



Les JEUDIS DE LA FAAG. 21 septembre et 5 octobre 2017

Vivre sa fin de vie : la subir, l'accepter ou l'accueillir ?

Jeudi 21 septembre **Mieux vivre sa fin de vie : l'expérience des soins palliatifs**

Dr. Yves Beyeler, Médecine interne générale FMH, Groupe Genevois de Praticiens en Soins Palliatifs, ancien médecin chef de la Clinique genevoise de Montana, ancien médecin chef a.i. du CESCO - Hôpital de Bellerive

Elvira Ivanova Nicoucar, Groupe des infirmières indépendantes, spécialiste clinique en soins palliatifs CAS

FinDeVie_JeudiFAAG_Beyeler_Handout21sept2017 +.pptx /pdf:
ne reprend pas tous les 92 diapos de sa présentation et en résume /synthétise certaines,
version complétée sur la base des réponses/commentaires notées pendant la séance

GrandAge_RealitesConcepts_JeudiFAAG20161110HPG.ppt, dia 28

Les mauvaises nouvelles /pertes liées au Grand âge

- Diminution des facultés cognitives (intelligence fluide, par ex. rapidité, mémoire)
- Diminution des réserves cognitives et des capacités d'apprentissage (pas de gains des entraînements)
- Risque accru de démence (prévalence à 60% chez les 95 ans et +)
- Multi-morbidité, fragilité et déficits fonctionnels
- Progression de l'isolement social et émotionnel
- Manifestations de stress chronique

Lorsque les déficiences et pertes s'aggravent et se répercutent (presque) partout au quotidien et une personne touche aux limites de sa capacité d'adaptation et de sa résistance pour gérer ses déficits, voire les perd, **ce processus signale moins l'âge qui avance que la mort qui approche, soit la phase de "terminal decline"**.

Or la **confrontation avec la mort**, nous l'avons déjà abordée dans d'autres Jeudis de la FAAG, notamment en décembre 2014 *Bien-mourir : peut-on bien vivre jusqu'à la fin ?* et en avril / mai 2009 *Deuil*. Si vous le souhaitez, on pourrait reprendre ce sujet dans de futurs Jeudis.

FILIPP Sigrun-Heide Le quatrième âge dans le champ de la recherche en psychologie. Au-delà des mythes et des stéréotypes, Congrès de la Société Suisse de Gérontologie SSG, Fribourg, 2-3 février 2012, www.sgg-ssg.ch, dias 6 (qui donne comme source Baltes & Smith 2003) et 15

Les JEUDIS DE LA FAAG

Vivre sa fin de vie : la subir, l'accepter ou l'accueillir
session articulée sur deux séances suivis d'un atelier

Le présent Jeudi 21 sept *Mieux vivre sa fin de vie: l'expérience des soins palliatifs*

Jeudi 5 octobre *Fins de vie, soins palliatifs : comment prévoir et à qui s'adresser ?* avec la participation également de

- Jean-Marie Carron, directeur général RPSA-Résidences Prendre soin et accompagner (EMS La Petite Boissière, Les Charmilles, Liotard et Résidence Les Jardins du Rhône)
- Anne-Marie Struijk-Mottu, présidente de la Maison de Tara
- Patricia Karabudak-Debarre, infirmière diplômée en oncologie et soins palliatifs, Ligue genevoise contre le cancer / Espaces Mediane

Atelier du Jeudi 19 octobre à Cité seniors
"Nos expériences avec les Directives anticipées"

avec le Dr François Loew, gériatre, président du Conseil d'éthique de la FEGEMS
Atelier gratuit, mais inscription obligatoire, limité à 20 participant-e-s:

inscriptions à raison de 10 personnes lors de chacun des Jeudis du 21 septembre et 5 octobre 2017

Les participant-e-s amènent des Directives anticipées de proches qui avaient été respectées ou non. Vos témoignages et expériences permettront de comprendre l'utilité et les limites de Directives anticipées et la place du représentant (personne de confiance). Comment bien faire ?

« Vieillir est encore le seul moyen qu'on
ait trouvé de vivre longtemps »
Charles Augustin Sainte-Beuve



→ → Dias 7 et 8 : Vieillir ... jusqu'à la fin de sa vie

Pourtant Dia 9 La vie vue par les assurances maladies:

[leurs images publicitaires présentent uniquement des jeunes !]

Dia 10: femmes, hommes. médecins à l'image des trois petits singes :

["Ne pas voir le Mal, ne pas entendre le Mal, ne pas dire le Mal"

= refus de voir et d'accepter notre mortalité / finitude de la vie]

Dia 11 Marie-Frédérique Bacqué, 1992
"Le Deuil à vivre"

C'est une caractéristique humaine que de se savoir mortel mais de vivre toujours comme si cette échéance était lointaine

Dia 12 Gian Domenico Borasio, 2013 "Mourir"

La mort reste un tabou. Cela tient bien sûr à l'angoisse fondamentale suscitée par la disparition de notre « moi » au moment décès.

