

COMMUNICATION

La fin de vie en France

MOTS-CLÉS : ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE LA VIE. EUTHANASIE. SOINS PALLIATIFS

End of life in France

KEY-WORDS (Index medicus): HOSPICE CARE. EUTHANASIA. PALLIATIVE CARE

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

André VACHERON *

RÉSUMÉ

Deux changements importants concernant la fin de la vie sont survenus durant ces dernières décennies : aujourd'hui, la mort frappe principalement des personnes âgées et très âgées en raison de l'augmentation régulière de la durée de la vie et du vieillissement inéluctable de la population ; en second lieu, elle survient dans près de 70 % des cas à l'hôpital ou en institution. Nos concitoyens ont peur de souffrir et de mourir. Ils aspirent tous à une mort douce, aussi rapide que possible et dans les récents sondages, se déclarent favorables à l'euthanasie. En France, comme dans la majorité des pays occidentaux, en dehors des pays du Benelux, l'euthanasie est illégale. Les soins palliatifs en pleine expansion dans notre pays permettent une fin de vie dans la dignité, sans angoisse et sans souffrance. Encore mal connue par la population et même par les médecins, la Loi Léonetti mérite avant tout d'être appliquée. Elle assure la protection des plus faibles qui ne doivent jamais être considérés comme indignes de vivre.

SUMMARY

Two major changes in end-of-life management have occurred in recent decades: first, because of the increase in life expectancy and the resulting aging of the population, most deaths now involve old or very old people ; second, more than two-thirds of deaths occur in a hospital or an institution. Our fellow citizens are afraid of suffering and death. They wish for a peaceful

* Membre de l'Académie nationale de médecine.

Tirés à part : Professeur André VACHERON

Article reçu le 21 mars 2013, accepté le 13 mai 2013

death, as rapid as possible and, in recent surveys, say they favour euthanasia. Yet euthanasia is illegal in France and in most other Western countries (with the exception of the Benelux nations). Palliative care ensures dignity in death, without anxiety of suffering, and is expanding rapidly in France. Léonetti's law of 22 April 2005 ensures the protection of the weakest, who should never be considered unworthy of life, yet is poorly known to the public and even to physicians. It now needs to be applied in practice.

Les progrès de la médecine au xx^e siècle n'ont cessé d'augmenter l'espérance de vie de nos concitoyens : elle atteint aujourd'hui 80 ans. Mais la fin de vie est souvent assombrie par un accident cardiaque ou cérébral, par une maladie chronique : cancer, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale terminales, maladie de Parkinson et par des handicaps de plus en plus sévères. Le nombre des personnes âgées dépendantes dépasse 1,3 million et va croître de 1 à 2 % par an d'ici 2040. Face à ces épreuves, les Français expriment des peurs : peur de souffrir durablement, peur de l'acharnement thérapeutique, peur de la mort. La foi du charbonnier qui habitait nos ancêtres leur offrait l'espoir que d'autres jours les attendaient dans un monde meilleur et que la mort n'était qu'un passage vers une éternité heureuse. Avec l'affaiblissement ou la perte de cette protection métaphysique, l'homme moderne est devenu terriblement fragile face à tout ce qui annonce la fin de son existence. La médiatisation des connaissances médicales le pousse à connaître son devenir, son pronostic dans la maladie alors qu'il n'est pas souvent prêt à le découvrir. À la question largement débattue, faut-il dire toute la vérité au malade en péril de mort ? Je réponds sans hésitation que si dire toute la vérité est dans le principe une obligation formelle, il ne faut pas la révéler quand le malade n'est pas en état de la recevoir et qu'elle peut le désespérer. Il ne faut en dévoiler que l'infime partie qui ne ferme aucune porte. Il faut combattre l'angoisse et toujours laisser l'espérance. Comme l'a écrit Bernanos dans *le journal d'un curé de campagne* : « on n'a pas le droit de jeter bas, d'un seul coup, d'une seule parole, tout l'espoir d'un homme ».

