

Eléments d'introduction

- Citation d'un auteur de la doctrine sur la loi du 2 février 2016 et le développement des soins palliatifs : « **Luttant contre le mal mourir, on cherche à instaurer le bien mourir : (re)mettre l'homme** au cœur de la relation de soins et, serait-on tenté de dire, **au cœur de sa mort** »¹. La loi Claeys-Léonetti participe de ce combat contre la souffrance en fin de vie et pour le respect de la volonté du patient.

- La loi Claeys-Léonetti (loi n° 2016-87) a été promulguée le 2 février 2016. Elle s'inscrit dans un **contexte spécifique** : vieillissement de la population ; effacement des solidarités familiales et locales ; perte du religieux et des traditions (souffrance et mort moins familières) ; difficulté d'accéder à des soins palliatifs (20% des patients qui en auraient besoin peuvent y accéder) ; affaire Vincent Lambert qui a alimenté les discussions sur l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation artificielles ; promesse présidentielle de mettre en place une assistance médicalisée pour mourir.

L'esprit de la loi

1) Le droit du patient au respect de sa dignité

- L'homme est revêtu de dignité parce qu'il est, par essence, doué de discernement, il a une nature raisonnable, une capacité à penser les choses. Pascal disait : « toute la dignité de l'homme est en la pensée ». En cela, l'homme se distingue de l'animalité, sa valeur est supérieure à toute chose, elle est inestimable, elle ne se monnaie pas. D'un point de vue religieux, l'homme est digne car créé à l'image de Dieu et à sa ressemblance. A tous égards, donc, **l'homme est digne et doit, à ce titre, être reconnu comme un semblable, respecté, considéré.**

- Création d'un droit au respect de la dignité humaine suite aux atrocités commises par les Nazis.

- Article L. 1110-2 du Code de la santé publique (CSP) : « **la personne malade a droit au respect de sa dignité** ».

- Le respect de la dignité de la personne humaine est un **principe déontologique fondamental**², qui s'impose au médecin sur le fondement des articles 2, 7 et 19 du Code de déontologie médicale. Le Conseil d'État a, sur la base de ce principe, confirmé la **sanction disciplinaire d'un médecin qui avait procédé à des expérimentations sur une personne en état de mort cérébrale maintenue en survie somatique**³.

¹ A. CHEYNET DE BEAUPRÉ, « Fin de vie : l'éternel mythe d'Asclépios », *D.* 2016. 472.

² Article 38 du Code de déontologie médicale : « le médecin doit 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 »

³ CE, Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, req. n° 124960 : *Lebon* 194, concl. KESSLER ; *RDSS* 1994. 52, concl. KESSLER ; *RFDA* 1993. 1002, concl. KESSLER ; *AJDA* 1993. 530, chron. MAUGÛE et TOUVET ; *D.* 1994. 74, note PEYRICAL ; *JCP* 1993. II. 22133, note GONOD ; *GADS*, 2010, 1^{re} éd., Dalloz, n° 13 : le respect de la

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

- Deux conceptions de la dignité s'opposent dans ce débat sur la fin de vie. L'une, défendue par les partisans d'une loi légalisant l'euthanasie, qui considère que la dignité est relative et peut se perdre dans certaines circonstances (**dignité pour soi**, subjective et variable) ; l'autre, portée par les opposants à l'euthanasie, qui estime que la dignité de l'être humain est absolue depuis sa conception jusqu'à sa mort (**dignité en soi**, immuable et stable).

- Le législateur invite les personnels de santé, en particulier le médecin, à **sauvegarder la dignité de la personne qui se trouve en phase palliative par suite de l'arrêt des thérapeutiques**. Cet impératif est mentionné aux articles L. 1110-5-1 et L. 1111-4 du CSP.

- L'on citera également l'article L. 1110-5, alinéa 5 : « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort ». Sur ce fondement, le juge administratif a sanctionné un centre de soins palliatifs au motif que les conditions matérielles d'accueil d'un patient et le comportement, à son égard, de certains membres du personnel n'avaient pas correspondu au fonctionnement normal d'un centre de soins palliatifs et porté atteinte au respect de la dignité du patient qui se trouvait en fin de vie⁴.