La peur de mourir dans la souffrance. La peur d'être livré à un acharnement thérapeutique allongeant inutilement le déroulement du décès, sans que l'on puisse s'y opposer.

La peur est mauvaise conseillère. Elle déforme les perceptions, elle entrave l'accès à l'information et elle empêche le dialogue.

La peur est le principal obstacle à une communication sur la mort et la fin de vie. A cause de compétences insuffisantes des médecins dans le domaine palliatif, elle est la cause principale de décisions médicales erronées à l'origine du déroulement douloureux de certains décès.

5

[→ Seriez-vous là parce que vous avez peur ? Nous pensons que non]

Dias 13 et 14

Il n'y a pas si longtemps ...

[3 tableaux: de Pablo Picasso 1897 (à 17 ans!), Edvard Munch 1893 et Luke Fildes 1887, montrant des personnes approchant de leur fin de vie à domicile entourées de leur famille et du médecin]

Dia 15 et 16

Quintus Horatius Flaccus Horace, connu en tant qu'épicurien, 65-8 av JC
« **Carpe diem ... quam minimum credula postero** »

[« Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain », littéralement « et <sois> la moins crédule <possible> pour le <jour> suivant]

Dia 17 « **Memento mori!** » **Souviens toi que tu vas mourir!**

[phrase rappelée dans la Rome antique par un esclave au général romain lors de la cérémonie du triomphe dans les rues de Rome]

Dias 18 – 20 **Les vanités** [tableaux de représentation allégorique de la mort, du passage du temps, de la vacuité des passions et activités humaines] et photos de Keith Haring, 1958-1990, victime du SIDA et de la main de J. H. [= Johnny Halliday] avec une bague et un bracelet à têtes de mort et d'autres tatouages : exorciser la mort ?

6

Dias 21 et 22 Bref! Faisons ensemble ce postulat:
si on anticipe ce fait qu'on est mortel, on va vivre mieux

Dias 23, 24 et 25

YB et EIN : deux professionnels, deux cliniciens, une double expérience en soins palliatifs

[photos d'Yves Beyeler et d' Elvira Ivanova Nicoucar et des stations de leurs trajectoires professionnelles respectives: Clinique de Montana, CESCO-Hôpital de Bellrive, respectivement Universités de Kaliningrad et de Boston ainsi que de la Maison de Tara]

...mais aussi, comme chacun de nous ici, de pauvres et simples mortels, avec leurs propres interrogations et incertitudes sur leur futur et sur le mystère de la mort [Photos de Claude de France et François 1er sur leur sarcophages, Basilique St Denis]

... quand même deux experts en matière de fin de vie

7

Dia 26 [Réponses données par les participant-e-s à la question]

Votre propre fin de vie

– qu'est ce qui vous inquièterait?

- Souffrances
- Laisser famille
- Alzheimer/diminution mentale et cognitive / dépression
- Perte conscience / parole
- Mourir dans la solitude

– qu'est ce qui vous rassurerait?

- Être entouré
- Accompagnement spirituel
- Allarmes chute
- Logement encadré / IEPA / ...
- Développer communauté/solidarités / amis
- Un bon docteur

– qu'est ce qui aura influencé cette vision?

- Expérience

8

Dia 28

Plan proposé

- Quelques scenarii principaux de fin de vie
- Les turbulences que cela implique
- Ce que serait les soignants idéaux
- Introduction aux soins palliatifs
- Pourquoi faut-il se préparer?
- Directives anticipées

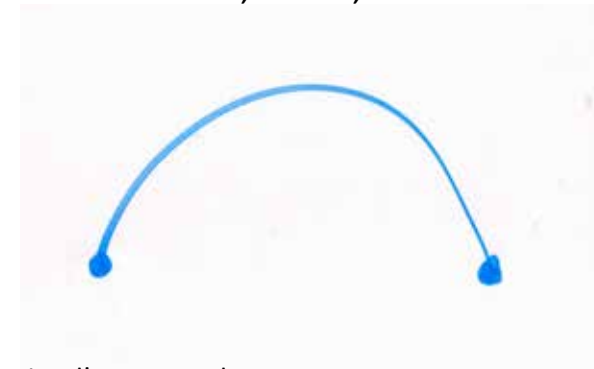
...et le Jeudi de la FAAG du 5 octobre:
la connaissance du réseau de soins adéquats

9

Dias 28 et 29

Scenarii pour une fin de vie?

