



## SITE ADMD, ESPACE « MEDECINS »

### ACCUEIL

#### POURQUOI UN ESPACE DEDIE AUX MEDECINS POUR PARLER DE LA MORT ET/OU DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

##### - Un sujet non -ou peu- abordé au cours des études médicales

La mort, lorsqu'elle est mentionnée, est le plus souvent présentée comme un événement technique signant la fin d'une pathologie, parfois un échec.

Seule la formation en gériatrie apprend un peu la mort « naturelle », aboutissement d'un processus physiologique irréversible commencé le jour de notre naissance. [*lien avec l'article du Quotidien du médecin : « Face à la mort des patients. Le généraliste, seul et autodidacte ? »*]

##### - Un sujet de société

La plupart du temps, la fin de vie est régulièrement abordée dans les médias qui la balayent rapidement, superficiellement et trop fréquemment à la recherche d'un aspect ou d'un élément à mettre en exergue, voire à judiciaireiser : la chasse au coupable ! Car mourir ne peut être présenté que comme une erreur, une anomalie à dénoncer...

Quelles que soient les circonstances, la mort intéresse tous vos patients. Ils risquent de vous interroger soit à l'occasion d'événements médiatisés, soit simplement car cela représente pour eux une préoccupation qu'ils souhaitent éclairer de vos connaissances. En effet, cette cessation complète et définitive de la vie comme la définit le Larousse interpelle chaque vivant. [*lien avec enquête Sofres*]

##### - Un sujet polémique

Des raccourcis, des affirmations *a priori* ou par non connaissance, essayent d'opposer les différents aspects de la fin de la vie.

La multitude des problématiques de fin de vie comme douleurs, processus final d'une pathologie inéluctablement et rapidement létale ou aboutissement d'une vie ayant perdu toute cohérence, permet d'entretenir des confusions.

L'aspect conflictuel est souvent issu d'un manque de tolérance quant à écouter l'Autre.

Certains s'arrogent le droit, le pouvoir, de décider à la place de l'Autre, lui volant son libre arbitre, sa libre décision, sa liberté en lui imposant leur façon de voir et de penser.

##### - Un sujet réglementé

Mais les deux lois qui s'y rapportent ne sont pas toujours pleinement appliquées faute d'être connues et présentées de façon compréhensible pour des non-juristes.

**COMMISSION MEDICALE ADMD**  
**GROUPE DE TRAVAIL « FORMATION/INFORMATION AU CORPS MEDICAL »**



**Dr Claudine LASSEN**  
**Responsable Commission Médicale**

**Dr Philippe ROMANO**  
**Membre Commission Médicale**

**COMMISSION MEDICALE / MEDECINS CONSEILLERS**

**Activités**

Rien ne pourra se construire sur le plan législatif et éthique sans implication du corps médical. La commission médicale ADMD rassemble, sur la base du volontariat, des médecins adhérents de l'association qui souhaitent réfléchir aux thèmes qu'ils veulent voir approfondir et aux actions qui peuvent être engagées pour élargir l'audience auprès des soignants. L'objectif est notamment de permettre aux médecins de pouvoir répondre aux interrogations d'un patient atteint d'une maladie incurable en phase avancée ou terminale, par un geste compassionnel défini par le code de la santé publique.

Une réunion annuelle fait le point sur les démarches entreprises lors de la période écoulée et fixe des objectifs pour l'année suivante.

Des groupes de réflexion ont ainsi été constitués en 2010 :

- groupe communication
- groupe législatif
- groupe des médecins conseillers.

**Médecin conseiller**

Les délégués ADMD départementaux et le service d'écoute téléphonique du siège parisien sont confrontés à des problèmes de fin de vie difficiles pour l'adhérent lui-même ou sa famille. Un avis médical téléphonique est alors parfois sollicité.

Dans ce cadre, le médecin conseiller de la région est contacté et un document qui précise la situation peut lui être adressé. (*lien sur pièce annexe*)

Son rôle consiste à tenter de faire respecter, dans leur plus large interprétation, les droits des malades tels qu'ils ont été rédigés dans le code de la santé publique et le code de déontologie. (*lien*)

En pratique, plusieurs attitudes sont possibles :

- contacter par téléphone le malade et/ou la famille pour mieux cerner les besoins et les attentes,
- si besoin, joindre le confrère en charge du patient, pour échanger le plus confraternellement possible, quant à la problématique de ce malade,
- éventuellement se rendre auprès du malade et/ou de ses proches.