- Les rapporteurs de la loi Claeys-Léonetti ont justifié **l'instauration de la sédation profonde et continue** par le droit du patient au respect de sa dignité : « préserver la dignité de leur fin de vie, c'est leur permettre [...] de **s'endormir plutôt que d'être confrontés à la souffrance** ou à un état qu'ils considèrent comme une déchéance »⁵.

2) Le droit du patient au respect de sa volonté

- Hans Jonas, philosophe allemand, affirmait que le devoir du médecin est de respecter la volonté du patient car, n'étant pas Dieu, il ne saurait lui imposer son savoir⁶.

- La loi Claeys-Léonetti, par ses dispositions, invite à **respecter, autant que faire se peut, la volonté exprimée par le patient**. Le rapport initial de la loi en témoigne : « le respect de l'autonomie de la personne [...] passe par le respect de leur volonté [...] »⁷.

personne humaine fait partie des principes déontologiques fondamentaux qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec son patient

⁴ TA Orléans, 28 sept. 2006, n° 0400549 : en l'espèce, le patient a été confronté, lors de son séjour au Centre médical de Saran, à des conditions matérielles d'accueil et au comportement de certains personnels incompatibles avec le fonctionnement normal d'un centre de soins palliatifs. Le patient « n'a pas été traité dans des conditions telles que soit assuré le respect de sa dignité alors qu'il se trouvait en fin de vie ». Une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service a été commise, qui était de nature à engager la responsabilité de l'établissement à l'égard des ayants droit (3 000 euros).

⁵ A. CLAEYS et J. LEONETTI, « Rapport de présentation et texte de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », décembre 2014, p. 12.

⁶ H. JONAS, *Le droit de mourir*, trad. de l'allemand par P. IVERNEL, Ed. Payot et rivages, Coll. Rivages poche, 1996, p. 42.

⁷ *Ibid.*, p. 12.

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

- Le **respect de la volonté du patient conscient s'impose**. Le médecin doit la respecter, *a fortiori* s'il est en fin de vie, car, par son choix, il témoigne du peu de liberté qui lui reste, cependant que son autonomie s'est trouvée limitée à mesure que la malade a progressé.

- Le **respect de la volonté du patient inconscient s'impose également**. L'on doit rechercher, dans la mesure du possible, les volontés qu'il a pu avoir exprimées par le passé sur la prise en charge médicale de sa fin de vie.

- Les **directives anticipées** sont le 1^{er} et le meilleur moyen de connaître ses volontés. Elles **expriment la volonté de la personne sur sa fin de vie**, notamment les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux. Le domaine des directives anticipées a été étendu par loi Claeys-Léonetti à la poursuite et au refus de traitement.

- **Capacité** : une personne sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter.

- **Forme des directives anticipées** : un décret sera prochainement publié qui présentera un **modèle-type** de directives anticipées. Ce modèle prévoira la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Cependant, cette distinction n'affectera pas leur valeur.

- **Durée de validité** : elle est **permanente** (auparavant, elle était de 3 ans). La personne pourra toutefois les modifier ou les révoquer à tout moment, comme pour un testament.

- **Conservation des directives anticipées** : la loi Claeys-Léonetti prévoit que les directives anticipées sont conservées sur un **registre national** faisant l'objet d'un traitement automatisé. De plus, l'on attend la publication d'un décret précisant les conditions de conservation.

- **Valeur des directives anticipées** : depuis la loi Claeys-Léonetti, **les directives anticipées sont contraignantes** (art. L. 1111-11 du CSP), elles lient le médecin, qui doit les respecter strictement. Deux exceptions : 1° l'urgence vitale ; 2° caractère manifestement inapproprié ou non-conformité à la situation médicale des directives anticipées. La décision prise par le médecin de ne pas respecter les directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et inscrite au dossier médical. La décision doit être motivée.

- **A défaut de directives anticipées** : le médecin en charge du patient doit recueillir les témoignages des proches, celui de la personne de confiance prévalant sur les autres.