Durant des siècles, la mort a été acceptée comme un événement naturel. Jusqu'à la fin du xix^e siècle, surtout dans les campagnes, on la sentait venir, on se couchait, on l'attendait, entouré de ses enfants, de sa famille, de ses amis. À partir du milieu du xx^e siècle, elle a quitté progressivement l'habitation familiale pour aller se cacher dans les hôpitaux, les EHPAD, les maisons de retraite où meurent souvent seuls près de 70 % de nos concitoyens qui ne sont pas tous, loin s'en faut, des parents d'enfants pauvres ou mal logés. En France, la fin de vie est fortement médicalisée comme l'indique l'étude réalisée par l'Observatoire national de la fin de vie, avec la collaboration de l'INSERM, publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 11 décembre 2012. Si la plupart des français souhaitent mourir à leur domicile, 57 % d'entre eux décèdent à l'hôpital, le plus souvent par tumeur, maladie cérébrovasculaire ou pneumopathie aiguë ; 27 % seulement décèdent au domicile, 11 % en maison de retraite ou en EHPAD, 5 % en d'autres lieux ou sur la voie publique. Plus les personnes sont âgées, plus souvent elles meurent à l'hôpital, cela pouvant s'expliquer par le vieillissement de l'entourage, notamment du conjoint qui ne peut

assumer la lourde tâche des soins de fin de vie et préfère la prise en charge de l'hôpital où les patients bénéficient de la présence, de la compétence et de l'expérience professionnelle des équipes soignantes, précieuses pour les mourants comme pour les proches.

La mort est devenue abominable. Les cérémonies des funérailles ont été allégées. De moins en moins de familles se rendent au cimetière. En pleine expansion pour des raisons psychologiques mais aussi souvent économiques, l'incinération est aussi un moyen d'échapper au culte des morts.

Nous aspirons tous à la mort douce, apaisée sans souffrance, sans anxiété et dans la dignité. Mais la mort frappe injustement, tuant l'un sans le faire souffrir, précédée chez l'autre de douleurs prolongées et de moins en moins supportables. Jusque dans les années 80, la douleur était un symptôme parmi d'autres, un signe utile pour le diagnostic, mais son soulagement n'était pas une priorité. Aujourd'hui, elle fait à juste titre l'objet d'un interdit social. Elle est d'autant plus inacceptable que le médecin dispose d'antalgiques puissants comme la morphine et ses dérivés (comme le Skenan) capables de la soulager dans 80 à 90 % des cas. La douleur des grands malades n'est pas que physique : elle est aussi morale et souvent spirituelle. Le médecin doit rompre le cercle mortifère de l'angoisse, de la solitude, de la dépression qui survient chez 20 % environ des personnes âgées dépendantes. Ses symptômes sont négligés ou mal pris en charge dans 2/3 des cas. Chaque année, 3 000 personnes de plus de 65 ans mettent fin à leurs jours, 90 % de ces suicides sont liés à un état dépressif et près de 70 % se produisent au domicile. Le médecin n'a pas de recette miracle à donner à ces patients qui n'ont plus goût à la vie. Il doit essayer de restaurer un climat de confiance, de renouer et de poursuivre le dialogue, d'enrayer le syndrome de glissement qui aboutit au refus de soins voire de l'alimentation. Il ne doit pas hésiter à recourir aux antidépresseurs. Mais rien ne peut remplacer la présence, l'écoute, la générosité, la tendresse et l'espoir doit être entretenu jusqu'au bout. *Qui ne fait pas de projet, même à l'heure de sa mort ?* a écrit Bernanos. J'ai entendu personnellement la mère de mon épouse atteinte d'un cancer du poumon au stade terminal, commander des cartes de visite la veille de sa mort.

À côté de la douleur, la déchéance qui frappe les vieillards dénutris, cachectiques, les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de démence vasculaire, les handicapés majeurs, les hémiplegiques, les tétraplegiques, les grands parkinsoniens, est une terreur pour chacun d'entre nous et l'un des motifs les plus fréquents de demande d'euthanasie ou de suicide assisté, par le patient lui-même ou plus souvent par ses proches.