Par ailleurs, le médecin conseiller s'engage souvent à assister aux réunions publiques organisées par les délégués de l'ADMD.

**COMMISSION MEDICALE ADMD**  
**GROUPE DE TRAVAIL « FORMATION/INFORMATION AU CORPS MEDICAL »**



Il peut également participer à des colloques, enseignements ou débats dans d'autres structures universitaires ou associatives.

*Important !*

Seuls les délégués ADMD possèdent les coordonnées des médecins conseillers qui restent strictement confidentielles et ne sont aucunement diffusées aux adhérents.

**Devenir médecin conseiller**

- Etre adhérent de l'ADMD
- et adresser une demande de participation à ce groupe au responsable de la commission médicale, 50 rue de Chabrol, 75010.

**LIMITATION/ARRET D'UN TRAITEMENT MEDICAL :**  
**DROITS ET DEVOIRS DU MEDECIN**

Sujet complexe : les devoirs vis-à-vis du malade sont simples et les droits imposent le respect des lois. Mais ce sujet reste variable selon les circonstances et les lieux.

**Les lieux**, il paraît manichéen d'opposer pratique en institution et pratique dite de ville.

La réelle différence provient surtout de la situation du praticien : il est seul ou il œuvre au sein d'une équipe.

**Les circonstances** liées à l'état du malade entraînent une dichotomie décisionnelle : le patient peut exprimer sa volonté ou, *a contrario* il est hors d'état de le faire.

La loi *relative aux droits des malades et à la fin de vie*<sup>1</sup> n° 2005-370 du 22 avril 2005 (dite Loi Leonetti) traite ces diverses circonstances.

Point important : cette loi affirme pour chacun le droit de ne pas être soumis à une « *obstination déraisonnable* ».

**Malade exprimant sa volonté**

◆ Le malade peut exprimer sa volonté de ne pas subir *ces actes lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés et n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.*

◆ ***Le médecin respecte cette volonté :***

- après avoir informé le malade des conséquences de cette abstention et vérifié que cette situation est comprise ;

---

<sup>1</sup> Les parties en italique correspondent mot à mot au texte paru au JO du 23 avril 2005

**COMMISSION MEDICALE ADMD**  
**GROUPE DE TRAVAIL « FORMATION/INFORMATION AU CORPS MEDICAL »**



-après avoir tout mis en œuvre pour convaincre le malade d'accepter les soins indispensables, ayant même *pu faire appel à un autre membre du corps médical* pour l'aider dans les explications.

◆ **Le médecin doit porter par écrit cette volonté**, qui doit avoir été *réitérée après un délai raisonnable*.

◆ Les actes *peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris*.

◆ **Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L 1110-10 du Code de la santé publique** : *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<sup>2</sup>.

**Attention !**

- **Le législateur laisse une incertitude** quant au « *délai raisonnable* » pour que le patient réitère sa décision, par contre il insiste plusieurs fois pour que le *médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins...actifs et continus* qui visent à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne.

- L'article 2 de la loi comporte une phrase de grande portée.  
« *Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, **il doit en informer le malade.***

*La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical ».*

Cet article particulièrement important a entraîné une réécriture de l'article 37 du code de déontologie médicale, publié par décret du 29 janvier 2010.

« *Le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage ».*

◆ Ce texte introduit ce que certains nomment le double effet pour peu que la volonté du prescripteur soit de sauvegarder la dignité du mourant, assurer la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins actifs et continus visant à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne.

Pour les malades, ils instaurent un droit au « laisser mourir ».

Aujourd'hui ils ne permettent pas l'euthanasie, toujours pénalement réprimable.

---

<sup>2</sup> [Les textes en bleu correspondent mot à mot au texte de la loi du 4 mars 2002](#)



### **Malade ne pouvant pas exprimer sa volonté**

◆ Pour le malade ne pouvant exprimer sa volonté, la procédure est la même, aussi attentive à la qualité des traitements antalgiques et sédatifs qu'à l'exigence de la sauvegarde de la dignité du patient.

