



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Révision de la loi bioéthique :
l'Ordre s'exprime sur quelques points particuliers

4 - Fin de vie

FIN DE VIE

I) En pratique

Définition :

Le Ministre des Solidarités et de la Santé déclare : « La « fin de vie » désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable. Pour le corps médical, à ce stade, l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable ».¹⁶

Chronologie :

La loi Léonetti de 2005¹⁷, dispose que les actes de prévention, d'investigation, ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une "obstination déraisonnable". Elle rappelle le droit au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs. Cette loi a introduit la personne de confiance et les directives anticipées.

La loi Claeys-Léonetti de 2016¹⁸ tend à développer les soins palliatifs et inclut dans la notion de traitement, la nutrition et l'hydratation artificielles. Elle rappelle le droit au refus d'un traitement et de respect de la volonté. Elle renforce le rôle de la personne de confiance et des directives anticipées. Dans certaines situations, elle permet le recours à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Principes et conditions encadrant la pratique actuelle :

- Droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ;
- Interdiction de l'obstination déraisonnable et possibilité de suspendre ou ne pas entreprendre les actes apparaissant inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, à l'issue d'une procédure collégiale ;
- Droit de demander l'arrêt des traitements ou de les refuser ;
- En phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable avec pronostic vital engagé à court terme, droit de demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès après procédure collégiale destinée à vérifier la réunion des conditions prévues par la loi ;
- Droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager la souffrance ;
- Droit pour toute personne majeure de désigner une personne de confiance qui sera consultée sur sa volonté antérieurement exprimée, au cas où elle-même serait hors d'état de l'exprimer ;
- Droit pour toute personne majeure de rédiger des directives anticipées concernant sa fin de vie qui sont contraignantes et s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale ou de directives manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient ;
- Le droit, en toutes circonstances, de bénéficier de soins palliatifs.

¹⁶ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>

¹⁷ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹⁸ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

II) Demandes sociétales

L'euthanasie et le suicide assisté sont des demandes sociétales. Les arguments avancés sont l'autodétermination garantie par les droits et libertés fondamentales.

Mais il ne faut pas seulement considérer les demandes consistant à obtenir du législateur la dépénalisation ou la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté. Nombreuses sont les personnes qui souhaitent que tout soit fait pour soulager leurs douleurs et se voir accompagner dignement jusqu'à leur dernier souffle. Elles ne réclament pas la mort. Elles veulent l'attendre sereinement à travers la confiance qu'elles accordent à leurs soignants et aux moyens dont ils disposent. Ce refus du « mal mourir », aussi bien à domicile qu'en établissement nécessite des moyens matériels et humains.

III) Réflexions

Deux ans après la promulgation de la loi, un an et demi après les décrets, deux mois après les recommandations de l'HAS en matière de sédation profonde et continue jusqu'au décès, est-il souhaitable de revenir sur ces dispositions alors que la loi est insuffisamment connue du public et parfois insuffisamment appliquée par les médecins ?

Le Conseil national de l'Ordre a conscience du désir légitime des patients de mourir à domicile, d'y être soulagés de leurs douleurs. Sur le plan éthique, il s'interroge sur la liberté individuelle du choix de leur mort.

L'euthanasie et le suicide assisté n'ont pas le caractère d'une décision médicale. Le médecin doit s'engager à tout faire pour soulager la souffrance de son patient ; le médecin ne doit pas endosser ce double rôle à la fois de soignant et de prescripteur de mort.

Il est du rôle du médecin d'accompagner le patient jusqu'à ses derniers moments.

En définitive, plusieurs projets de loi en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté pratiqués par les médecins ont été déposés.

Le devoir du médecin est de soigner, soulager, accompagner.

Le Conseil national de l'Ordre réitère donc sa position selon laquelle la décision d'euthanasie ou de suicide assisté sont des actes qui ne concernent ni les médecins, ni les soignants.

Il s'agit essentiellement d'un problème sociétal.

Ce n'est pas le rôle du médecin de provoquer délibérément la mort. Les principes rappelés à l'article R4127-38 doivent être maintenus.