J'en arrive ainsi au problème de l'**euthanasie**. Dans sa définition la plus courante, l'euthanasie est l'acte qui provoque la mort d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie. Elle a été qualifiée de mort douce par Posidippe 300 ans avant Jésus Christ.

Avec les progrès de la médecine, l'euthanasie a été peu à peu associée au geste médical de donner la mort dans un contexte de fin de vie.

Cinq types d'action médicale sont possibles en fin de vie. En allant de ceux qui posent le moins de problèmes à ceux qui en posent le plus, ce sont :

- 1) L'administration d'analgésiques à doses élevées et croissantes qui peuvent accélérer le décès ;
- 2) La limitation ou l'abstention des traitements actifs ou de réanimation ;
- 3) L'arrêt des dispositifs de survie artificielle : par exemple le débranchement d'un respirateur ;
- 4) L'aide au suicide assisté ;
- 5) L'injection d'une substance létale.

Les trois premières modalités ont été qualifiées d'euthanasie passive. En fait, il ne s'agit pas véritablement d'euthanasie puisque l'objectif est de soulager le malade et de laisser évoluer spontanément vers la mort une maladie incurable ; les deux dernières modalités sont parfois qualifiées d'euthanasie active, ce qui constitue un pléonasme puisque l'euthanasie est un acte délibéré pour provoquer la mort.

Réfuter l'emploi du mot euthanasie quand il s'agit du refus d'une thérapeutique déraisonnable est couramment taxé d'hypocrisie : débrancher un respirateur ou faire une injection létale, c'est pareil pour les défenseurs de l'euthanasie. Non ce n'est pas pareil : le refus d'obstination thérapeutique déraisonnable va laisser survenir la mort naturellement. Le médecin assume la limite de son pouvoir médical alors que dans l'euthanasie il l'utilise pour arrêter la vie. Soigner et faire mourir ne sont pas des gestes équivalents. Le droit de tuer est contraire au principe d'humanité.

Deux autres définitions prennent en compte la volonté de la personne concernée :

- L'euthanasie est dite involontaire ou mieux imposée quand elle est subie par un sujet qui n'a rien demandé. Décidée par un tiers, un soignant ou un proche de la famille, c'est un homicide inacceptable et illégal, c'est un meurtre avec préméditation.
- Par contre, l'euthanasie est dite volontaire ou mieux réclamée lorsqu'elle fait suite à la demande expresse et réitérée du sujet lui-même. Quand elle est seulement facilitée par un tiers qui met à disposition de la personne des conseils ou des médicaments, il s'agit d'un suicide assisté, médicalement ou non.

La question posée est celle de la responsabilité morale de la personne qui a aidé au suicide. Le suicide n'est plus incriminé depuis 1791 et la complicité est inexistante. C'est la faille juridique dans laquelle les partisans de l'euthanasie s'engouffrent pour défendre leur revendication. La jurisprudence française a jusqu'ici sanctionné l'assistance au suicide sous la qualification de non-assistance en personne en danger.

En France, à l'heure actuelle, l'euthanasie est assimilée à un assassinat s'il y a administration d'un traitement intentionnel pour tuer. Le meurtre commis avec préméditation est puni de la réclusion à perpétuité (art. 321-3 du code pénal). Et pourtant, selon une enquête IFOP pour Sud-Ouest Dimanche publiée en novembre 2010, 94 % des Français se déclarent favorables à l'euthanasie, 36 % d'entre eux

estimant qu'elle devrait s'appliquer à toutes les personnes atteintes de maladies insupportables et incurables. Un sondage IFOP plus récent publié dans le Pèlerin en 2012 indique 86 % d'opinions favorables à la légalisation de l'euthanasie. Mais comme l'a écrit mon confrère Lucien Israël, la demande d'euthanasie par des patients en fin de vie n'est souvent faite qu'en réaction à la négligence, à l'indifférence ou à l'incapacité des médecins, à leur manque d'écoute et de compassion. Elle est rare chez les personnes très âgées et comme le souligne Anne Richard qui a présidé la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs, les demandes d'euthanasie disparaissent très souvent lorsque l'on offre au patient une prise en charge adaptée.

