

# Fin de vie : ce que dit la loi française

**La loi « Léonetti » du 22 avril 2005 a été modifiée par la Loi du 02 février 2016.** Ses décrets d'application ont été publiés le 3 août 2016.

Auparavant la loi de 2005 s'attachait à promouvoir le développement des soins palliatifs, en évitant de tomber dans les extrêmes de l'acharnement thérapeutique d'une part et de toute intention euthanasique d'autre part. « **Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.** ». Article L. 1110-10 du code de la santé publique [CSP]

La Loi de 2016 introduit la « **sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie** », c'est-à-dire plonger le malade dans un coma artificiel associé à un traitement de la douleur, tout en arrêtant l'ensemble des traitements de maintien en vie (y compris l'hydratation et l'alimentation artificielle), avec l'accord du patient, dans 3 cas particuliers de situation de fin de vie (Art L1110-5-2 du CSP).

**L'accès aux soins palliatifs et au soulagement de la douleur demeurent exigibles** (Art L1110-5 du CSP)

Elle oblige désormais le médecin à respecter les directives anticipées (sauf exceptions) et affirme la primauté de la personne de confiance sur la famille et l'entourage : « **Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale ... et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ... ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.** » Article L1111-4 du CSP. Cette « procédure collégiale » implique que le médecin en charge du patient consulte l'avis de tous les membres de son équipe soignante ainsi que celui d'au moins un médecin indépendant extérieur à l'équipe.

## Les directives anticipées.

Elles consistent en un document écrit dans lequel le patient a fait connaître sa volonté sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer.

Elles précisent également si la personne donne son accord pour une sédation profonde et continue au cas où une décision d'arrêter les traitements maintenant la vie artificiellement serait prise.

Ces directives sont valables sans limite de temps et sont révocables ou modifiables à tout moment. Elles doivent être soigneusement conservées et accessibles. Il est conseillé de les inclure dans le Dossier Médical Partagé (se rapprocher du médecin traitant).

Le médecin a l'obligation de s'y conformer, sauf dans le cas où il juge la

situation médicale du patient manifestement inappropriée ; dans ce cas il doit suivre une procédure collégiale (il ne peut prendre cette décision seul), en informer la personne de confiance, et notifier dans le dossier médical les motifs du refus.

## La personne de confiance

C'est une personne de l'entourage du malade, désignée par lui par écrit, celle-ci devant également signer le document\*. Cette désignation est révocable à tout moment.

Cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où l'état de santé du malade ne lui permettrait plus de donner son avis ou de faire part de ses décisions.

Elle rend alors compte de la volonté du malade et son témoignage prévaut sur tout autre témoignage, mais elle ne peut contredire les directives anticipées si elles existent.

Formulaires téléchargeables : [www.cpdh.eu](http://www.cpdh.eu)



## Enjeu

**L'euthanasie**, définie comme un « acte d'un tiers destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable » (rapport Sicard 2012), et **le suicide assisté**, défini comme une euthanasie réclamée par le malade, qui n'est pas commise mais seulement facilitée par un tiers qui fournit au patient les moyens de mettre fin à sa vie par lui-même, **demeurent aujourd'hui officiellement interdits en France** : « le médecin ... n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » (art R4127-38 du CSP)

Cependant, plutôt que de s'attacher exclusivement à permettre une meilleure application de la Loi de 2005 en développant l'accès des patients aux soins palliatifs et l'enseignement des soignants, les autorités introduisent une confusion dangereuse avec la « sédation profonde et continue jusqu'au décès ». Celle-ci n'était pas nécessaire sur le plan médical et instrumentalise la peur de mourir, la peur de souffrir (la souffrance ne se résumant pas à la douleur), en mettant en exergue des situations extrêmes et en promettant ici un soi-disant bien mourir expéditif dans cette notion de « fin de vie digne », plutôt qu'une « vie digne jusqu'à la mort » souhaitée par la loi de 2005 :

**Toute possibilité de relation et d'accompagnement est interrompue.** Or, contrairement à l'euthanasie qui sous-tend qu'une telle vie n'est plus digne d'être vécue, accompagner une personne a pour but, outre les soins appropriés, de lui faire réaliser que sa souffrance a un sens et prend sa place dans une vie digne d'être vécue jusqu'au bout, pour un départ apaisé pour la personne mourante comme pour l'entourage. Le « donner un sens à sa vie » peut se jouer à la fin de cette vie, et bien des personnes y ont rencontré le Seigneur Jésus-Christ.

Cette **sédation continue**, contrairement aux techniques de soins palliatifs usuelles, privilégie l'objectif à atteindre au mépris des effets secondaires et de la précipitation éventuelle du décès. La façon dont elle est mise en œuvre **pourrait dépendre des convictions du médecin** par rapport à l'euthanasie, pouvant conduire en fait à une « **euthanasie masquée** ».

Il s'agit, de l'aveu même de certains dirigeants, d'un **premier pas vers une légalisation ultérieure de l'euthanasie**. En effet, l'histoire politique récente nous a permis de constater **les nombreuses dérives éthiques** à partir de lois sociétales initialement « pavées de bonnes intentions » (loi sur l'IVG par exemple — voir « fiche repère » du CPDH à ce sujet).

## Bien veiller ! Bien agir !

Fidèle à son ministère prophétique d'avertir l'Eglise et la société en réfléchissant aux implications éthiques de l'Évangile dans le monde contemporain, le CPDH invite les chrétiens à **rester vigilants sur les évolutions sociétales et législatives pour prévenir les dérives vers une légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté**, il recommande à chacun de bien **rédiger ses propres directives anticipées et de désigner une personne de confiance.**

*Deux modèles de « directives anticipées » sont proposés par la loi française, ils peuvent être téléchargés sur le site internet du CPDH.*