Le médecin peut décider de limiter ou arrêter un traitement s'il est considéré comme de l'obstination déraisonnable.

Mais, en cette circonstance qui prend place le plus souvent en établissement de santé, une démarche complexifiée s'impose.

*La limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé :*

*. sans avoir respecté la procédure collégiale,*

*. sans que la personne de confiance, ou la famille, et le cas échéant les directives anticipées aient été consultées.*

### **◆ Procédure collégiale**

Avant de prendre la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique le médecin du malade doit :

. se concerter avec l'équipe de soins,

. obtenir l'avis d'un confrère avec lequel n'existe nul lien de nature hiérarchique.

La démarche et sa conclusion doivent être portées dans le dossier médical.

◆ **Personne de confiance** [lien + lien avec [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) // personne de confiance, rapport de l'Ordre du 8/10/2010 ]

Depuis la loi du 4 mars 2004 chaque citoyen a le droit de désigner une (des) personne(s) de confiance pour l'accompagner et le représenter en tant que de besoin.

Lorsque le malade ne peut plus exprimer sa volonté la personne de confiance doit être consultée quant aux décisions éventuelles pour l'arrêt de traitement constituant une obstination déraisonnable. ***Son avis prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées.***

### **◆ Directives anticipées (DA) [lien]**

**Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces DA indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.**

**Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.**



◆ L'appropriation des textes et leur adéquate mise en pratique permettent d'apporter aux patients en situation de maintien artificiel en vie, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable **une aide, un soutien dépenalisés** qu'ils peuvent pour certains solliciter pendant que d'autres n'en exprimeront jamais le souhait.

Répondre positivement à la demande de l'un n'est, ne sera jamais de l'imposer à un autre, c'est la liberté de chaque individu pour lui-même qui prime et doit servir de guide aux soignants.

## **SOULAGEMENT DES SOUFFRANCES :** **DROITS ET DEVOIRS DU MEDECIN**

Le soulagement des souffrances est stipulé dans le titre I de l'article 37 (R.4127-37) du code de la santé publique, modifié par le décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010.

*« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ».*

Le code de la santé parle de souffrance et non de douleur, ce qui n'est pas innocent. La notion de souffrance est en effet beaucoup plus large que celle de douleur. La souffrance s'étend au domaine psychique et englobe notamment la détresse morale.

Pour soulager cette souffrance, **la loi autorise le médecin à utiliser des traitements à des doses qui peuvent avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie de son patient dans la mesure où ce dernier (et/ou ses représentants) aura été préalablement informé des risques encourus.**

*“L'utilisation de produits morphiniques à doses importantes abrège inéluctablement la vie de quelques minutes, quelques heures ou quelques semaines”, a indiqué Jean Leonetti lors des débats entourant le vote de la loi du 22 avril 2005. “Mais nous disons clairement que la qualité de la vie du mourant vaut mieux que sa durée et nous assumons cette position. (...) Il faut accepter que certains traitements de confort puissent abrèger la vie et donner le choix au patient d'en bénéficier”.*

Pour s'abstenir de prescrire les traitements nécessaires au soulagement des souffrances en doses suffisantes, aucun médecin ne peut se retrancher derrière le risque que de telles prescriptions lui feraient courir.

Celui qui provoque indirectement la mort de son patient en lui prescrivant le traitement nécessaire pour le soulager est désormais pénalement “irresponsable” puisque **l'acte qu'il accomplit est autorisé par la loi, car il n'a pas l'intention de donner la mort.**



## **CE QUE DIT LE CODE DE DEONTOLOGIE**

Le soulagement des souffrances et la limitation ou l'arrêt des traitements est stipulé dans les titres I, II, et III de l'article 37 (R.4127-37) du code de la santé publique, modifié par le décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010.

*I. – « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ».*

*II. - « Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.*

*« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.*

*« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.*

*« Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.*

*« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement sont inscrits dans le dossier du patient.*

COMMISSION MEDICALE ADMD  
GROUPE DE TRAVAIL « FORMATION/INFORMATION AU CORPS MEDICAL »



*« La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. »*

*III. – « Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »*