	25.3%	27.6%
2.	I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	4.3%		15.4%	30.4%	27.6%
3.	J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire			4.7%	10.5%	9.4%
4.	V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	13.0%	80.0%	16.9%	4.0%	6.5%
5.	F00-F99	Troubles mentaux et du comportement			2.3%	7.1%	6.2%
6.	G00-G99	Maladies du système nerveux			3.6%	5.3%	5.0%
7.	K00-K93	Maladies de l'appareil digestif			7.0%	4.1%	4.6%
8.	R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, nca			4.4%	4.3%	4.3%
9.	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques			2.5%	3.4%	3.2%
10.	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire			1.1%	2.2%	2.0%
11.	A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires			0.7%	1.8%	1.6%
12.	D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4.3%	20.0%	0.3%	0.6%	0.6%
13.	M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif			0.7%	0.5%	0.5%
14.	P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	73.9%				0.4%
15.	L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané			0.4%	0.2%	0.3%
16.	Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4.3%		0.3%	0.1%	0.2%
17.	H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes			0.1%		0.0%
18.	O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité					
		Total en 2019	100%	100%	100%	100%	100%



## “Bonne mort”

- Traitement symptomatique physique
- Traitement des symptômes psychiques
- Conservation de la dignité humaine, de l'indépendance et du contrôle
- Décision claire
- Préparation à la mort de la personne et de son entourage





## Maladie terminale et incapacité permanente

- Maladie terminale:
  - mort proche
  - traitement risque de prolonger la vie sans qualité de vie
- Incapacité permanente
  - pronostic difficile à déterminer
  - appréciation individuelle de ce qui constitue un handicap
  - usuellement si pas d'amélioration rapide,
- mauvais pronostic: définir délai





## Soins ordinaires et extraordinaires

Refus de traitement pour deux raisons:

- Bénéfice d'un traitement insuffisant pour justifier inconfort
- Prolonge la vie dans des conditions intolérables





## Ressuscitation cardio-pulmonaire

- **Mis à part défibrillation précoce, chances de survie très faibles**
  - hors hôpital: +/- 1%
  - TA non obtenue, 0 défibrillation, pas de personnel médical: 0,5%
  - pas de témoin: 0,3%
  
- **Sur 1240 arrêts cardiaques hors hôpital:**
  - survie 41
  - sortie de l'hôpital 39
  - bonne performance cérébrale 29





## Techniques médicales en fin de vie

- Morphiniques
  - Neuroleptiques
  - Barbituriques entre autres
- Soins palliatifs
- Eviter acharnement thérapeutique: administration d'antibiotiques, etc.
- (Euthanasie
  - suicide n'est parfois pas acceptable
  - si souffrance ne peut être allégée)





## Rédaction de votre directive anticipée

- Fin de vie digne (pour vous)
- Cas de phase terminale maladie spécifique
- Cas d'urgence: ressuscitation, ventilation, alimentation artificielle
- Démence
- Personne de confiance
- Autres conditions accompagnement: bénévoles, psychologue, prêtre...
- Don d'organes
- Incinération, service religieux...





## Euthanasie, suicide assisté et dispositions de fin de vie



# Loi sur l'euthanasie : aperçu général

## Chapitre I : Dispositions générales

- Définition

## Ch. II : Demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide

- Conditions de fond, de forme et procédures
- Dépénalisation

## Ch. III : Dispositions de fin de vie

- Conditions de fond, de forme et procédures et dépénalisation

## Ch. IV-VII:

- Déclaration et Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation
- Objection de conscience





## Définition légale de l'euthanasie

« Acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci » (Art. 1 al. 1)

- demande expresse actuelle du patient; ou
- sur base de **dispositions de fin de vie**, si le patient est inconscient.

