

Fin de vie : pour une mise en œuvre collégiale, sereine et suivie



Dans le cadre de l'évolution législative sur la fin de vie, le Collège de la Médecine Générale souhaite contribuer à la mise en œuvre opérationnelle du futur texte. Son rôle est d'identifier les conditions nécessaires pour que les médecins généralistes (un tiers des décès a lieu à domicile ou en EHPAD) puissent participer à ce dispositif dans un cadre clair, éthique, sécurisé et respectueux des patients comme des professionnels, sans porter de jugement sur le texte.

Quatre principes doivent guider cette mise en œuvre.

Premièrement, aucune décision d'aide active à mourir ne doit reposer sur un médecin seul.

La décision doit être collégiale, tracée, documentée et intervenir en amont de l'acte. La collégialité ne peut être un simple contrôle a posteriori d'une décision déjà prise. Elle doit constituer une étape préalable de sécurisation, permettant d'évaluer l'éligibilité de la demande, la volonté du patient, l'existence éventuelle de troubles psychiques les alternatives palliatives disponibles et les conditions concrètes de réalisation.

Cette procédure collégiale est *a priori* indispensable pour protéger le patient. Elle évite que le médecin traitant, ou tout autre médecin impliqué, soit placé seul face à une décision lourde sur le plan médical, éthique, juridique et humain. Elle doit s'appuyer sur des groupes locaux, adossés aux organisations territoriales existantes – CPTS, MSP, centres de santé, équipes de soins palliatifs, réunions de concertation dans les EHPAD, structures hospitalières, associations et acteurs médico-sociaux – afin d'éviter une polarisation entre groupes « pour » et groupes « contre », et de garantir une parole équilibrée, conforme au cadre légal.

Deuxièmement, l'aide active à mourir ne doit pas relever de l'urgence.

Une telle demande nécessite du temps : temps d'écoute, d'évaluation, de vérification, de concertation et de traçabilité. En situation d'urgence ou de souffrance réfractaire, le cadre existe déjà : il s'agit de la loi Claeys-Leonetti, qui permet une prise en charge proportionnée, y compris la sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque les conditions sont réunies.

Il est donc essentiel de distinguer clairement les situations relevant de la loi Claeys-Leonetti de celles relevant d'une éventuelle aide active à mourir. Cette distinction doit être explicitée dans les textes, dans les protocoles territoriaux et dans les outils destinés aux professionnels. Elle permettra d'éviter les décisions précipitées, les interprétations divergentes et les glissements de pratiques.

Troisièmement, la clause de conscience doit être pleinement reconnue comme une garantie éthique, et non comme une opposition au texte.

Refuser de participer à une aide active à mourir, pour des raisons personnelles, éthiques, professionnelles ou de compétence, ne peut être assimilé à un refus de prise en charge du patient ni à une contestation de la loi. La clause de conscience doit permettre une prise en charge optimale tout en protégeant les professionnels. Cette clause peut recouvrir plusieurs situations : un refus global de participer à l'aide active à mourir, un refus contextuel lié à une situation particulière, ou encore un refus fondé sur un sentiment d'incompétence ou d'insuffisance de formation. Dans tous les cas, elle doit être encadrée, tracée et articulée à des dispositifs de relais, afin de ne pas laisser le patient sans réponse et de ne pas isoler le médecin.

Pour cela, le Collège propose la mise en place, de groupes locaux (CPTS, comités éthiques, réunions de concertation dans les EHPAD ... à définir) ou départementaux mobilisables, pouvant jouer un rôle d'appui éthique, clinique et organisationnel. Ces groupes auraient pour missions d'examiner les demandes complexes, de vérifier les critères d'éligibilité, d'organiser les relais en cas de clause de conscience, de réorienter certaines situations vers les soins palliatifs lorsque cela est nécessaire, et de contribuer à la traçabilité des décisions.

La mise en place d'une astreinte ou d'une équipe départementale ressource pourrait également être discutée, afin d'assurer une continuité de réponse sans faire peser cette responsabilité sur un médecin isolé.

Quatrièmement la loi devra prévoir un dispositif robuste de suivi, reposant sur des indicateurs de qualité, de sûreté et de sécurité. La traçabilité ne doit pas être pensée comme une contrainte administrative supplémentaire, mais comme un outil de protection : protection du patient, protection du médecin, protection du cadre légal. Elle permettra d'évaluer l'application du texte, d'identifier d'éventuelles dérives, d'adapter les procédures et de garantir une équité territoriale. Les outils de cette traçabilité : fiche de prise en charge, compte rendu des actions réalisées, suivi de l'équipe et de l'entourage, seront dématérialisés afin de permettre l'exploitation des données (indicateurs de qualité et sécurité) et la recherche.

Le Collège de la Médecine Générale considère donc que la mise en œuvre de la loi ne pourra être effective et acceptable qu'à quatre conditions : une décision collégiale préalable, une protection claire des professionnels, une organisation territoriale structurée permettant d'éviter les inégalités d'accès et les pratiques isolées et un dispositif de traçabilité. Un enregistrement de l'ensemble des cas d'aide active à mourir doit en permettre un suivi.

L'enjeu de construire un cadre opérationnel, responsable et protecteur, dans lequel le patient reste acteur de sa décision, où les soins palliatifs demeurent accessibles et renforcés, et où les médecins généralistes trouvent leur juste place, sans être exposés à une responsabilité disproportionnée.

Paris, le 7 juillet 2026