- **La procédure collégiale** : sa mise en place est nécessaire si l'on décide de **limiter ou d'arrêter un traitement susceptible d'entraîner le décès** de la personne privée de sa conscience. Se réunissent le médecin en charge du patient, un médecin consultant (sans lien hiérarchique avec le 1^{er}), l'équipe médicale. Doivent être entendues la personne de confiance, à défaut la famille ou les proches. En présence de directives anticipées, celles-ci doivent être respectées.

Le contenu de la loi

1) L'arrêt des thérapeutiques

a) Le refus de l'obstination déraisonnable

- Définition de l'**obstination déraisonnable** : **s'acharner à dispenser des traitements et actes médicaux**, au risque de porter préjudice au patient. Si la personne est en fin de vie, l'acharnement consiste alors à maintenir en vie une personne quand la nature voudrait qu'elle décède.

- Souvent, l'obstination déraisonnable est le fait du personnel médical, notamment des médecins. Cependant, les patients réclament parfois cet acharnement (par peur de la mort ou pour maintenir l'espoir).

- Refus de l'obstination déraisonnable prévu aux articles L. 1110-5-1 du CSP et à l'article 37 du Code de déontologie médicale. La loi Claeys-Léonetti a créé l'**article L. 1110-5-1 relatif au refus de l'obstination déraisonnable** : le législateur a eu le souci de mettre en exergue le caractère impératif de ce principe, sa « force obligatoire »⁸.

- **Actes concernés** par le refus de l'acharnement thérapeutique : **actes de prévention et d'investigation**, c'est-à-dire les consultations médicales préventives, les actes invasifs (radiographies, scanner...) ; les **traitements**, autrement dit tout ce qui aide à guérir, à soulager les symptômes ou à prévenir l'apparition d'une maladie (perfusions continues, antibiothérapies, radiothérapies, chimiothérapies...).

- **La nutrition et l'hydratation artificielles sont désormais des traitements** (art. L. 1110-5-1, al. 2, CSP). Cette modification, voulue par le législateur, entérine la position adoptée par le Conseil d'État dans le cadre de l'affaire Vincent Lambert⁹.

- Les actes et traitements susmentionnés sont poursuivis par une obstination déraisonnable à partir du moment où ils sont « **inutiles, disproportionnés** ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Lorsque **le patient est conscient**, il lui appartient de **juger de l'inutilité** (absence de bénéfice thérapeutique) **ou de la disproportion** (les désagréments excèdent les avantages). Lorsque le patient est inconscient, l'évaluation est réalisée dans le cadre d'une procédure collégiale. Dans une espèce récente, le juge administratif a affirmé, sur le fondement de l'article R. 4127-37 du CSP, qu'était une obstination déraisonnable le fait, pour des médecins, de poursuivre des opérations de réanimation sur un nouveau-né, né en état de mort apparente, qui s'est trouvé pendant plus d'une demi-

⁸ Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales, *Rapport n° 2585 : Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, fait par A. CLAEYS et J. LEONETTI*, 18 février 2015, p. 52.

⁹ CE, Ass., 14 févr. 2014, *RFDA* 2014. 255, concl. KELLER ; *AJDA* 2014. 790, chron. BRETONNEAU et LESSI ; *ibid.* 1293 ; *Dr. Fam.*, 2014.32, note BINET. Confirmé par : CE, Ass., 24 juin 2014, *RFDA* 2014. 657, concl. KELLER, note DEVOLVÉ ; *D.* 2014. 1856, note VIGNEAU ; *RDSS* 2014. 1101, note THOUVENIN ; *RGDM* 2014, n° 53, p. 131, note BELRHOMARI.

heure en état d'anoxie cérébrale avant sa naissance, les médecins ne pouvant ignorer les séquelles qui en résulteraient¹⁰.