Aux yeux de ses partisans, la légitimité de l'euthanasie repose sur 3 principes éthiques :

- le respect de **la qualité de la vie** qui donne son intérêt à l'existence ;
- le respect de **l'autonomie** du patient à décider si sa vie mérite encore d'être vécue ;
- le respect de sa **dignité humaine**.

Dite dans la dignité, cette mort ouvre la porte à toutes les indignités.

Mort provoquée qui s'oppose à la mort naturelle, l'euthanasie est interdite dès le préambule et l'article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme ainsi que par notre code civil. Elle est interdite aux médecins depuis Hippocrate.

Le code de déontologie de 1995 modifié par le décret du 29 janvier 2010 est parfaitement clair : le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements inutiles ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Au lendemain de la dramatique affaire de Vincent Humbert, ce jeune homme de 19 ans resté quadriplégique après un terrible accident de la route, mort vivant dans un corps brisé, finalement euthanasié par sa mère à l'âge de 22 ans après avoir demandé le droit de mourir, le président de l'Assemblée Nationale a mis en place une mission d'information pour déterminer les réponses législatives nécessaires pour éviter des cas semblables. Présidée par le Député des Alpes Maritimes, mon confrère et ami le Docteur Jean Léonetti, cette mission a préparé un rapport ayant pour titre : *Respecter la vie, accepter la mort*, qui a abouti à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, adoptée à l'unanimité par nos députés. Cette loi complétée par les décrets du 7 Février 2006, offre un cadre de réflexion et de décision aux acteurs de santé qui doivent élaborer, si possible **de façon collégiale**, leurs projets thérapeutiques.

Elle donne au médecin :

- 1) le droit d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés inutiles, disproportionnés et n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie ;

- 2) la possibilité d'utiliser des traitements pour soulager la souffrance même s'ils risquent d'abrèger la vie, après en avoir informé le patient (doctrine du double effet) ;
- 3) le devoir d'assumer dans tous les cas la continuité des soins et l'accompagnement de la personne en sauvegardant sa dignité.

Elle donne au patient le droit de limiter ou de refuser tout traitement, après qu'il ait été informé des conséquences de son choix. Le malade doit réitérer sa demande après un délai raisonnable.

Elle prescrit aussi :

- l'information dans tous les cas du patient ou de ses représentants, notamment de la personne de confiance désignée par le patient sauf si le patient a souhaité ne pas être informé conformément à la loi de 2002, et ;
- l'inscription des décisions dans le dossier médical.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la loi fait obligation au médecin de tenir compte des directives anticipées si elles existent, révocables à tout moment, à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience ou bien de tenir compte de l'avis d'une personne de confiance désignée par le patient ou de la famille ou des proches.

La loi introduit en outre l'obligation d'une procédure collégiale : la décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin appelé à titre de consultant et éventuellement d'un deuxième consultant si l'un des médecins l'estime utile.

Ainsi, les soins palliatifs constituent-ils une troisième voie entre la poursuite de traitements déraisonnables et l'euthanasie. À l'heure actuelle, une Unité de soins palliatifs est implantée dans chaque centre hospitalo-universitaire ; il en existe 108 dans notre pays et près de 5 000 lits identifiés de soins palliatifs ont été créés. Les services d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs avec des équipes mobiles permettent le maintien au domicile des patients qui le désirent.

Quels sont les résultats de la Loi Léonetti 5 ans après son adoption ?

L'Institut national d'études démographiques (INED) a réalisé en lien avec l'Observatoire national de la fin de vie dirigé par Régis Aubry, une vaste enquête sur les conditions de la fin de vie en France. Cette étude conduite en 2010 repose sur un échantillon représentatif de 4 891 décès survenus en 2009, non seulement à l'hôpital mais aussi à domicile et en établissements médico-sociaux. Elle s'inspire largement des travaux menés aux Pays Bas et en Belgique pour comprendre les décisions médicales dans les situations de fin de vie et pour organiser des débats de société avant la légalisation de l'euthanasie dans les pays du Bénélux. La méthode utilisée a consisté à interroger les médecins ayant signé les certificats de décès de 15 000 personnes en 2009 sur quatre périodes distinctes : le dernier mois de vie, la dernière semaine, le dernier jour et le moment du décès.

