

CONSENSUS ET RPC

Fin de vie en médecine néonatale à la lumière de la loi[☆]

End of life in neonatal medicine by the light of French law

C. Dageville^{a,*}, S. Rameix^b, P. Andrini^c, P. Betrémieux^d, P.-H. Jarreau^e,
P. Kuhn^f, D. Oriot^g

Groupe de réflexion sur les aspects éthiques de la périnatalogie^l

^a Service de réanimation néonatale, hôpital Archet-II, 151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, 06202 Nice, France

^b Département d'éthique, philosophie morale et politique, CHU Henri-Mondor, université Paris-XII, Créteil, France

^c Service de médecine néonatale et réanimation infantile, centre hospitalo-universitaire, Grenoble, France

^d Service de réanimation néonatale et pédiatrique, CHU Pontchaillou, Rennes, France

^e Service de médecine néonatale de Port-Royal, groupe hospitalier Cochin–St-Vincent-de-Paul, Paris, France

^f Service de médecine et réanimation néonatale, hôpital de Haute-pierre, Strasbourg, France

^g Département de pédiatrie, CHU de Poitiers, Poitiers, France

Disponible sur Internet le 12 mai 2008

Mots clés : Éthique ; Fin de vie ; Soins palliatifs ; Nouveau-né

Keywords: Ethics; End of life; Palliative care; Newborn

[☆] Cet article a fait l'objet d'une publication antérieure dans les *Archives de pédiatrie* 2007;14:1219–30.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dageville.c@chu-nice.fr (C. Dageville).

^l Groupe de réflexion sur les aspects éthiques de la périnatalogie (société française de néonatalogie, société française de médecine périnatale, collège national des gynécologues-obstétriciens de France) : Umberto Simeoni (service de néonatalogie, hôpital de La Conception, AP–HM, Marseille), Anna-Grazia Altavilla (espace éthique méditerranéen, CHU de Marseille), Pierre Andrini (service de médecine néonatale et réanimation infantile, CHU de Grenoble), Yannick Aujard (service de néonatalogie, hôpital Robert-Debré, AP–HP, Paris), Elie Azria (service de gynécologie-obstétrique, hôpital Cochin–Port-Royal, AP–HP, Paris), Pierre Betrémieux (service de néonatalogie, CHU de Rennes), Laurence Caeymaex (service de réanimation néonatale, hôpital Antoine-Béclère, Clamart), Michel Collet (service de gynécologie-obstétrique, CHU de Brest) Christian Dageville (service de réanimation néonatale, CHU de Nice), Claude Danan (service de néonatalogie, CHI de Créteil), Thierry Debillon (service de médecine néonatale et réanimation infantile, CHU de Grenoble), Michel Dehan (service de réanimation néonatale, hôpital Antoine-Béclère, Clamart), Sophie Denizot (service de réanimation pédiatrique et néonatale, CHU de Nantes), Marc Dommergues (service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP–HP, Paris), Caroline Farnoux (service de néonatalogie, hôpital Robert-Debré, AP–HP, Paris), Alain Fournié (service de gynécologie-obstétrique, CHU Angers), Francis Gold (service de néonatalogie, hôpital Trousseau, AP–HP, Paris), Jean-Bernard Gouyon (service de néonatalogie, CHU de Dijon), Marc Grassin (faculté de philosophie, institut catholique de Paris), Béatrice Guidicelli (service de gynécologie-obstétrique, hôpital de La Conception, AP–HM, Marseille), Marie-Luce Huillery (service de néonatalogie, CHU de Rennes), Pierre-Henri Jarreau (service de médecine néonatale de Port-Royal, groupe hospitalier Cochin–St-Vincent-de-Paul, AP–HP, Paris), Pierre Kuhn (service de médecine et réanimation néonatale, CHU de Strasbourg), Pierre Le Coz (espace éthique méditerranéen, CHU de Marseille), Pierre Lequien (service de médecine néonatale, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHU de Lille), Dominique Mahieu-Caputo (service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bichat–Claude-Bernard, AP–HP, Paris), Guy Moriette (service de médecine néonatale de Port-Royal, groupe hospitalier Cochin–St-Vincent-de-Paul, AP–HP, Paris), Denis Oriot (service de pédiatrie, CHU de Poitiers), Sophie Parat (maternité, hôpital Necker–Enfants-Malades, AP–HP, Paris), Francis Puech (service de gynécologie-obstétrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHU de Lille), Suzanne Rameix (département d'éthique, CHU Henri-Mondor ; philosophie morale et politique, université Paris-12), Jean-Claude Ropert (service de néonatalogie, centre hospitalier de Neuilly), Jean-Christophe Rozé (service de réanimation pédiatrique et néonatale, CHU de Nantes), Laurent Storme (service de médecine néonatale, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHU de Lille).

