

COMMUNIQUÉ

Loi sur la fin de vie **Propositions du Collège de la Médecine Générale**

L'accompagnement en soins palliatifs (ou soins continus) est un temps du parcours de soins, pouvant se terminer par l'accompagnement vers la fin de vie.

La société civile, via la convention citoyenne, a demandé une évolution de la Loi afin d'autoriser l'euthanasie et/ou le suicide assisté. Bien que cette évolution majeure de la Loi partage les médecins, au sein du Collège de la Médecine Générale, tout autant que l'ensemble des soignants et la population, nous souhaitons affirmer quelques principes adoptés en commun.

Le patient doit rester l'acteur principal. Il est important de prendre un temps dédié avec lui et si besoin la personne de confiance (notamment pour vérifier qu'elle est apte à restituer les volontés du patient), pour faire le point sur ses directives anticipées, la bonne compréhension de ce qu'elles impliquent, leurs évolutions dans le temps.

Le médecin traitant, de par sa connaissance du patient, de son environnement, est en situation de faire le lien avec l'hôpital, les autres spécialistes et de coordonner les soins de proximité. Sa participation, en visioconférence, lors du passage en RCP hospitalière de ses patients, faciliterait ces échanges et permettrait d'anticiper la question d'une fin de vie à domicile.

Afin de permettre une application de la Loi dans les meilleures conditions possibles de qualité et de sécurité, aussi bien pour le patient que pour les professionnels de santé, le Collège de la Médecine Générale souhaite :

- Le maintien de la Loi Claeys Léonetti de 2016, associé, ou séparé en cas d'évolution législative, aux nouveaux textes de loi.
- La définition exacte du sens des mots utilisés dans les futurs textes, afin d'éviter les interprétations.
- Si une aide active à mourir est mise en place, la séparation de l'euthanasie (injection faite par un professionnel de santé), du suicide assisté (prise de médicament létal par le patient) ; la possibilité d'une clause de conscience pour les professionnels.
- La création d'une consultation dédiée au recueil des directives anticipées qui puisse être renouvelée à différentes périodes de la vie.
- Des entretiens et consultations d'explication, avec un temps réservé pour parler de la fin de vie lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, de l'entrée en EHPAD, à l'approche de la fin de vie.
- La prise de décisions tracées et collégiales en réunion de concertation pluriprofessionnelle et non par le médecin seul (cf décision de sédation profonde et continue jusqu'au décès).
- L'interrogation sur l'existence d'un trouble mental réversible : demande d'aide active à mourir ou idéation suicidaire ? Une évaluation psychiatrique, éventuellement répétée, peut être organisée malgré ses limites.
- Une formation initiale et continue des professionnels de santé comprenant la prise en charge palliative et la fin de vie.

- La mise en place, avec un financement, au sein des CPTS, de réunions permettant les échanges collégiaux, la formation et l'accompagnement des professionnels, débouchant sur la création de comités d'éthique, pluriprofessionnels, comprenant également des non médecins (philosophe/ juriste /sociologue/ association de patients/ visiteurs ...), pouvant être saisis lors de situations complexes en fin de vie à domicile ou en EHPAD.
- La création de poste de médecin généraliste référent soins palliatifs/fin de vie au sein des CPTS, avec un financement spécifique et une formation.
- Le développement du bénévolat autour du patient en fin de vie, bénévolat de service et d'accompagnement.
- Des campagnes d'information du public sur directives anticipées et personne de confiance.

La mise en place d'une Loi sur l'euthanasie ou le suicide assisté nécessite une refonte de l'organisation et surtout du financement des unités de soins palliatifs, permettant de s'assurer qu'aucun patient ne choisira le geste ultime par défaut et notamment par défaut de prise en charge en unité de soins palliatifs.

En résumé, même si la communauté médicale est divisée devant l'évolution nécessaire de la Loi, **un consensus apparaît sur un certain nombre de points, notamment la nécessité de renforcer les soins palliatifs (personnels et financements), la nécessité d'une formation initiale plus importante pour les professionnels de santé, la nécessité d'une clause de conscience si mise en place d'une aide active à mourir, la création de comités d'éthique permettant une réflexion collégiale et devant être consultés afin d'éviter les dérives.**

Paris, le 11 mars 2024

[Contact presse](mailto:s.bouquet@lecmg.fr)

Dr Sylvain Bouquet, Vice-Président du CMG – s.bouquet@lecmg.fr