Les résultats sont les suivants : un traitement destiné à prolonger la vie a été limité ou arrêté dans 45 % des cas. Dans 18,8 % des cas, la décision a eu pour conséquence possible la survenue plus rapide du décès. Les oncologues ont pris plus fréquemment que les autres médecins la décision d'arrêter les traitements curatifs et d'intensifier les traitements sédatifs et antalgiques. Dans 27 % des cas, les médecins étaient conscients que leur décision pouvait précipiter la mort. Mais la décision n'a été discutée avec d'autres médecins que dans 39 % des cas et avec l'équipe soignante que dans 27 % des cas, donc sans réelle application des dispositions Léonetti. La famille a été associée à la décision dans plus d'un cas sur deux. Mais 8 % des médecins déclarent n'avoir discuté de la décision avec aucune personne de l'entourage familial ou médical. Selon Régis Aubry, Directeur de l'Observatoire national de fin de vie, il est établi que l'isolement conduit à des décisions radicales.

Plus des deux tiers des patients pour lesquels une décision de limitation ou d'arrêt de traitement a été prise, n'étaient pas jugés en capacité de participer à la décision. Un peu moins de 7 % des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement ont été prises à la demande explicite des patients. Seulement, 1,5 % des patients hors d'état de participer à la décision de fin de vie, avaient rédigé des directives anticipées. Elles ont été un élément décisionnel important dans 72 % des cas.

Dans cette étude de l'INED, 16 % des personnes malades ont exprimé à un moment donné le souhait d'accélérer leur mort, mais 1,8 % seulement, soit 44 patients, ont demandé explicitement une euthanasie. La décision d'administrer une substance létale pour mettre fin à la vie du patient a été prise dans 38 cas (soit 0,8 % des décès) mais seulement dans 11 cas à la demande du malade, soit 0,2 % de l'ensemble des décès.

Qu'en est-il dans les pays qui ont légalisé l'euthanasie : les Pays-Bas en 2001, la Belgique en 2002, le Luxembourg en 2009, en la limitant aux personnes demandant la mort en raison de souffrances insupportables physiques ou psychiques, non apaisables et résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Aux Pays-Bas, 4 050 euthanasies ont été réalisées en 2010, soit 2,8 % des décès annuels ; en Belgique 1 133 cas ont été enregistrés en 2011 (90 par mois en moyenne), soit 1 % des décès annuels.

Aux Pays-Bas, 45 % seulement des demandes d'euthanasie sont accordées en raison de la réticence des médecins. Aussi l'association néerlandaise pour une fin de vie libre (NVVE) a mis en place un système de clinique mobile de fin de vie depuis le 1^{er} mars 2012 prenant en charge les malades incurables qui souhaitent mourir mais n'ont pas pu y être aidés.

En Belgique, 1,8 % des euthanasies seraient réalisées sans demande de la personne malade (versus 0,5 % en France à l'heure actuelle). La commission fédérale belge de contrôle reconnaît qu'elle n'a pas la possibilité d'évaluer le proportion d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. 3 % des demandes d'euthanasie seraient faites au motif de souffrances psychiques intolérables.

En Suisse, l'euthanasie intentionnelle directe est assimilée à un homicide ou à un meurtre. En revanche, le suicide assisté est autorisé par l'article 115 du code pénal à la condition que la personne souhaitant mourir soit atteinte d'une affection incurable, capable de discernement, prenne une décision murement réfléchie et qu'elle effectue elle-même le geste fatal ou que celui qui l'aide ne soit pas poussé par un motif égoïste.

En fait, l'une des associations d'assistance au suicide (Dignitas à Zurich) accepte les étrangers qui ne semblent pas toujours atteints d'une maladie incurable.

Aux États-Unis, le suicide assisté a été autorisé pour les patients atteints de maladies incurables dans les états de l'Orégon (1997), de Washington (2008) et du Montana (2010).

Le Conseil de l'Europe a adopté le 26 juin 1999 une recommandation sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants condamnant l'euthanasie active.