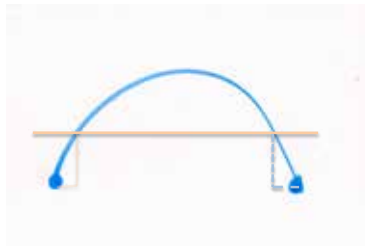
On naît, on vit, on meurt



[Commentaire d' Yves Beyeler:

- *Certitude dans la vie qu'on naît et qu'on meurt*
- *Pour le stade de bébé OUI, on accepte sa vulnérabilité et sa dépendance]*
- *... pour le grand âge OUAIS c'est plus difficile]*

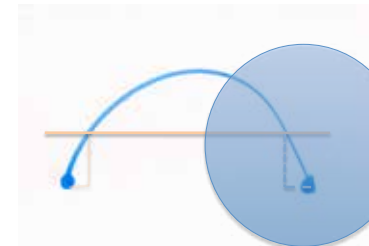
Dépendance et vulnérabilité



Début de vie: oui

Fin de vie... ouais

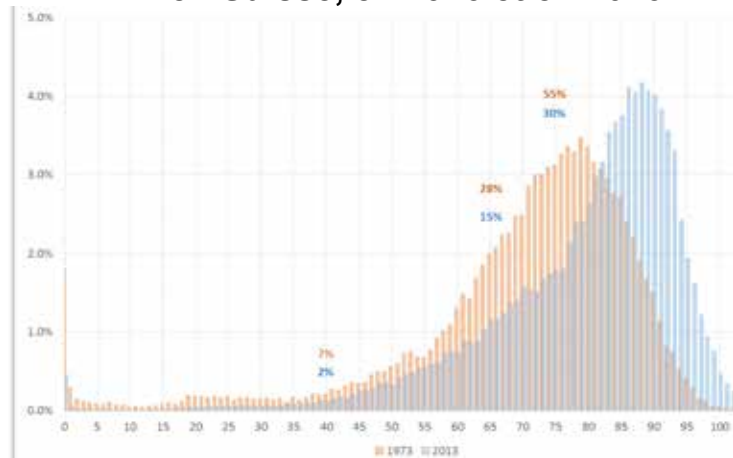
Les fins du parcours



Deux importants messages "FAAG" ...
[La fin de vie: l'accueillir, l'accepter]

12

Comparaison de la répartition des décès selon l'âge en Suisse, en 1973 et en 2013



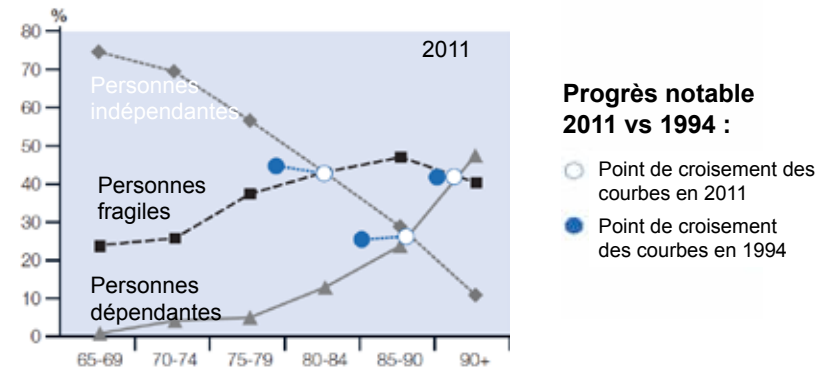
Paul Dembinski "Vers l'euthanasie du rentier", in Bernard N. Schumacher (éd.), L'euthanasie de la personne vulnérable, Toulouse, Editions érès, 2017, figure 3

Source : mise en forme graphique à partir des données de l'Office fédéral de statistique "Décès selon l'âge en Suisse »

13

Evolution des statuts de santé et fonctionnelle en avançant en âge (GE, VS, 2011 comparé à 1994)

La proportion des fragiles et dépendants augmente avec le (grand) âge, mais une majorité d'aînés reste indépendante



Progrès notable 2011 vs 1994 :

○ Point de croisement des courbes en 2011
● Point de croisement des courbes en 1994

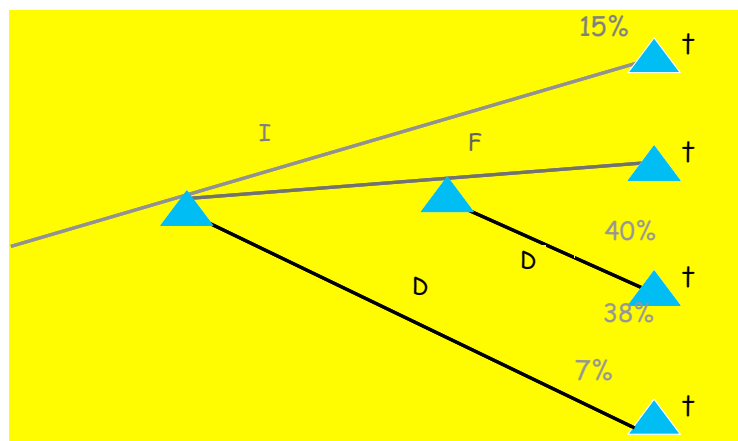
LALIVE D'EPINAY Christian, CAVALLI Stefano, Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie, Lausanne: PPUR, 2013, p. 22 (Collection : Le savoir suisse 93)

Sources : 2011 : Etude VLV, dir. M. Oris, CIGEV, CIGEV, Université de Genève, Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 1424.