≠ arrêt ou limitation de traitement:

- n'entre pas ds. le cadre de la loi sur l'euthanasie (-> loi soins palliatifs)
- pas de déclaration obligatoire

## Assistance au suicide

« Un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci » (Art. 1 al. 2)





## Objection de conscience

Le patient dispose d'un **droit de demander une euthanasie**, en même temps **aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie**. De même aucune autre personne (professionnel) n'est tenu de participer à une euthanasie.

En cas de refus du médecin consulté, le médecin est **tenu d'informer le patient endéans 24 heures** en précisant les raisons de son refus. Il doit communiquer le dossier médical du patient **au médecin désigné par le patient**.

- Pas d'obligation du médecin d'assister le patient activement
- Hôpitaux: service des soins palliatifs devrait « garantir » le respect de la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (plan hospitalier 2018)





## Demande actuelle d'euthanasie ou d'assistance au suicide (1)

La loi fixe des **conditions de fond liées au patient et à sa situation** :

- ✓ patient est **majeur, capable et conscient**
  - ✓ demande est **volontaire, sans pression extérieure, réfléchie et répétée**
  - ✓ la **situation médicale est sans issue**
  - ✓ la **souffrance physique ou psychique** est constante et insupportable, sans perspective d'amélioration
- Des conditions de forme et de procédure sont exigées au niveau des prestataires (médecin traitant et deuxième médecin consulté)

La demande doit être **consignée par écrit**, datée et signée par le patient ou procédure alternative par témoins.





## Demande actuelle d'euthanasie ou d'assistance au suicide (2)

**Conditions de forme et de procédure exigées du médecin traitant:**

- **informer le patient sur son état de santé:** espérance de vie; possibilités thérapeutiques; possibilités des soins palliatifs
- s'assurer que la **demande est volontaire** et qu'aux yeux du patient il n'y a **aucune autre solution acceptable**
- s'assurer de la **persistance de la souffrance physique ou psychique**
- **consulter un autre médecin** quant au caractère grave et incurable de l'affection en précisant les raisons de la consultation
- **s'entretenir avec l'équipe soignante**, avec la personne de confiance sauf opposition du patient
- **s'informer si des dispositions de fin de vie sont enregistrées**





## Demande actuelle d'euthanasie ou d'assistance au suicide (3)

### Le médecin consulté doit être:

- être compétent dans la pathologie concernée (général. ou spécial.)
- impartial à l'égard du patient et du médecin traitant ( $\neq$  lien hiérarchique ou personnel; pas de relation thérapeutique)

### Démarches exigées du **médecin consulté**:

- prendre connaissance du dossier médical
- examiner le patient
- s'assurer du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de la souffrance physique ou psychique
- rédiger un rapport à l'attention du médecin traitant.

Le **médecin traitant informe son patient** sur l'avis du médecin consulté.





## Votre volonté en fin de vie: les dispositions de fin de vie

Les **dispositions de fin de vie** règlent les conditions et circonstances dans lesquelles vous demandez une euthanasie.

Il s'agit donc d'une **demande d'euthanasie exprimée d'avance** pour le cas où vous **êtes inconscient** (champ limité).

La personne qui rédige ses dispositions de fin de vie doit être **majeure et capable au moment de la rédaction**.

***Attention: les dispositions de fin de vie doivent toujours être enregistrées auprès de la Commission de Contrôle et d'Évaluation!***



## Les rubriques principales:

**Données personnelles:**  
noms etc.

**Choix de l'euthanasie si le médecin constate :**

- affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- inconscience,
- situation irréversible.

**Eventuellement:**

- précisions;
- personne de confiance;
- sépultures etc.

## FORMULAIRE DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

### RUBRIQUE I. DONNÉES OBLIGATOIRES

Mes données personnelles sont les suivantes :

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

Facultatif :

GSM : \_\_\_\_\_

ADRESSE E-MAIL : \_\_\_\_\_

Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je consigne par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :

*que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,  
que je suis inconscient(e) et  
que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées.