- La poursuite d'actes ou de traitements qui ont pour effet de **maintenir artificiellement la vie** se rencontre essentiellement chez les **personnes en état végétatif ou pauci-relationnel**. Le Conseil national de l'ordre des médecins, sur la demande du Conseil d'Etat dans l'affaire Lambert, a dégagé trois critères cumulatifs qui permettent de dire qu'un acte ou traitement a pour effet de maintenir artificiellement la vie : 1° le patient ne doit pas être en état de mort cérébrale et sa seule vie somatique doit être maintenue artificiellement en vie ; 2° son état se prolonge dans le temps, sans évolution notable, d'après les connaissances actuelles de la médecine ; 3° rien ne laisse présager une évolution future¹¹. Dans cette espèce, les traitements visés étaient la nutrition et l'hydratation artificielles¹².

- **Aucun acte ou traitement ne doit être engagé ou poursuivi par une obstination déraisonnable**, sous réserve du respect de la volonté du patient, ce dernier pouvant solliciter un acharnement (art. L. 1110-5-1 CSP). Lorsque le patient est inconscient, la décision d'arrêt des thérapeutiques est prise par le médecin à l'issue d'une procédure collégiale.

b) La demande du patient

- Article L. 1111-4, alinéa 2, CSP : « toute personne a **le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement** ». A l'alinéa 3, il est précisé que cette disposition vaut pour « tout traitement ». Ces dispositions sont reprises à l'article 36 du Code de déontologie médicale. Il y a un droit à l'autodétermination du patient.

- Par « tout traitement », il faut entendre non seulement les traitements ordinaires mais aussi les traitements vitaux qui, par leur arrêt, engagent le pronostic vital de la personne (dialyse, transfusions sanguines, alimentation et nutrition artificielles...).

- Sur le **refus d'un traitement**, citons d'abord Maurice Abiven : « refusant tel choix thérapeutique, telle option de vie, le malade retire au médecin le pouvoir qu'il lui avait confié et d'une certaine manière libère le médecin, en conscience, de la responsabilité dont il avait été investi »¹³.

- Le refus d'un traitement renvoie au **droit au consentement du patient**, qui est une liberté fondamentale.

- **Jusqu'à la loi du 22 avril 2005**, le juge français considérait qu'un médecin pouvait passer outre le refus du patient au motif que le traitement était indispensable à la survie du patient et proportionné à son état¹⁴. **L'urgence était un fait justificatif**.

¹⁰ TA Nîmes, 2 juin 2009, n° 0622251, D. 2010. 419, note BORGHETTI.

¹¹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « Observations en application de la demande avant dire droit de l'assemblée du contentieux du Conseil d'État du 14 février 2014 », 24 juin 2014.

¹² CE, Ass., 24 juin 2014, préc.

¹³ Voir les développements de l'auteur, sur ce sujet, dans l'ouvrage suivant : M. ABIVEN, *Une éthique pour la mort*, op. cit., pp. 100-103.

¹⁴ L'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade. Toutefois, compte tenu de la situation extrême dans laquelle leur patient se trouve, les médecins qui

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

- **Suite à la loi du 22 avril 2005, l'urgence n'est plus un fait justificatif.** Cependant, le législateur imposait au médecin, lorsque le refus de tout traitement mettait la vie de la personne en danger, de « tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

- L'article 5 de la loi du 2 février 2016 a supprimé cette disposition. Le législateur a considéré que ce devoir du médecin créait un « déséquilibr[e] dans le rapport patient-malade » et n'était pas conforme à l'esprit de la loi nouvelle qui est de donner la priorité à la volonté exprimée par le patient.¹⁵ Désormais, **le médecin informe le patient « des conséquences de ses choix et de leur gravité »**. Il accorde au patient un délai raisonnable pour réfléchir à sa décision, qu'il doit renouveler.

- Article L. 1111-4, al. 7, CSP : lorsque le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur refuse un traitement, le médecin délivre les soins indispensables lorsque ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour le patient mineur ou sous tutelle. Il faut un péril immédiat ou une urgence.

- Lorsque **le patient demande l'interruption d'un traitement** – il ne s'agit pas d'un refus mais bien d'une initiative prise par le patient –, **la procédure est la même** : obligation du médecin de respecter la volonté exprimée ; information donnée par le médecin sur les conséquences du choix et leur gravité ; délai raisonnable.

- En tout état de cause, le médecin vérifie que la décision formulée par le patient – de refus ou d'interruption – est libre (dépourvue de contrainte physique ou morale) et éclairée (donnée en connaissance de cause).

