

AVIS DE L'EXPERT-E / EXPERT OPINION

Réflexions de la commission éthique de la SRLF à propos du projet de loi fin de vie du gouvernement français projeté pour 2024

Reflections from the SRLF ethics committee about the French government's end-of-life law that is planned for 2024

Robin Cremer^{1*} • Jean-Philippe Rigaud² • Bénédicte Gaillard - Le Roux³ • Anne-Laure Pujol⁴ • Nicolas de Prost⁵
Caroline Hauw - Berlemont⁶ • Cyril Goulenok⁷ • Odile Noizet - Yverneau⁸ • Mercè Jourdain⁹ • Emmanuelle Mercier¹⁰
Julien Duvivier¹¹ • Baptiste Biancarelli¹² • Antoine Lafarge¹³ • Marc Grassin¹⁴ • Benjamin Zuber¹⁵

Reçu le 26 mars 2024 ; accepté le 3 mai 2024.

Pour la Commission d'Éthique de la SRLF.

© SRLF 2024.

Résumé

La Commission d'Éthique de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) a examiné l'avant-projet de loi qui a été présenté au Conseil des ministres en avril 2024 et qui sera présenté au parlement français au printemps 2024.

Le but de cet article est de fournir un résumé de cet avant-projet de loi accompagné des commentaires et interrogations de la Commission d'Éthique de la SRLF destinés à nourrir la réflexion des professionnels de la réanimation.

Mots-clés : limitation et arrêt des traitements, réanimation, fin de vie, soins palliatifs, euthanasie, suicide assisté

Abstract

The Ethics Committee of the French Intensive Care Society (FICS) has examined the draft bill, which has been circulated since April 2024 and will be presented to the French parliament in spring 2024.

The aim of this article is to provide a summary of the draft law, as well as the comments and questions raised by the SRLF Ethics Committee, in order to provide further reflections for intensivists.

Keywords: withholding/withdrawing treatments, assisted suicide, euthanasia, intensive care unit, palliative care

Introduction

À la suite de l'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique [1] qui s'est prononcé en septembre 2022 en faveur de l'ouverture d'une réflexion sur l'aide active à mourir (AAM), le Président de la République a annoncé le lancement d'une réflexion nationale sur le sujet [2]. Cette concertation nationale a inclus une Convention citoyenne pilotée par le Conseil économique, social et environnemental qui s'est prononcée en avril 2023 pour l'ouverture d'une AAM [3]. En parallèle 245 débats publics ont été menés par les espaces de réflexion éthique régionaux [4] et 14 réunions de travail ont été pilotées au

ministère de la santé, par la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Madame Firmin – Le Bodo avec des représentants des sociétés savantes médicales et paramédicales, des représentants d'associations et avec des parlementaires. La SRLF était représentée à toutes ces réunions. L'avant-projet de loi a été présenté à la presse et aux participants aux groupes de travail en décembre 2023. Les groupes de travail ne se sont pas réunis depuis cette date. Le document analysé est le projet de loi qui a été soumis au conseil des ministres en avril 2024 et qui est disponible sur le site de l'Assemblée nationale sous le numéro 2462 [5].

*Robin Cremer

Réanimation et soins intensifs pédiatriques
Hôpital Jeanne de Flandre – CHU de Lille.

✉ robin.cremer@chru-lille.fr

La liste complète des affiliations des auteurs est disponible à la fin de l'article.



Le but de cet article est de fournir aux réanimateurs un résumé de cet avant-projet de loi et de leur soumettre les réflexions de la Commission d'Éthique de la SRLF. Nous avons pris le parti méthodologique de nous cantonner strictement à l'analyse du texte lui-même sans en discuter les motifs, puisque le temps du débat public est réputé clos par l'ouverture du temps parlementaire. Nous avons donc examiné systématiquement toutes les situations rendues possibles par ce texte dans les services de réanimation, indépendamment de leur probabilité de survenue. Toutes ne suscitent pas les mêmes craintes au sein des membres de la commission, mais toutes nous semblaient devoir être signalées. Ces points de discussion ne constituent pas une prise de position de la commission : ils sont destinés à nourrir la réflexion des professionnels de la réanimation.

Résumé du projet de loi

La loi comporte deux volets. Le titre 1 porte sur la stratégie en matière de soins palliatifs et les droits des malades en fin de vie. Le titre 2 instaure l'aide à mourir (AAM).

Titre 1 : « Renforcer les soins d'accompagnement et les droits des malades »

On y trouve la **définition des soins d'accompagnement** (Art. 1) qui incluent les soins palliatifs dans leur acception actuelle, les soins de support (prise en charge nutritionnelle, accompagnement psychologique, aide à la pratique d'une activité physique adaptée, etc.) ou encore les soins de confort (musicothérapie, massage, soins socio-esthétiques, etc.), et plus largement toutes les mesures et soutiens mis en œuvre pour répondre aux besoins de la personne malade, médicaux ou non médicaux, de nature physique, psychique ou sociale, et à ceux de ses proches aidants, les mesures sociales d'accompagnement de la fin de vie et l'AAM.