1994 : Etude CIG, dir. Chr. Lalive d'Epina, CIG, Université de Genève, Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 2101

14

Trajectoires inégales de santé / de (fin de) vie parmi les octogénaires genevois et valaisans



ORIS Michel, Vieillir en Suisse: les premiers résultats d'une enquête nationale sur les conditions de vie et de santé de personnes âgées. Conférence Uni 3, Genève, 1er fév 2013, dia 16,

basé sur LALIVE D'EPINAY Christian, La retraite et après ? Leçon d'adieu, 2003, dia 27

15

On vit de plus en plus longtemps

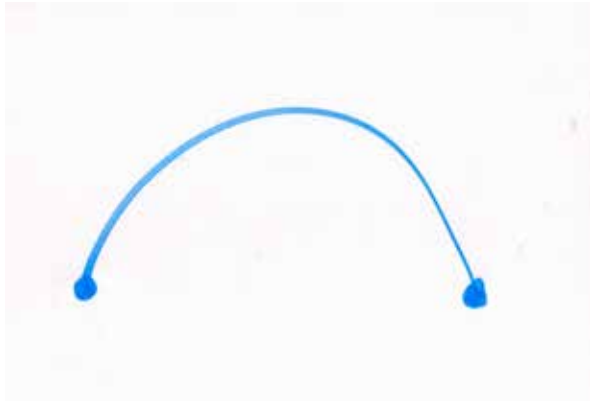
... et ce n'est donc pas nécessairement devenir fragile ou dépendant

Merci Hans Peter Graf pour ces bons messages!

Ceci dit...

16

On naît, on vit, on meurt quand même



La rectangularisation

Mort subite (10%)

Exit (500 / 70'000 = moins que 1%)

[→ donc 99%]



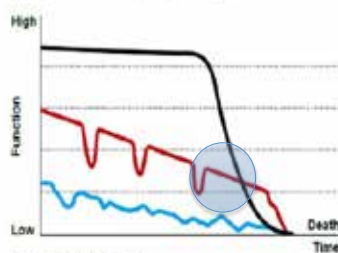
18

Le cœur et les poumons

Une descente avec des hauts et des bas

3 trajectoires de fin de vie

Graphique 1 - Les trois principales trajectoires de fin de vie



Source: Murray, S.A. et al

- Déclin rapide (cancer, etc.)
- Déclin graduel (défaillances d'organe)
- Déclin lent (troubles cognitifs, etc.)

Trajectoire de déclin rapide:

- phase terminale habituellement claire
- durée souvent de quelques années mais avec un déclin habituellement étalé sur quelques mois.
- concerne 48% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin graduel:

- durée de 2 à 5 ans mais la mort semble habituellement « soudaine »
- concerne 40% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin lent:

- durée assez variable jusqu'à 6-8 ans.
- concerne 12% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008.

9

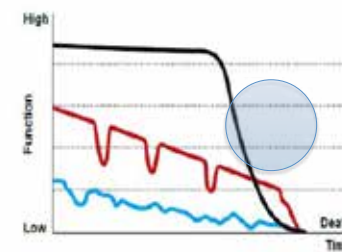
ONPV - CNE 18 mars 2021

Les maladies cancéreuses dépassées

Une descente plus ou moins rapides [: Rock'n Roll]

3 trajectoires de fin de vie

Graphique 1 - Les trois principales trajectoires de fin de vie



Source: Murray, S.A. et al

- Déclin rapide (cancer, etc.)
- Déclin graduel (défaillances d'organe)
- Déclin lent (troubles cognitifs, etc.)

Trajectoire de déclin rapide:

- phase terminale habituellement claire
- durée souvent de quelques années mais avec un déclin habituellement étalé sur quelques mois.
- concerne 48% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin graduel:

- durée de 2 à 5 ans mais la mort semble habituellement « soudaine »
- concerne 40% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin lent:

- durée assez variable jusqu'à 6-8 ans.
- concerne 12% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008.