- Article L. 1111-4, al. 3 *in fine*, CSP : suite au refus ou à l'interruption de tout traitement, le médecin sauvegarde la dignité du patient et lui dispense des soins palliatifs.

- Lorsque le patient est inconscient, et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable, l'interruption de tout traitement nécessite la mise en place d'une procédure collégiale.

choisissent, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état, ne commettent pas de faute professionnelle, quelle que soit par ailleurs leur obligation de respecter sa volonté fondée sur ses convictions religieuses (patient témoin de Jéhovah, nécessitant une transfusion sanguine). En ce sens, voir : CE 26 oct. 2001, *Mme Senanayaké*, req. n° 198546 : *RFDA* 2002. 146, concl. contr. CHAUVVAUX ; *ibid.* 156, note DE BÉCHILLON ; *AJDA* 2002. 259, note DEGUERGUE ; *RTD civ.* 2002. 484, obs. HAUSER ; *RDSS* 2002. 41, note DUBOUIS ; *JCP* 2002. II. 10025, note MOREAU ; *LPA* 15 janv. 2002, n° 11, p. 18, note CLÉMENT (C.).

¹⁵ A. CLAEYS, J. LEONETTI, « Rapport de présentation et texte de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », préc., p. 18.

2) Le soulagement des souffrances

a) Le droit du patient au soulagement des souffrances

- Article L. 1110-5-3 du CSP, créé par la loi Claeys-Léonetti, qui énonce que « toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance ». Deux modifications : l'ajout du mot « traitements », et la substitution du mot « souffrance » au mot « douleur ».

- Le **soulagement des souffrances** est un **droit subjectif du patient** et un **devoir déontologique du médecin** (art. 37 Code de déontologie médicale).

- Par **souffrance**, il faut entendre la **douleur physique et la douleur morale**¹⁶. Le soulagement de la souffrance nécessite des soins (apportent du bien-être au patient : bains, massages et autres soins du corps) et des traitements médicamenteux.

- **La souffrance du patient**, aux termes de l'article L. 1110-5-3 du CSP, « **doit être**, en toutes circonstances, **prévenue, prise en compte, évaluée et traitée** ». Ces étapes doivent être strictement respectées pour que le patient puisse être rapidement soulagé. Pour citer une fois encore le Professeur Abiven : « il vaut mieux vivre confortablement et mourir plus tôt que de se sentir mal à l'aise, douloureux, agressé et vivre plus longtemps »¹⁷

b) Le prise en charge des souffrances réfractaires

- La situation concernée est celle du patient qui est atteint de souffrances réfractaires aux traitements. Il continue de souffrir – physiquement et/ou moralement – malgré les traitements et soins qui lui sont prodigués.

- Article L. 1110-5-3 CSP : « le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs [...], **même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie** ». Cette disposition, créée par la loi du 2 février 2016, modifie les termes de la loi ancienne. Le terme d'effet « secondaire » n'apparaît plus. Cependant, le texte nouveau insiste toujours sur l'intention du médecin, qui est le soulagement de la souffrance réfractaire, non l'abrègement de la vie. En effet, les mots « même si » mettent en exergue le caractère non-intentionnel de la mort qui peut éventuellement survenir.

- Pour ce faire, le médecin recourt à un **traitement suffisamment puissant**. En pratique, il peut s'agir d'opioïdes forts – de la morphine –, ou des hypnotiques – du midazolam – dont les doses sont progressivement augmentées pour venir à bout de la souffrance réfractaire aux traitements. Seulement, l'augmentation des doses – dans des **proportions adaptées à la morphologie du patient** – peut avoir pour effet « secondaire » d'entraîner la mort du patient.

- Saint Thomas d'Aquin est à l'origine de la théorie dite du double effet. Dans *Somme théologique*, il déclare notamment : « Rien n'empêche qu'un même acte ait deux effets, dont l'un seulement est voulu, tandis que l'autre ne l'est pas. Or, les actes moraux reçoivent leur spécification de

¹⁶ Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales, *Rapport n° 2585*, préc., p. 97.