Il crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social dénommée « maisons d'accompagnement » (Art. 2). Elles seront composées de petites unités de vie qui proposeront une prise en charge globale et pluridisciplinaire aux personnes en fin de vie et à leurs proches.

Les professionnels de santé auront l'obligation de proposer, dès l'annonce d'une maladie grave, la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement dédié à l'anticipation, au suivi et à la coordination des prises en charge (Art. 3).

Le titre 1 prévoit un renforcement du rôle du dossier médical partagé (DMP) à travers une facilitation de l'accès au DMP pour la personne de confiance ou les proches, une utilisation du DMP pour y accueillir les directives anticipées (moyen non exclusif) et le « plan personnalisé d'accompagnement » s'il a été rédigé.

Titre 2 : aide à mourir (AAM)

Le titre 2 du projet de loi instaure l'AAM comme faisant partie des soins d'accompagnement. « *L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner la mise à disposition, à une personne qui en a exprimé la demande, d'une substance [...] afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.* » Pour en faire la demande, le patient doit remplir cinq conditions cumulatives listées au **Tableau 1** (Art. 6). Le projet de loi dispose que les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peuvent pas être regardées comme manifestant une volonté libre et éclairée (Art.8).

La demande d'AAM peut être faite à **tout médecin en activité** qui n'est ni un parent, ni un allié, ni le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni un ayant droit de la personne. La

TABLEAU 1 - Conditions cumulatives pour pouvoir faire une demande d'aide à mourir (AAM) indiquées à l'Art. 6 du projet de loi

- Être âgé de 18 ans et plus
- Être de nationalité française ou résider en France de manière stable
- Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée
- Être atteint d'une affection grave et incurable qui engage son pronostic vital à court ou moyen terme
- Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas ou a choisi d'arrêter de recevoir des traitements

personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes. En réponse, le médecin peut soit faire jouer sa clause de conscience légale prévue à l'article 16 et adresser le patient à un confrère qui ne l'active pas, soit accepter de **rendre sa décision sous 15 jours**. Lors de cette première demande, le médecin doit lui apporter des informations sur son état de santé, les perspectives de son évolution, les traitements et dispositifs d'accompagnement disponibles ainsi que les conditions d'accès et de réalisation de l'aide à mourir. Il propose au patient, s'il n'en bénéficie pas, une prise en charge en soins palliatifs. Il doit également lui indiquer qu'il peut renoncer, à tout moment, à sa demande

Pendant le délai de 15 jours, le médecin qui a accepté de statuer doit (1) vérifier que le patient remplit bien les critères d'éligibilité, (2) recueillir l'avis d'un autre médecin sans lien de parenté avec le malade et qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas (ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il peut examiner la personne avant de rendre son avis), et (3) d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical. Il peut également recueillir l'avis d'autres professionnels, notamment psychologue, infirmier ou aide-soignant, qui interviennent auprès de la personne. Aucun de ces avis n'est contraignant. **Le médecin se prononce dans un délai maximal de quinze jours suivant la demande et notifie sa décision motivée à la personne.** (Art. 8). L'accord ou le désaccord du médecin doit être notifié au malade. L'accord est valable trois mois.

Après notification de l'accord, le malade réitère sa demande au même médecin, après un délai de réflexion minimal de deux jours. Le médecin assure une information de la personne sur l'administration et l'action de la substance létale et la prescrit sous forme de préparation magistrale. Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par arrêté du ministre chargé de la santé. Il s'accorde avec la personne sur le médecin ou l'infirmier qui va l'accompagner pour la réalisation de l'AAM (Art. 8).

Lors de l'acte, le médecin ou l'infirmier présent, sur lequel le patient et le prescripteur se sont accordés, vérifie la volonté de la personne, s'assure que la substance létale à disposition correspond à celle prescrite et prépare, le cas échéant, son administration. **L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même.** Lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, l'administration est réalisée, à sa demande, soit par une personne volontaire qu'elle désigne lorsqu'aucune contrainte d'ordre technique n'y fait obstacle, soit par le médecin ou l'infirmier présent (Art. 11). Il est indiqué qu'il doit [...] « se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir **intervenir en cas de**

difficulté », ce qui suppose une obligation de résultat dont les modalités sont renvoyées à des futures recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce même soignant établit le certificat de décès et assure le **retour des doses** de préparation magistrale non consommées (Art. 11). Il assure également la **traçabilité** de la procédure (Art 13 et Art. 17). L'ensemble de la procédure est résumé à la **Figure 1**.