20

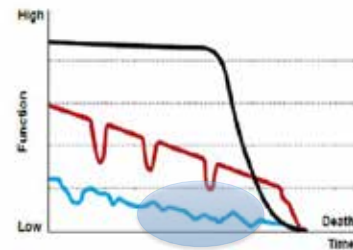
ONPV - CNE 18 mars 2021

Les maladies neuro-dégénératives

Une descente parfois très lente

3 trajectoires de fin de vie

Graphique 1 - Les trois principales trajectoires de fin de vie



Source: Murray, S.A. et al

- Déclin rapide (cancer, etc.)
- Déclin graduel (défaillances d'organes)
- Déclin lent (troubles cognitifs, etc.)

Trajectoire de déclin rapide:

- phase terminale habituellement claire
- durée souvent de quelques années mais avec un déclin habituellement étalé sur quelques mois,
- concerne 48% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin graduel:

- durée de 2 à 5 ans mais la mort semble habituellement « soudaine »
- concerne 40% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008

Trajectoire de déclin lent:

- durée assez variable jusqu'à 8-8 ans,
- concerne 12% des personnes décédées en France susceptibles de nécessiter des soins palliatifs en 2008.

21

La fin de vie c'est bien souvent une zone de fortes turbulences

Dia 42



22

Dias 43 et 44 [Réponses données par les participant-e-s à la question]

Pourquoi? Quelles pourraient être ces turbulences?

physiques :

- respiration difficile- dyspnée
- incontinence
- équilibre
- douleurs

psychiques:

- on se sent inutile
- dépression
- désorientation
- séparation difficile de son ego / difficulté à accepter sa fin

socio-familiaux:

- séparation de sa famille
- ne pas avoir mis en ordre ses machines

spirituels:

23

Douleurs, fatigue, essoufflement, nausées ...
Peur, angoisse, dépression, colère, renferment...
Changements de rôles, soucis économiques, problèmes domestiques...
Questions existentielles, priorités, croyances, religion, philosophie...
= Domaine des décisions difficiles à prendre

En résumé: des soucis ...

- physiques
- psychologiques
- sociaux et familiaux
- spirituels

24

Prévalence des symptômes [de fin de vie]

	Cancer* n:42	Mal cardiaque**	Mal pulmonaire**
Douleur (%)	62	41-77	34-77
Fatigue (%)	84	69-82	68-80
Nausées (%)	26	17-48	
Dépression (%)	50	9-36	37-71
Anxiété (%)	58	49	51-75
↓Appétit (%)	79	21-41	35-67
Somnolence (%)	77		
Dyspnée (%)	77	60-88	90-95
Tr. Sommeil (%)		36-48	55-65

* Pautex S et al. *Critic Review Hemato Oncol* 2003; 47:281-6
** Solano et al. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:58-69

25

Dia 48

Reconnaître que la fin de vie est imminente

- Détérioration de jour en jour ou plus rapide
- Le patient exprime qu'il est en train de mourir
- Diminution des capacités cognitives, somnolence ou coma [: « laissez moi tranquille »]
- Alitement en permanence
- Mange et boit très peu, peine avec les médicaments per os
- Extrémités froides et marbrées
- Modification de la couleur de la peau et altération de l'aspect du visage
- Râles bronchiques [liés à difficulté de déglutir], irrégularité du rythme respiratoire

Liverpool Care Pathway

26

Tous unis dans les derniers moments

Les manifestations de l'agonie

Triple perte de capacité...

- de s'exprimer: vigilance? sommeil? coma?
- d'avalier: boire? manger? médicaments? salive?
- de tousser: le râle du mourant!

Probablement beaucoup plus difficile pour les vivants que pour le mourant!

27

Un long au revoir rythmé par la respiration
dont chacun attend, dans l'émotion, le dernier souffle



Valentine Godé –Darel mourante par Ferdinand Hodler (1915)

28

[Réponses données par les participant-e-s à la question]

Si vous êtes confrontés à de telles turbulences ... qu'est ce qui vous rassurerait?

- *que la personne qui me parle, comprend mon expérience*
→ *parler au mourant, peut-être il vous comprend*
- *Exit comme "sortie de secours": certains des parents du Dr. Beyeler ont signé, mais aucun n'y a recouru*
- *Porte de secours alternative; disposer du numéro de téléphone portable de son médecin*
- *Maison de Tara: une participante y est allée voir humer "en vacances"»*
- *capacité des soignants à gérer les symptômes / douleurs*
- *Savoir qu'on sera correctement diagnostiqué comme décédé-e: fin du réflexe pupillaire = la pupille ne réagit plus à un faisceau de lumière = indice de la morte cérébrale*
→ *on ne prélèvera jamais des organes aussi longtemps que le réflexe pupillaire subsiste*

29

Les soignants qu'il faudrait

Disponibilité [: le Dr doit donner son no de portable]

Ecoute [= être entendu-e]

Communication

Franchise

Compétence technique

Empathie [= compassion / se mettre à la place de l'autre, lui faire savoir que vous le comprenez]

Empathie sans compétence?