Date et signature du requérant :

\_\_\_\_\_  
  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Date



## Aspects pratiques, éléments de réflexion et conclusions (Dr Carlo Bock)

- **Souffrance physique ou psychique et caractère irréversible**
- **Modalités pratiques**
- **Commission de Contrôle et d'Evaluation**
- **Expérience dans d'autres pays**
- **Conclusions**





## Souffrance physique ou psychique sans perspective

Souffrance physique ou psychique:

- constante et insupportable: en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres (symptômes physiques, perte de fonctions, dépendance, détérioration, etc.)
- sans perspective d'amélioration: il faut tenir compte du fait que le patient a le droit de refuser un traitement même palliatif, lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application que le patient juge insupportables





## Commission nationale de contrôle et d'évaluation

Commission composée de 9 membres et 9 suppléants (3 médecins, 3 juristes, 1 membre issu des professions de santé, 2 membres représentant la défense des droits des patients). Actuellement elle est présidée par un magistrat.

La commission vérifie si les conditions et la procédure prévues par la loi ont été respectées sur base de la déclaration officielle d'euthanasie.

Elle établit, tous les deux ans, à l'attention de la Chambre des Députés un rapport statistique et un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi et elle fait des recommandations.





## Modalités pratiques

- Conditions légales réunies
- Sédation et analgésie: selon les conditions médicales et le souhait du patient
- Euthanasie proprement dite:
  - injection d'un anesthésique, puis
  - injection d'un curarisantprotocole le plus souvent utilisé
- Suicide médicalement assisté:
  - ingestion de barbituriques à dose élevée





## Expériences dans d'autres pays:

*In 1993, the Netherlands established a reporting procedure for euthanasia and physician-assisted suicide, and most physicians who followed the guidelines were not prosecuted*

*Euthanasia and physician-assisted suicide were not officially legalized until a law was passed in 2002*

*According to surveys of physicians conducted from 1990 through 2005, euthanasia and physician-assisted suicide have remained uncommon, and the rates declined modestly after the practices were legalized*



# Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year

**Table 1. Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year.\***

Variable	1990	1995	2001	2005
No. of studied deaths†	5197	5146	5617	9965
No. of questionnaires	4900	4604	5189	5342
Most important practice that possibly hastened death — % (95% CI)				
Euthanasia	1.7 (1.5–2.0)	2.4 (2.1–2.6)‡	2.6 (2.3–2.8)‡	1.7 (1.5–1.8)
Assisted suicide	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)‡	0.1 (0.1–0.1)
Ending of life without explicit request by the patient	0.8 (0.6–1.0)‡	0.7 (0.5–0.9)‡	0.7 (0.5–0.9)	0.4 (0.2–0.6)
Intensified alleviation of symptoms	18.8 (17.9–19.9)‡	19.1 (18.1–20.1)‡	20.1 (19.1–21.1)‡	24.7 (23.5–26.0)
Withholding or withdrawing of life-prolonging treatment	17.9 (17.0–18.9)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	15.6 (15.0–16.2)
Total	39.4 (38.1–40.7)‡	42.6 (41.3–43.9)	43.8 (42.6–45.0)	42.5 (41.1–43.9)
Continuous deep sedation§	NA	NA	NA	8.2 (7.8–8.6)

\* All percentages were weighted for the sampling fractions, for nonresponse, and for random-sampling deviations. CI denotes confidence interval, and NA not available.