Une hospitalisation, un hébergement dans un EHPAD ou une incarcération ne peuvent pas faire obstacle à l'accès d'une personne malade à l'AAM. En particulier, si, au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social, aucun médecin ne veut traiter de demande d'aide à mourir ou si aucun professionnel de santé ne souhaite accompagner une personne, le responsable de la structure sera tenu d'y permettre l'intervention à cette fin d'un autre professionnel de santé (Art. 16).

Le contrôle de la procédure s'effectue *a posteriori* (Art. 17) par création d'un système d'information dédié à sa traçabilité qui fera l'objet d'un décret du Conseil d'Etat et d'une commission de contrôle au ministère de la santé. Cette commission tiendra également un registre des personnels volontaires pour concourir à la mise en œuvre d'une AAM (Art. 16).

La dépénalisation est assurée par l'article 122-4 du code pénal, « *N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.* ». Théoriquement, il n'y a pas de légitimation de l'AAM puisque le Code pénal lui-même n'est pas modifié.

Analyse globale du projet de loi

Une « loi volante » qui n'est pas rattachée au code juridique dont elle modifie l'application

En premier abord un paradoxe mérite d'être souligné. Le titre 2 du projet de loi qui instaure l'AAM est présenté dans les commentaires explicatifs du texte comme la déclinaison de l'article L. 1110-5 du CSP, qui dispose que : « *Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté* ». Pour autant, le législateur n'a pas souhaité référencer les dispositions du titre 2 à ce niveau dans le CSP, alors que celles du titre 1 qui incluent explicitement l'AAM comme faisant partie des « soins d'accompagnement » modifient le CSP en conséquence. Ce titre 2 constitue donc ce que les juristes appellent une « loi volante » qui n'est pas rattachée au code juridique dont elle modifie l'application. Pour certains c'est un signe de prudence du législateur, pour d'autres c'est le premier pas vers l'institution à terme d'un véritable droit

à mourir. Il n'appartient pas à la Commission d'Éthique de la SRLF de faire de procès d'intention, mais il faut bien convenir que ce qui est présenté comme une nouvelle possibilité d'assurer des soins d'accompagnement bénéficie en termes de mode de décision et de délais de mise en œuvre des garanties telles qu'on institue quasiment un droit-créance opposable.

Un mode de raisonnement très éloigné de la pratique médicale

Pour un patient faisant état de souffrances physiques ou psychiques insupportables liées à sa maladie, le projet de loi fait d'une espérance de vie « évaluable en semaines ou en mois » à l'heure de la demande du patient le pivot