Compétence sans empathie?

Compétence **ET** empathie!



tortue à 2 têtes

... vous avez deux têtes, l'une scientifique,
l'autre humaniste (Michel Serre)

30

La communication

Savoir écouter activement est une qualité rare.

La plupart des médecins ne sont pas conscients que la satisfaction du patient est directement proportionnelle à sa place dans la discussion.

Donner une information bienveillante.

La bienveillance ne revient pas à décider pour son patient, mais à l'aider à prendre lui-même la décision la plus appropriée dans sa situation

Murphy, 1994

31

90% des situations de fin de vie relèvent
(devraient relever) du médecin de famille.

Malheureusement en Suisse...

avec l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, on pourrait faire mieux en matière de

SOINS PALLIATIFS

32

Définition des soins palliatifs

Les Soins palliatifs selon l'OMS (1990) :

- « Les soins palliatifs sont des soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus aux soins curatifs. »
- La lutte contre la douleur et les autres symptômes ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux.
- Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort »

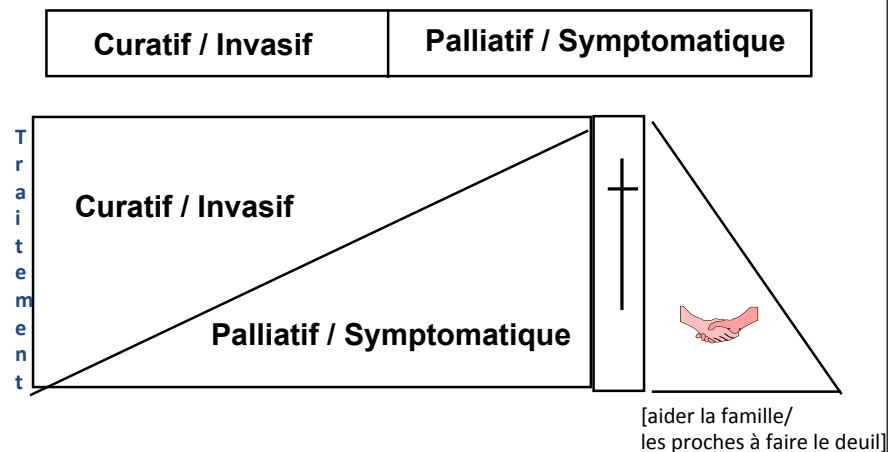
ou selon la nouvelle définition élargie OMS de 2002 :

- « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. »

33

Dia 60

Modèles de Soins Palliatifs

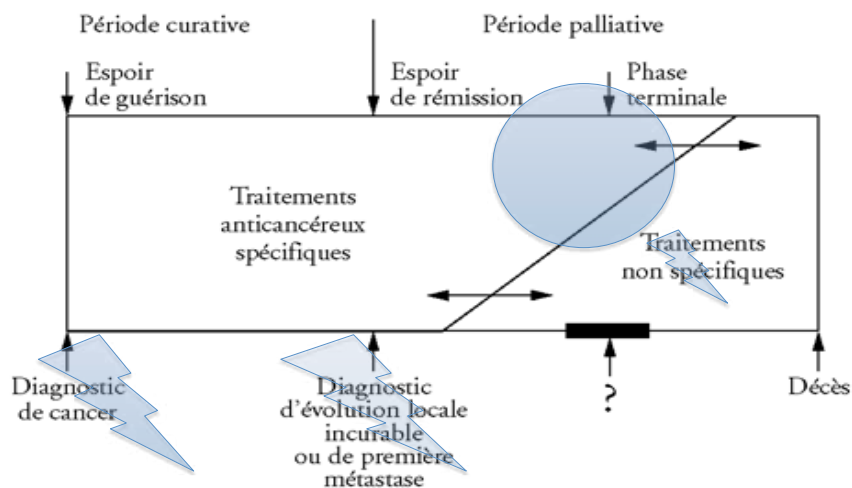


Laura Di Pollina La douleur chez la personne âgée
Jeudi de la FAAG: Douleur : « comment faire face ? » 9 mars 2017