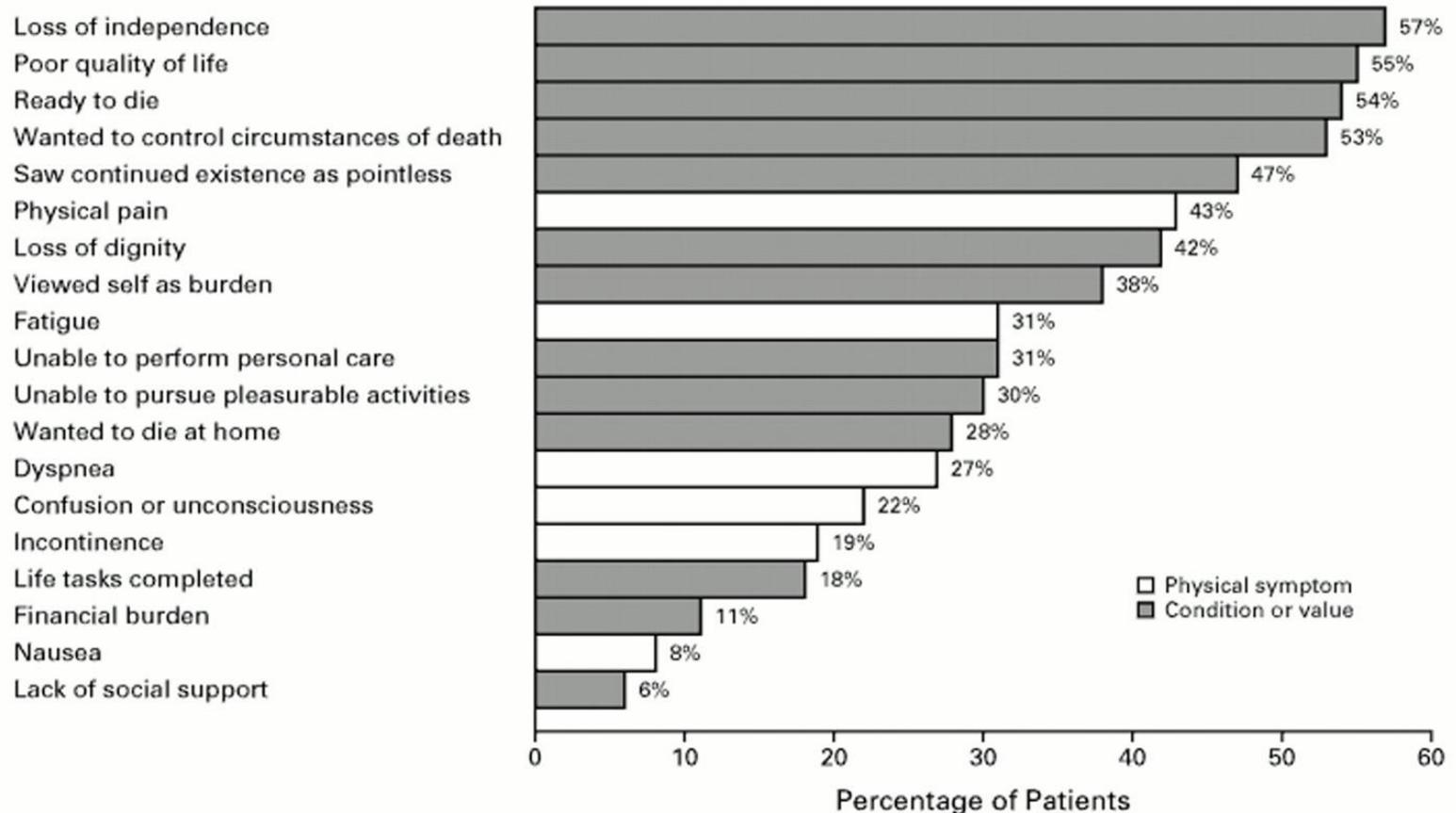
† The number of deaths is largest in 2005 because all deaths in which the cause of death precluded physician assistance during dying were included, whereas only 1 in 12 of these deaths was included in the other study years.

‡ P<0.05 for comparison with the frequency for 2005.

§ Continuous deep sedation may have been provided in conjunction with practices that possibly hastened death.