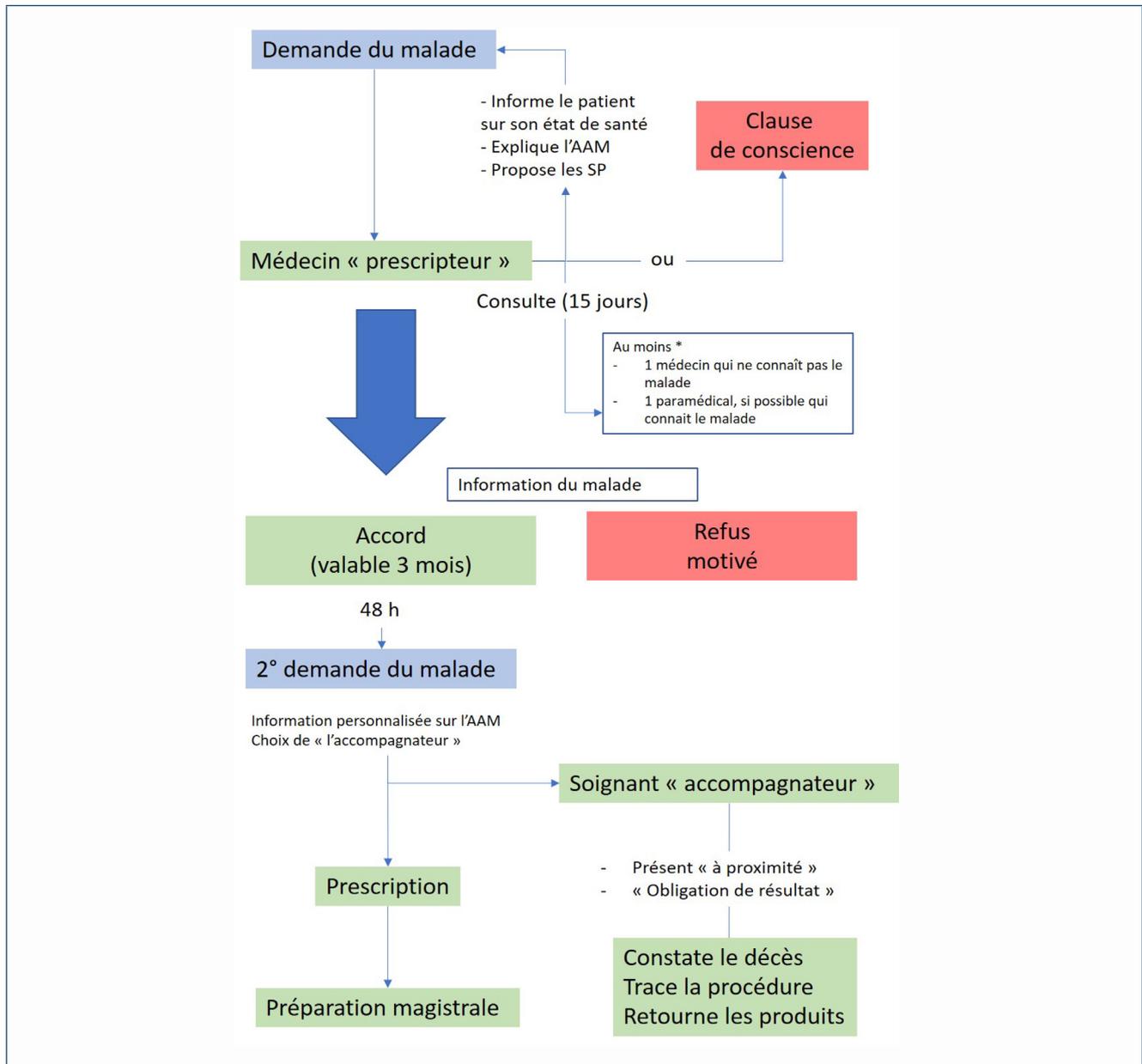


FIGURE 1 - Résumé de la procédure d'AAM telle qu'elle figure dans le projet de loi de fin de vie

*Si le médecin sollicité par le malade n'est pas spécialiste de la maladie, celui qui ne connaît pas le malade doit l'être.

AAM : aide à mourir ; SP : soins palliatif.

de la décision médicale d'acceptation de l'AAM. C'est un raisonnement tout à fait contraire à celui auquel les cliniciens sont formés, lequel consiste en l'évaluation du caractère raisonnable des traitements qu'ils proposent en matière de bénéfices et d'inconvénients, dans la temporalité vécue et la singularité de chaque patient et ceci quelle que soit l'espérance de vie. Si tant est que cette donnée soit disponible, il s'agira nécessairement de statistiques obtenues à partir de cohortes qu'il n'était jusque-là pas licite de communiquer sous cette forme au patient. L'article 35 du code de déontologie médicale indique d'ailleurs à ce propos que « *Tout au long de la maladie, [le médecin] tient compte de la personnalité du patient dans ses explications* » et qu'un pronostic fatal « *ne doit être révélé qu'avec circonspection* » (Art. R.4127-35 du CSP).

Dans ce projet de loi, rien n'empêche le patient de demander l'AAM en alternative au traitement, dès la consultation d'annonce ou au moment de la formalisation du projet d'accompagnement si la maladie est grevée d'un pronostic statistiquement très sombre et qu'il estime que sa souffrance physique ou psychique est déjà insupportable. Pourra-t-on vraiment accéder à l'AAM avant même d'avoir entamé le processus nécessaire pour traiter l'information de l'annonce de la maladie grave ? [6]. Le délai maximal de quinze jours qui est prévu pour répondre au demandeur risque de se révéler bien trop court pour qu'il puisse expérimenter les bénéfices d'une prise en charge palliative. Quelle sera alors la marge de manœuvre du clinicien entre un refus au motif qu'il juge que la souffrance du patient n'est pas encore qualifiable de réfractaire, ou une acceptation au motif que celui-ci est seul juge du caractère insupportable de sa souffrance ? La Commission d'Éthique de la SRLF s'était déjà inquiétée en 2021 de la possibilité de demandes d'euthanasie en alternative à tout traitement, que ce soit par choix personnel ou faute d'une prise en charge palliative satisfaisante [7]. Ce projet de loi permet explicitement l'AAM en alternative au traitement.

Une disparition de la collégialité telle que les praticiens la pratiquent couramment

Pour juger de la capacité du patient à manifester sa volonté, du pronostic de la maladie et de la souffrance du patient, l'article 8 dispose que « *le médecin recueille l'avis d'un médecin [...] qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas* » et « *d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical* ». Les avis sont transmis par chaque professionnel au médecin qui les a sollicités mais il n'y a pas nécessairement de

réunion collective préalable. Ces avis ne s'imposent pas au médecin, mais, celui-ci devra motiver sa décision et indiquer les suites qu'il a entendu donner aux avis reçus. Ces avis peuvent être rendus sur dossier et l'examen clinique est facultatif.