¹⁷ M. ABIVEN, *Pour une mort plus humaine*, op. cit., p. 73.

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

l'objet que l'on a en vue, mais non de ce qui reste en dehors de l'intention, et demeure accidentel à l'acte »¹⁸. La licéité nécessite la proportion dans la réalisation de l'acte.

- Application de la théorie du double effet à la situation du patient gravement malade et incurable qui présente des souffrances réfractaires: **un acte bon est réalisé par le médecin** – l'application d'un traitement à visée antalgique – qui est susceptible d'avoir un **effet positif** – le soulagement de la souffrance du patient –, et un **effet mauvais** – la mort dudit patient ; il n'y a **pas d'autre moyen pour obtenir le soulagement de la souffrance** du patient ; la **qualité de la fin de vie** du malade est une **priorité** dont l'importance est plus grande que son éventuel décès¹⁹ ; **seul le soulagement de la souffrance est recherché** par le médecin ; le **traitement** à visée antalgique est **administré de façon mesurée**.

- **Information renforcée** (art. L. 1110-5-3 CSP) : lorsque le médecin envisage de recourir à un traitement morphinique ou hypnotique pour soulager la souffrance réfractaire d'un patient, il doit en informer **le malade**, la **personne de confiance** et la **famille** ou, à défaut de famille, les proches du malade. Comme a pu l'affirmer un auteur, il importe que « le prix de cet allègement soit révélé au souffrant et accepté par lui »²⁰.

- **Interdiction de donner volontairement la mort au patient** : suivant le *modus operandi*, l'abrègement volontaire de la vie du patient est, d'après le droit pénal, un assassinat ou un empoisonnement (art. 225-1 Code pénal : 30 ans de réclusion criminelle) ; le Code civil prévoit l'inviolabilité du corps humain (art. 16-1 cc.) ; le Code de déontologie médicale interdit au médecin de « provoquer délibérément la mort » de son patient (art. 38 CDM). Dans une importante espèce, le Conseil d'État a eu à se prononcer sur la **situation du docteur Duffau** qui avait injecté une dose mortelle de chlorure de potassium à une patiente atteinte d'une gangrène. Cette dernière souffrait beaucoup et bénéficiait de traitements à base de morphine. Le Conseil d'État, invité à se prononcer sur l'interdiction d'exercice de la médecine décidée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, a confirmé la sanction au motif que la qualification de faute déontologique était justifiée au regard de l'article 38 du

¹⁸ S^t THOMAS D'AQUIN, *Somme théologique*, IIa, IIae, q. 64, a. 7. – Voir également : Pie XII, « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », *La documentation catholique*, 39^e année, t. LIV, n° 1247, 17 mars 1957, p. 339-340. Sa Sainteté Pie XII a évoqué l'utilisation de la narcose dans le cadre du soulagement de la douleur et présenté la règle du double effet dans les termes suivants : « Si entre la narcose et l'abrègement de la vie n'existe aucun lien causal direct posé par la volonté des intéressés ou par la nature des choses (ce qui serait le cas si la suppression de la douleur ne pouvait être obtenue que par l'abrègement de la vie) et si, au contraire, l'administration de narcotiques entraîne par elle-même deux effets distincts, d'une par le soulagement de la douleur et d'autre part l'abrègement de la vie, elle est licite ».

¹⁹ M. ABIVEN, *Une éthique pour la mort*, *op. cit.*, p. 96-97. Le Professeur Abiven explique qu'on ne peut pas priver le malade de morphine sous prétexte qu'elle peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie. Il déclare avoir « toujours eu beaucoup de mal à imaginer ces comptes d'apothicaire qui, sur une vie de 60-70 ans, considéreraient comme fondamentales ces quelques heures, voire quelques jours de plus qui seraient ainsi accordés au malade. Et quels jours en l'occurrence puisqu'il s'agirait d'heures, de jours envahis par la douleur que les opiacés auraient pu calmer ! ». – Voir aussi, dans le même sens : H. JONAS, *Le Droit de mourir*, *op. cit.*, p. 51, selon qui le traitement aura peut-être pour effet de réduire la durée de vie restante du malade, mais ce serait au bénéfice de cette durée qui gagnerait plus en qualité qu'elle ne perdrait en quantité.