34

Dias 61-66

Le schéma à éviter

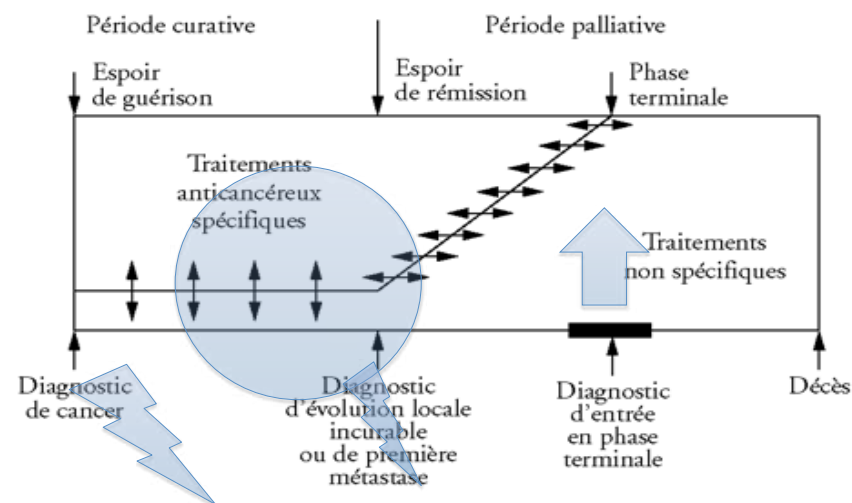


- les traitements non-spécifiques arrivent trop tardivement
- les traitement anti-cancéreux continuent même après le diagnostic d'entrée en phase terminale]

35

Dias 67-71

Le schéma idéal



36

Il vaudrait mieux anticiper

ANTICIPER!

Organiser son accompagnement

Décider du lieu de sa fin

Décider jusqu'où aller

Décider qui décidera pour soi

Organiser son accompagnement

Un rôle pour un(e) vrai(e) médecin de famille,
dans la continuité

...qu'il faudra choisir avec discernement:
(visite à domicile? accessibilité? écoute? franchise?)

Le cas échéant, une équipe de soins palliatifs,
et ceci précocement

Décider du lieu de sa fin Décider des conditions de sa fin

80% des gens souhaitent mourir à la maison

La majorité des gens choisiraient une mort subite
(rappel: 10% des décès seulement)

Ce sont des notions communes jamais démenties

Dans les faits où décède-t-on?

Lieux de décès en Suisse 2009

Hôpital	41%
EMS	40%
Domicile ou autre	20%

Office fédéral des statistiques 2009.
Stratégie nationale en matière de Soins Palliatifs

Lieux de décès dans le canton de Genève en 1970, 1985, 2000 et 2010

Année	Nbre total	à domicile		à l'Hôpital		en EMS	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1970	2'818	779	27.6%	2'048	72.6%	129	4.5%
1985	3'138	740	23.5%	1'787	56.9%	611	19.4%
2000	3'124	618	19.7%	1'585	50.7%	821	26.2%
2010	3'024	486	16.07%	1'712	56.6%	826	27.3 %

KABENGELE MPINGA, Emmanuel et al. "Testing an Unconventional Mortality Information Source in the Canton of Geneva Switzerland" In: Global Journal of Health Science, 2014, vol. 6, no. 1, Table 2,

Data Sources:

1970-1985, Federal Statistical Office Mortality Database

2000, Cantonal Statistical Office Data

2010, Geneva Observatory estimates from data for first 6 months of the year

Lieux de décès à l'étranger

- **Canada** (Klinger et al) 43% meurent à la maison si...:
 - 39-43% ont une famille « soignante »
 - dont la majorité sont des filles (4 fois plus de chances)
 - s'il existe des structures de soins communautaires
- **Europe** (Euro impact, de Roo et al, 2014)
 - Belgique Désir 72% Réalité 35%
 - Italie 68% 49%
 - Hollande 75% 50%
 - Espagne 86% 50%
- **Facteurs influençant:** sexe, petites communautés > grandes villes
- **Facteurs de succès:** anticipation par des directives anticipées, soins, famille

(d'après M. Fliedner, Insepsital)

Dr Dominique Hegelbach , Peut-on bien « bien mourir » aujourd'hui ? dans quels lieux?
à quelles conditions ? Jeudi de la FAAG du 11 décembre 2014, dia 10

Facteurs favorisant le maintien d'une fin de vie à domicile

- Disponibilité et compétence du médecin de premier recours et de l'équipe du centre médico-social
- Attitude et perception du médecin traitant
- Soins palliatifs spécialisés accessibles (équipe mobile, conseils téléphoniques, etc.)
- Qualité du contrôle de la douleur et des autres symptômes satisfaisante
- Bonne communication au sein de la famille
- Aisance financière

Dia 81 Une bonne mort, qu'est-ce que c'est ? Réponses données par les 47 participant-e-s au Jeudi de la FAAG du 4 décembre 2014

- Mourir en dormant
- Sans douleur
- Pas perdre ses capacités de discernement / garder ses facultés cognitives
- Chez soi, dans son propre lit
- Pas trop long, mais c'est quoi trop long ?
- Entouré-e
- Ayant eu suffisamment de temps
- Ne pas fuir la mort, être prêt-e, regarder la mort en face
- Etre en paix

Dr Dominique Hegelbach , Peut-on bien « bien mourir » aujourd'hui ? dans quels lieux?
à quelles conditions ? Jeudi de la FAAG du 11 décembre 2014, dia 3

Décider jusqu'où aller



DIRECTIVES ANTICIPEES

New England Journal of Medecine, 1994

Le Dr Murphy a demandé à environ 300 patients âgés s'ils souhaitaient être réanimés en cas d'arrêt cardiaque.