Si le médecin sollicité pour l'AAM connaît le patient et se trouve être un spécialiste de la maladie dont il souffre, c'est donc à un confrère ne connaissant ni le patient, ni la maladie qu'il devra s'adresser. On peut poser la question de l'utilité de ce second avis qui sera rendu sans qu'il y ait eu aucune collaboration entre les deux praticiens, si ce n'est d'obliger à un regard extérieur théorique par un confrère. Il en est exactement de même de l'avis du professionnel paramédical requis en l'absence d'un collègue impliqué dans la prise en charge du patient. Ce deuxième avis relève d'un domaine strictement expertal et critériologique puisque, contrairement au consultant étranger à l'équipe imposé par la loi Leonetti pour les arrêts de réanimation [8], ces professionnels sollicités ne jouent aucun rôle de facilitation de la délibération. Le médecin sollicité décide donc seul d'accorder ou non l'AAM, au vu de cette expertise qui ne le contraint pas, sans aucune délibération collégiale.

On pourrait se réjouir de l'utilisation du verbe décider qui est de nature à responsabiliser le médecin et qui semble ouvrir la possibilité d'une pondération de la demande du malade. Mais au-delà du verbe choisi, de quoi décidera-t-il, puisque le patient est incontestablement seul juge du caractère supportable ou insupportable de sa souffrance, si ce n'est d'endosser personnellement à l'endroit d'un patient la conversion d'une espérance de vie statistique en une prédiction parfaitement autoréalisatrice ? C'est d'ailleurs parce que le médecin n'a en réalité quasiment aucun degré de liberté que le législateur a prévu une clause de conscience légale, comme pour les autres situations dans lesquelles il a l'obligation d'agir à la demande du patient avec obligation de résultat [9].

Quel impact en réanimation ?

En réanimation, les soignants sont quotidiennement confrontés à la fin de la vie de leurs patients puisque le taux de mortalité se situe entre 15 et 20 % dans ces services [10] et ont considérablement humanisé leurs pratiques depuis vingt ans [11]. Pour la majorité des patients de réanimation, le décès intervient après une décision de limitation et d'arrêt des traitements [12], conformément à la loi Leonetti de 2005 [13] et à la loi Claeys-Leonetti de 2016 [14]. La SRLF a élaboré et actualisé des recommandations sur le sujet [15]. Pour le dire rapidement, les soignants de soins intensifs ont importé des pratiques de soins palliatifs qu'ils ont adaptées à la situation particulière de leur exercice, notamment la dépendance des patients à une ou plus-

leurs suppléances d'organe et leur incapacité fréquente à s'exprimer. Ils ont appris à rechercher la volonté du patient, de manière directe (directives anticipées, paroles du patient) ou indirecte (témoignages des proches), à mettre en place des réunions collégiales et à délibérer de la proportionnalité des traitements et de l'obstination déraisonnable [16]. Quel impact ce projet de loi pourrait-il avoir sur leur pratique ?

Les patients de soins intensifs sont-ils concernés ?

À l'évidence le projet de loi a été écrit en pensant à des patients atteints de maladies chroniques graves hors situation d'urgence et non pour les patients de soins intensifs. Mais pour autant on ne peut exclure que des demandes d'AAM soient formulées dans ces services ou dans les Unités de Surveillance Continue qui y sont adossées (USC). En effet, des malades atteints de maladies chroniques graves y sont régulièrement accueillis pour la gestion d'une décompensation aiguë, voire dans le cadre d'un projet de soins anticipant une prise en charge à objectifs limités (une ventilation non invasive avec décision anticipée de ne pas intuber, par exemple). Ces patients peuvent relever à terme d'une décision de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) [17] pour arrêter une ventilation non invasive devenue déraisonnable au vu de l'échec des traitements [7]. Seront-ils éligibles s'ils demandent une AAM en cours de séjour, transitoirement épuisés par l'épisode de décompensation aiguë qu'ils traversent ? Quelle réponse les réanimateurs devront-ils leur apporter ? Devront-ils déclencher une procédure d'AAM alors que le plan de soins paraissait cohérent et acceptable, ou, au contraire, faudra-t-il remettre l'examen de cette demande à plus tard, si le patient survit à cette décompensation ?

Par ailleurs, il n'est pas rare que des diagnostics de maladies graves soient posés à l'occasion d'une hospitalisation en soins intensifs. Certaines maladies, notamment oncologiques, peuvent être au moment du diagnostic à un tel stade d'évolution que le pronostic de survie entrera dans les critères prévus par le projet de loi. Qui prendra en charge ces patients s'ils demandent une AAM dès l'annonce diagnostique en réanimation ? Faudra-t-il l'organiser sur place avec les médecins volontaires au risque de cliver les équipes ? Comment choisir alors entre une SPCMD instituée en raison de l'inanité de la suppléance d'organe et une AAM répondant à la volonté du patient de garder la maîtrise de sa mort et de se faire administrer l'AAM par le soignant de son choix ? Dans ce contexte, l'article 9 du texte établit la possibilité de l'intervention d'un soignant n'appartenant pas à l'équipe de réanimation, voire d'un

autre établissement. Comment devra-t-on organiser sa « cohabitation » au lit du patient avec une équipe qui n'a pas les mêmes objectifs ?