*Van der Heide A et al. N Engl J Med 2007;356:1957-1965*

# Reasons for Requesting Prescriptions for Lethal Medications



*Ganzini L et al. N Engl J Med 2000;342:557-5063X*



## Conclusion

- La législation permet au patient atteint d'une maladie incurable et irréversible de déterminer sa propre fin de vie de façon autonome
- Le médecin qui assiste le patient à mettre en œuvre sa décision relative à sa fin de vie n'est pas sanctionné pénalement et son assistance ne peut donner lieu à une action civile en dommages et intérêts





## Conclusion: comment orienter sa fin de vie ?

- **Discussion avec son médecin de sa fin de vie**
- **Consulter éventuellement autre médecin**
- **Informé et impliquer son entourage**
- **Désigner une personne de confiance: porte-parole privilégié**
- **Directive anticipée**
- **Dispositions de fin de vie**





**Merci pour votre attention !**

## Fin de vie



La fin de notre vie est une période particulière. La mort est avant tout un sujet personnel. Chacun, à tout âge, malade ou bien portant, s'interroge sur sa fin de vie et souhaite garder le pouvoir d'en décider.

[Je veux en savoir plus](#)

[La fin de vie est encadrée par 3 lois](#)

[Soins palliatifs](#)

[Soins palliatifs | Directive anticipée](#)

[Soins palliatif | Accompagnement en fin de vie](#)

[Euthanasie | Assistance au suicide](#)

[Aides utiles](#)

### Nouvelle publication



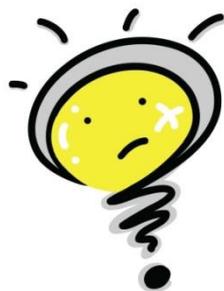
- [Ma volonté en fin de vie](#)
- [Mein Wille am Ende des Lebens](#)
- [My will at the end of life](#)
- [A minha vontade em fim de vida](#)



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Service national d'information et de  
médiation dans le domaine de la santé



## NOUS SOMMES A VOTRE ECOUTE



Tél. : 24 77 55 15

### Heures d'ouverture :

Lundi, mardi, jeudi et vendredi

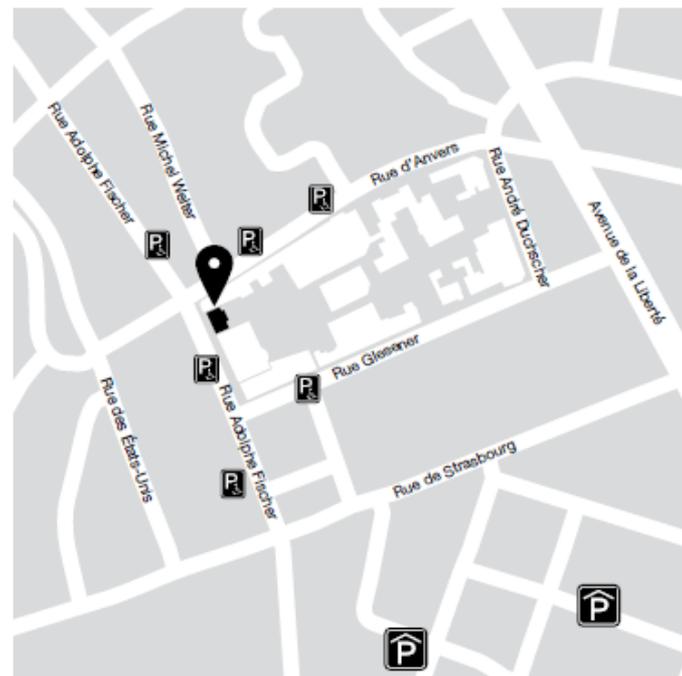
de 9:00 heures à 13:00 heures

Mercredi de 13:00 heures à 17:00 heures

E-Mail : [info@mediateursante.lu](mailto:info@mediateursante.lu)

Web : [www.mediateursante.lu](http://www.mediateursante.lu)

Adresse : 73, rue Adolphe Fischer  
(4<sup>ème</sup> étage)  
L-1520 Luxembourg



SMART & FAIR  
MEDIATION IN LUXEMBOURG