- 41% ont répondu par l'affirmative.
- Après information sur les risques d'un handicap sévère après la réanimation, le nombre qui la souhaitaient a diminué à 22%
- Chez les patients avec une espérance de vie inférieure à un an, par maladie, ils n'étaient plus que 5% à vouloir bénéficier de la réanimation.

Murphy DJ & al. N Engl J Med 1994; 330: 549-9

Suggestion

Tebib-Juslin & al. Rev Med Suisse 2017; 13: 1538-40

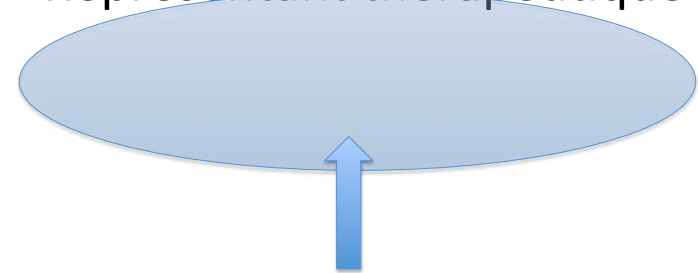
remplacer le terme

« ne pas réanimer »

par

« permettre une mort naturelle »

Représentant thérapeutique



Décider qui décidera pour soi

Directives anticipées / Patientenverfügung / Advance health care directive or Living will

«Le jour où je ne pourrai plus prendre de décision moi-même suite à un accident ou à une maladie grave, je soussigné(e), Monsieur (Madame) ..., né(e) le ..., demande, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, que soient respectées les dispositions suivantes:

..... »

Date et signature

- Mes valeurs, souhaits, désirs et volonté
- Mes habitudes, préférences, peurs et mes refus
- Mon souhait ou refus de certains traitements et/ou interventions chirurgicales, l'alimentation et l'hydratation artificielles et les mesures de réanimation
- Mes personnes de confiance et de référence → représentant thérapeutique
- Prévenir acharnement ou abandon diagnostique et thérapeutique
- Promouvoir les soins palliatifs
- Prévenir la demande de mort assistée, euthanasie et assistance au suicide

49

Directives anticipées : en savoir plus

→ Excellente présentation + brochure sur le site Internet des HUG :
<http://directivesanticipees.hug-ge.ch>



→ Dossier DOCUPASS de Pro Senectute :
Brochure d'information sur la façon de remplir les documents et déclaration concernant le testament, en tenant compte du nouveau droit de la protection de l'adulte entré en vigueur en 2013. Contient :



- Directives anticipées
- Directives anticipées avec dispositions sur le don d'organes
- Mandat pour cause d'incapacité
- Dispositions de fin de vie
- Carte de directives anticipées
- Guide pour rédiger un testament

www.prosenectute.ch/fr/shop/dossier-pour-les-directives-anticipees.html CHF 19.-

→ Formulaire FMH: www.fmh.ch/fr/services/directives_anticipees.html gratuit

L'important c'est d'y réfléchir, d'en parler et de rédiger: surmonter le tabou !

50

Alors sa fin de vie:
la subir, l'accepter ou l'accueillir ?



Discutons-en !

51

Questionnaire d'évaluation: merci d'y répondre et de le déposer dans le carton à la sortie de la salle

[33 sur 50 participant-e-s ont retourné leur feuille]

6 questions fermées touchant aux 3 points suivants

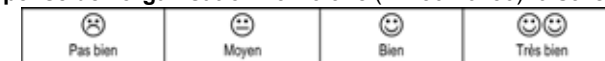
•Ce que je pense du thème:

1. Le sujet est-il pertinent pour ma situation présente ou future ?

•Ce que je pense de la présentation : 2. Qualité de la présentation

3. Echanges de des intervenant-e-s avec le public 4. Documents reçus

•Ce que je pense de l'organisation: 5.Horaire (14h30-16h30) 6.Salle et accès



[Statistique des 33 réponses reçues :

Q 1 Pertinence: 27 😊😊 6 😊
Q 2 Qualité présentation: 23 😊😊 5 😊 2 😊
Q 3 Echanges: 24 😊😊 6 😊 2 😊
Q 4 Documents reçus: 21 😊😊 6 😊 1 😊]

2 questions ouvertes:

• Remarques et suggestions quant au présent Jeudi :

• Questions auxquelles j'attends des réponses lors du prochain Jeudi, le

5 octobre *Fins de vie, soins palliatifs : comment prévoir et à qui s'adresser ?* ...52