Quant à l'éventuelle administration de l'AAM par un proche, les données scientifiques provenant d'études menées chez les proches impliqués dans les prises de décision en fin de vie des patients hospitalisés en réanimation, retrouvent des taux importants d'anxiété, dépression et symptômes de stress post traumatique, qui peuvent faire craindre des conséquences chez ceux qui seraient impliqués dans la réalisation de l'acte [18, 19]. La littérature concernant l'implication des proches dans les pays où l'assistance au suicide est disponible présente des résultats contradictoires, et soutient alors cette inquiétude [19]. En effet, des conséquences psychiques ont été observées telles que des dilemmes moraux, un isolement des proches, et une stigmatisation sociale [20] ; mais aussi un risque plus important d'état de stress post-traumatique et de dépression et une prévalence équivalente de deuil compliqué [21].

Il n'est pas impossible, non plus, qu'un patient ayant fait une première demande d'AAM soit admis en réanimation pendant le délai de trois mois dont il dispose avant de la réitérer. Comme il n'y a aucune obligation de publicité, il est tout à fait envisageable que son entourage ou ses soignants habituels ignorant tout de la démarche fassent appel aux secours en cas de décompensation aiguë de sa maladie. On peut également imaginer que le patient puisse éprouver un sentiment d'impréparation, voire de panique si une décompensation survient durant ce délai et qu'il le conduise à solliciter lui-même les secours. Quelle sera alors la conduite à tenir pour le médecin régulateur du SAMU et le réanimateur ? Faudrait-il aller jusqu'à poser la question à chaque appel ? Ou au contraire, faudra-t-il considérer de manière systématique que l'appel aux secours équivaut à une révocation de la demande d'AAM ?

Enfin, les membres de la Commission d'Éthique ont exprimé de grandes réserves quant à l'implication éventuelle des réanimateurs dans la prise en charge des patients pour lesquels la mise en œuvre de l'AAM aura été inefficace. Leurs compétences en matière de pose de voies veineuses et de sédation seront-elles sollicitées à titre compassionnel pour effectuer à l'hôpital des « gestes de rattrapage » relevant d'une obligation de résultat ? En l'absence d'anticipation, l'obligation de porter assistance à un patient en détresse sera alors parfaitement indiscutable, mais dans quel sens devront-ils agir ? Comment choisir entre des actes de soins conformes à leur pratique de réanimateurs et l'achèvement d'un acte dont ils n'auront pas été décisionnaires ? Il paraît absolument indispensable que ces situations soient parfaitement anticipées et que n'y soient impliqués que des soignants ayant participé à tout le processus.

Un risque de confusion entre deux procédures très différentes

Lors des réunions au ministère de la santé, le projet de loi a été présenté comme étant de nature à prendre en charge les malades laissés pour compte par la loi Claey-Leonetti au motif que cette dernière ne concernerait que ceux dont le pronostic est engagé à court terme. Or il n'en est rien : la loi Claey-Leonetti prend place lorsqu'une combinaison de facteurs établit l'obstination déraisonnable chez un patient en état avancé ou terminal d'une affection grave et incurable sans que l'espérance de vie ne soit mentionnée comme un critère en soi. En réanimation, cela permet de l'utiliser chez des malades qui ne sont pas *stricto sensu* en fin de vie mais qui sont dépendants d'une suppléance vitale jugée déraisonnable et d'utiliser la SPCMD lors de son retrait [16]. La coexistence en réanimation de deux procédures qui pourraient être perçues comme concurrentes pour des malades définis de la même façon alors que les principes décisionnels sont très différents est un facteur de confusion évident, *a fortiori* si la SPCMD est employée. Elle comporte également un risque de fragilisation des décisions d'arrêt de traitement prises après une délibération collégiale en réanimation pour éviter l'obstination déraisonnable, notamment si elles sont contestées par l'entourage.