²⁰ H. JONAS, *Le Droit de mourir*, *op. cit.*, p. 51.

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

Code de déontologie médicale²¹. Plus récemment, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur la **situation du docteur Bonnemaïson** qui avait été radié du tableau de l'ordre des médecins pour avoir volontairement provoqué la mort de plusieurs patients, dont trois par injection de Norcuron – produit contenant du curare. Le Conseil d'État a disposé, sur le fondement de l'article R. 4127-38 du CSP, que le législateur « n'a pas entendu autoriser un médecin à provoquer délibérément le décès d'un patient en fin de vie par l'administration d'une substance létale ; qu'une telle pratique demeure prohibée par l'article R. 4127-38 du code de la santé publique »²².

c) Le droit à la sédation profonde et continue en phase terminale

- Définition de la sédation : « une pratique qui vise à diminuer la perception d'une situation perçue comme insupportable par le malade »²³

- **Pratique ancienne** : utilisée autrefois par les psychiatres dans les années 1950-1960, qui proposaient à leurs patients déprimés ou angoissés des cures de sommeil réparatrices.

- La loi du 22 avril 2005 permettait déjà de recourir à la sédation, sur le fondement des articles L. 1110-5, alinéa 5, du CSP et 37, *in fine*, du Code de déontologie médicale, qui vise les traitements « antalgiques et sédatifs ». La sédation était réversible.

- La loi Claeys-Léonetti a créé, au sein du CSP, un **article L. 1110-5-2** qui détermine les conditions de mise en place de la **sédation profonde et continue en phase terminale**.

- « **Profonde** » : altération totale de la conscience.

- « **Continue** » : maintenue jusqu'au décès.

- Conditions d'accès : être un **patient conscient, gravement malade et incurable**, avoir un **pronostic vital engagé à court terme**.

- Deux cas de sédation : 1° **souffrance réfractaire** aux traitements ; 2° **décision** prise par le patient **d'arrêter un traitement**.

- Autre cas de sédation (L. 1110-5-2, al. 4, CSP) : pour le patient hors d'état d'exprimer ses volontés lorsque, dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable prévue à l'article L. 1110-5-1, un traitement de maintien en vie est interrompu.

- Procédure : mise en place d'une **procédure collégiale** dans le but de vérifier que les conditions fixées par la loi sont bien respectées.

- Mise en place de la sédation : **arrêt de tous les traitements** – y compris nutrition et hydratation artificielles – et mise en place d'une **analgésie**.

- La procédure est inscrite au dossier médical du patient.

²¹ CE, 29 déc. 2000, *Duffau*, req. n° 212813 : Lebon 67 ; *RDSS* 2001. 282, concl. SCHWARTZ ; *D.* 2001-595.

²² CE 30 déc. 2014, *Dr. B.*, req. n° 381245 : *AJDA* 2015. 5 ; *D.* 2015. 81, obs. VIALLA.

²³ Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, « Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie », 2009, p. 3.

La loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

Eléments de conclusion

- La loi Claeys-Léonetti a voulu mettre la personne au cœur de son parcours de soins, préserver son droit au respect de sa dignité, renforcer les dispositifs de nature à soulager ses souffrances.

- D'autres dispositifs doivent être mentionnés qui vont dans le bon sens (renforcement de la culture palliative) : la fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie qui donne naissance au **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** (décret n° 2016-5 du 5 janvier 2016), dont la mission sera de contribuer à une meilleure connaissance des soins palliatifs en France et d'informer le public et les professionnels sur les démarches relatives à la fin de vie (directives anticipées, personne de confiance, etc.) ; également, l'annonce faite par le Ministre de la Santé d'un **plan de fonctionnement, sur trois ans**, dont l'objectif principal est que chaque Région dispose au moins d'un lit de soins palliatifs pour 100.000 habitants.

Augustin BOULANGER

Salarié-Doctorant CIFRE

Juriste à *La Maison* de Gardanne

Chargé d'enseignement vacataire à la Faculté de Droit d'Aix-Marseille