I. INTRODUCTION

La loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, dite loi Kouchner [1], traduit, comme son titre l'indique, une évolution de la relation médecin-patient, qui se dessinait depuis plusieurs décennies dans la jurisprudence et les pratiques sociales : désormais, c'est le patient qui *prend les décisions concernant sa santé* et le respect de sa volonté vient limiter l'obligation faite au médecin de soigner. Les droits des malades ne sont pas seulement des libertés (droit de refuser un traitement, par exemple) mais aussi des créances (droit à la confidentialité, droit à l'accès aux soins, droit aux soins appropriés, par exemple). Ces droits des malades légitimement et définissent, en regard, les droits et devoirs des médecins, reformulés dans ce nouveau cadre. Par ailleurs, le développement des techniques médicales de suppléance vitale, salvatrices mais parfois lourdes dans leurs effets à court ou à long terme, a conduit le législateur à se pencher sur le sens et les limites de ces pratiques. La loi du 22 avril 2005 *relative aux droits des malades et à la fin de vie*, dite loi Léonetti [2], accompagnée de ses décrets d'application [3], complète la loi Kouchner et apporte elle aussi des modifications significatives au Code de la santé publique. Enfin, évolution formelle significative, le Code de déontologie médicale est maintenant intégré au Code de la santé publique [4], dans sa nouvelle partie réglementaire (articles numérotés R4127-n).

La réforme de ce cadre légal invite à reprendre la réflexion, initiée de longue date par la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes [5], sur la fin de vie en néonatalogie. Ce travail s'inscrit dans une recherche plus large sur diverses questions éthiques relatives à la médecine périnatale, menée par un groupe de travail multidisciplinaire [6]. Les articles du Code de la santé publique, nouveaux ou inchangés, relatifs aux droits des malades et à la fin de vie ont été étudiés en les confrontant aux spécificités de la médecine néonatale. Pour enrichir la réflexion, le rapport de la mission parlementaire [7,8] et le compte rendu des débats menés à l'Assemblée nationale [9] en préalables à l'élaboration puis au vote de la loi Léonetti ont été consultés, de même que plusieurs contributions émanant respectivement du Nuffield Council on Bioethics au Royaume-Uni [10], du Committee on Bioethics de l'American Academy of Pediatrics [11–13], du Groupe francophone de réanimation pédiatrique [14] et du Conseil national de l'Ordre des médecins [15].

Les actes médicaux que la loi interdit ou autorise en fin de vie sont analysés ; puis les justifications de la loi pour les actes autorisés sont discutées ; ensuite les modalités imposées par la loi pour décider et mettre en œuvre ces actes sont examinées. Sur ces trois points, sont formulés selon les cas des commentaires, des interrogations ou des recommandations. Enfin, les termes du dilemme éthique qui persiste dans certaines circonstances en médecine néonatale sont exposés.

2. ACTES MÉDICAUX QUE LA LOI INTERDIT OU AUTORISE EN FIN DE VIE

2.1. Interdiction de l'euthanasie

Article R4127-38 du Code de la santé publique (article 38 du Code de déontologie médicale) :

« Le médecin... n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

2.1.1. Commentaires

La loi du 22 avril 2005 ne remet pas en cause l'interdiction de provoquer délibérément la mort. L'euthanasie, quelle que soit la définition exacte retenue pour ce terme, dès lors qu'elle désigne un acte qui comporte l'intention délibérée de provoquer la mort du patient (acte pouvant être qualifié d'homicide volontaire), se trouve en contravention avec cet article ; elle est donc interdite.

Dans le cas de l'administration d'une substance létale par sa nature ou par la dose utilisée (par exemple, administration d'un médicament antalgique à une dose supérieure à la nécessité antalgique), le lien de causalité directe entre l'acte médical et la mort du patient est avérée et donc – sous réserve que l'acte soit volontaire et non accidentel – l'intention de provoquer la mort est indéniable.

2.2. Autorisation des limitations, abstentions et arrêts de traitement

Article L1110-1 du Code de la santé publique :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens possibles au bénéfice de toute personne... »

Article L1110-5 du Code de la santé publique :

« Lorsqu'ils (les actes de prévention, d'investigation ou de soins) apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. »

2.2.1. Commentaires

Dans la loi française, toute personne dispose du droit fondamental à la protection de sa santé. Pour assurer celle-ci, le médecin a le devoir de soigner cette personne et, en cas de nécessité médicale, le droit de porter atteinte à son intégrité corporelle. Mais l'article L1110-5 vient encadrer ce devoir et ce droit. Ce qui était jusqu'alors implicite et formulé négativement dans les textes législatifs (sous la forme d'une interdiction de l'obstination déraisonnable) est dorénavant explicite et formulé positivement : le médecin a le droit, sous certaines conditions, de limiter, ne pas entreprendre ou arrêter tout traitement, y compris un traitement de support vital.

Dans ce cas, la cause directe de la mort qui peut survenir est la pathologie grave : le patient ne meurt pas du fait du médecin mais du libre cours naturel de la pathologie grave qui n'est plus empêché ou ralenti par le(s) traitement(s).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950381>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950381>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)