Si elle semble permettre la gestion satisfaisante de la très grande majorité des cas, la loi actuelle n'est pourtant pas d'interprétation univoque dans les réanimations. Par exemple, on connaît depuis longtemps la différence de perception selon les catégories professionnelles. Deux études menées en réanimation adulte, l'une en France [22] et l'autre au Danemark [23], ont montré que les médecins (75 % à 92 %) étaient beaucoup plus nombreux à juger que les infirmières étaient impliquées dans les décisions de LAT que les intéressées (43 % à 59 %). Une étude pédiatrique a montré des résultats similaires, mais elle a montré aussi que, si certains respectaient à la lettre les principes des soins palliatifs tels qu'ils sont définis par le code de la santé publique, 40 % des médecins et 64 % des soignants jugeaient acceptable de provoquer un décès si la décision était collégiale [24]. Dans cette étude, une décision d'administrer des médicaments avec l'intention de provoquer la mort était considérée comme légale par 12 % des paramédicaux. Plus récemment, une étude qui a interrogé 1 149 personnels de réanimation en France à propos de cas cliniques fictifs conçus pour les pousser dans leurs retranchements faisait état de 76,5 % d'opinions favorables à l'euthanasie ou au suicide assisté par un tiers [25]. Même si elle a été critiquée sur le plan méthodologique [26], cette étude comme celles qui l'ont précédée montre qu'il persiste de nombreux facteurs confondants en matière de terminologie et une grande variabilité d'analyse de l'intentionnalité des actes

réalisés en réanimation en fin de vie. En l'état actuel de la législation, l'interdit de tuer en tant que principe universel, combiné avec un système législatif assez souple encadrant l'exercice d'une responsabilité morale collégiale des soignants donne malgré tout une cohérence conceptuelle aux pratiques des réanimateurs. L'introduction par le projet de loi d'une critériologie fondée principalement sur l'espérance de vie et la disparition de la délibération collégiale risquent de fragiliser la culture palliative qui a été importée avec succès en réanimation. Elle risque également de compliquer considérablement la formation des personnels et la prise en charge des patients dans la singularité de leur situation.

Conclusion

Ces réflexions des membres de la Commission d'Éthique n'ont d'autre ambition que de permettre aux réanimateurs de mieux apprécier les enjeux d'un texte de loi avant qu'il ne s'impose à eux selon un calendrier qui est maintenant à la main du parlement.

Les points sur lesquels les membres de la commission d'éthique peuvent faire état d'un accord fort sont les suivants :

1. Ils sont très attachés à ce que les efforts de conceptualisation et d'humanisation des arrêts de traitements de réanimation qui ont été effectués depuis la fin des années 1990 ne soit pas fragilisés, notamment la valeur de la délibération collégiale autour de la singularité de chaque malade.
2. Ils sont très attachés au maintien et au développement d'une culture palliative en réanimation qui participe à son humanisation.
3. Ils sont opposés à l'introduction dans le raisonnement médical d'une critériologie reposant quasi exclusivement sur l'espérance de vie, sans autre médiation possible que le degré de souffrance physique ou psychique dont le patient fait état à l'instant de la demande.
4. Ils sont inquiets au sujet de la complexité que le projet de loi risque d'introduire dans leur exercice en matière de régulation des admissions en réanimation et de prise de décision.
5. Ils ne souhaitent pas que les équipes de réanimation soient impliquées dans des procédures de « rat-trapage » d'AAM, ni aucun soignant qui n'aurait pas participé à l'entièreté du processus.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne font état d'aucun conflit d'intérêt au sujet de cette publication.

Affiliations

¹Réanimation et soins intensifs pédiatriques
Hôpital Jeanne de Flandre - CHU de Lille

²Service de Médecine Intensive Réanimation
CH de Dieppe

³Service de Réanimation Pédiatrique
Hôpital Femme-Enfant-Adolescent, CHU de Nantes

⁴Équipe VCR, École de Psychologues Praticiens de l'Institut Catholique de Paris – Service de réanimation chirurgicale polyvalente
Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, AP-HP, Paris

⁵Service de Réanimation Médicale
CHU Henri Mondor, Créteil

⁶Service de Médecine Intensive Réanimation
Hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris

⁷Service de Médecine Intensive Réanimation
Hôpital Privé Jacques Cartier Ramsay-GDS
Massy. LIPHA.

⁸Équipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatrique
Champagne-Ardenne, American Memorial Hospital,
47 rue Cognacq-Jay, 51092 Reims

⁹Service de Réanimation C - Pôle de MIR
Hôpital Roger Salengro, CHU de Lille

¹⁰Service de Médecine Intensive – Réanimation
CHRU de Tours

¹¹Service de réanimation polyvalente / Usv
CH de Draguignan

¹²Service de Réanimation Chirurgicale Cardio-Vasculaire
Hôpital de la Timone, CHU de Marseille

¹³Service de Médecine Intensive Réanimation
Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris

¹⁴Institut Vaugirard - Humanités et Management, Paris.

¹⁵Service de Réanimation Polyvalente
Hôpital Foch, Suresnes

Références

- (2022) Avis 139 du Comité consultatif national d'éthique. Disponible en ligne sur : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et>
- (2022) Communiqué de l'Élysée du 13 septembre 2022. Disponible en ligne sur <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2022/09/13/lancement-du-debat-sur-la-fin-de-vie>
- (2023) Rapport de la Convention citoyenne sur la fin de vie. Mars 2023. Disponible en ligne sur https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf
- (2023) Synthèse des réunions d'information & débats sur les situations de fin de vie, organisées par les ERER sous l'impulsion du CCNE. Disponible en ligne sur <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-04/Synthe%CC%80se%20ERER%20CCNE.pdf>
- (2024) Projet de loi n°2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie. Disponible en ligne sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462_projet-loi#D_Article_8.
- Lanfroy R (2022) L'acceptation de sa maladie : un processus adapté ou mortifère ? ; L'évolution psychiatrique ; 87:109–1175. DOI : 10.1016/j.evopsy.2021.09.003
- Rigaud JP, Reignier J, Robert R, et al. (2021) Sédatation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en réanimation : mise au point de la Commission d'Éthique de la SRLF. Méd. Intensive Réa. 30(3):271-276. DOI : 10.37051/mir-00079.
- Cremer R, Graftiaux JP, Renault A, et al. (2012) Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. Reanimation. 21:231-235. DOI : 10.1007/s13546-012-0447-z
- Duvey C, Williatte-Pellitteri L, Cremer R (2023) La clause de conscience du médecin : privilège indu ou nécessité incontournable ? RGDM. N°88 : 18-25
- Boulet N, Bousser A, Mezzarobba M, et al. (2023) Intensive Care Unit activity in France from the national database between 2013 and 2019: More critically ill patients, shorter stay and lower mortality rate. Anaesth Crit Care Pain Med. ;42:101228. DOI : 10.1016/j.accpm.2023.101228.
- Fourrier F (2010) Conférence de consensus de la SRLF. Mieux vivre la réanimation ; Reanimation ; 19:191-203. DOI : 10.1016/j.reaurg.2010.03.001
- Lesieur O, Herbland A, Cabasson S, et al. (2018) Changes in limitations of life-sustaining treatments over time in a French intensive care unit: A prospective observational study. J Crit Care ; 47 : 21–29. DOI : 10.1016/j.jcrc.2018.05.018
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF du 23 avril 2005. Disponible en ligne sur Légifrance - JORF n° 0095 du 23/04/2005 ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF n°0028 du 3 février 2016. Disponible en ligne sur Légifrance - JORF n° 0028 du 03/02/2016 ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))
- Commission d'éthique de la SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte : Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Disponible en ligne sur https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2008_-actualisation_des-recommandations_de_la_SRLF_concernant_les_limitations_therapeutiques.pdf
- Noizet-Yverneau O, Bordet F, Pillot J, et al. (2019) Intégration de la démarche palliative à la médecine intensive - réanimation : de la théorie à la pratique Méd. Intensive Réa 28:398-407. DOI : 10.3166/rea-2019-0124
- Décret du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. JORF n°0181 du 5 août 2016. Disponible en ligne sur JORF n° 0181 du 05/08/2016 ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))
- McAdam JL, Dracup KA, White DB, et al. (2010) Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. Crit Care Med. ;38:1078-85. DOI : 10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
- Pott M, Dubois J, Currat T et al. (2011) Les proches impliqués dans une assistance au suicide ; Revue internationale de soins palliatifs. 26: 277-86. DOI : 10.3917/inka.113.0277
- Gamondi C, Pott M, Forbes K, Payne S (2015) Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study ; BMJ Support Palliat Care. 5(2) : 146-152. DOI : 10.1136/bmjspcare-2013-000483]
- Wagner B, Müller J, Maercker A (2012) Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide ; Eur Psychiatr. 27(7) : 542-546 DOI : 10.1016/j.

[eurpsy.2010.12.003](#)

22. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al. (2003) Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* ;167: 1310–5. DOI : [10.1164/rccm.200207-752OC](#)
23. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, et al. (2011) Withholding or withdrawing therapy in intensive care units : ananalysis of collaboration among health care professionals. *Intensive Care Med.* 37:1696-705. DOI : [10.1007/s00134-011-2345-7](#)
24. de Saint Blanquat L, Cremer R, Elie C, et al. (2014) Opinions des soignants des réanimations pédiatriques françaises sur l'application de la loi Leonetti. *Arch Pediatr.* 21:34-43. DOI : [10.1016/j.arcped.2013.10.018](#)
25. Acquier M, Boyer A, Guidet B, et al. (2023) ICU health care workers opinion on physician-assisted-suicide and euthanasia: a French survey. *Annals of Intensive Care.* 18:13:19. DOI : [10.1186/s13613-023-01114-z](#)
26. de Prost N, Laurent (2023) M. Polling health-care workers opinion on assisted suicide and euthanasia: a word of caution. *Ann Intensive Care* ;13:44. DOI : [10.1186/s13613-023-01139-4](#)