En France, la Loi Léonetti encore mal connue par la population et même par les médecins, donne de vraies solutions humaines pour accompagner la fin de vie mais son application reste très insuffisante. Elle pourrait être améliorée en rendant les directives anticipées plus connues, plus utilisées et plus contraignantes, ainsi le malade ayant fait part de sa volonté de ne pas être réanimé après une complication grave, pourrait bénéficier de directives opposables.

Dans son ouvrage *Euthanasie* rédigé en collaboration avec Nicolas Aumonier et Philippe Letellier, Bernard Beignier, Doyen de la Faculté de droit de Toulouse, souligne que l'euthanasie n'est pas une alternative aux soins palliatifs qui doivent être délivrés à un agonisant. La sédation progressive décidée collégalement peut être une exception marginale dans des situations dramatiques : jeunes cérébraux lésés ou quadriplégiques vivant dans un corps brisé après un accident, sans aucun espoir de récupération. Il n'existe aucun droit à la mort mais un droit de la mort. La dignité de l'homme est de l'accepter à son heure, celle du soignant de l'accompagner sans la provoquer, en supprimant l'angoisse et la souffrance. La vocation du médecin est de soigner, de soulager et de reconforter et non pas de tuer : on n'euthanasie pas un homme comme un animal.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AUMONIER N., BEIGNIER B., LETELLIER PH. — L'euthanasie. *Que sais-je* — PUF, 2010.
- [2] RICOT J. — L'éthique des soins ultimes, *ENSP*, 2010.
- [3] LA MARNE P. — Euthanasie In *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique LECOURT, PUF, 2004, p. 457-462.

- [4] AUBRY R. — L'euthanasie et la mort désirée : questions pour la société et la pratique des soins palliatifs — *Actes du 10^e congrès de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs*. 2004, Mutualité Française Éditeur.
- [5] PENNEC S., MONNIER A., PONTONE S., AUBRY R. — End of life medical decisions in France : a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 Act of Parliament on Patients' rights and End of Life. *BMC Palliative Care* ; 2012, 11 (25), 22 pages.

DISCUSSION

M. Jean-Roger LE GALL

Quelle est votre attitude devant un état végétatif chronique existant depuis plusieurs mois ou années ? Faut-il arrêter l'hydratation et l'alimentation ? Qui doit prendre la décision ? Quelle doit être l'implication de la famille ?

Le 11 Mai dernier 2013, le tribunal administratif de Chalons en Champagne a bloqué, à la demande des parents, une procédure d'euthanasie passive chez un tétraplégique de 37 ans hospitalisé à Reims depuis 4 ans, nourri et hydraté par une sonde gastrique. Les médecins avaient décidé en accord avec l'épouse du malade et certains de ses frères et sœurs, d'arrêter l'alimentation en poursuivant une hydratation minimale. À la demande des parents, le tribunal administratif a fait rétablir l'alimentation et l'hydratation en arguant qu'en l'absence de personne de confiance nommément désignée et de directives anticipées, la décision collégiale d'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation, aurait dû être prise avec l'ensemble de la famille et pas seulement avec l'épouse du malade.

Il m'apparaît évident que les parents du malade sont importants pour la décision.

M. Bernard CHARPENTIER

Ne pensez-vous pas que l'un des problèmes de la mort au domicile est celui du changement des pratiques en médecine générale et la difficulté de faire des visites à domicile ? D'autre part à l'hôpital le manque de personnels para-médicaux et de temps pour être au côté du mourant ?

L'une des difficultés majeures de la mort au domicile est celle de la disponibilité du médecin traitant qu'il est de plus en plus difficile de déplacer surtout au moment des week-ends. Par contre, la permanence des soins est assurée à l'hôpital par un personnel habituellement compétent et formé aux évolutions terminales.

M^{me} Monique ADOLPHE

Vous avez dit qu'il y avait cinq mille lits de soins palliatifs. Ceci correspond à quel pourcentage par rapport au nombre total de décès ?

Le nombre annuel des décès en France est de 540 000 à l'heure actuelle, celui des lits de soins palliatifs de 5 000, soit un pourcentage de 1 % évidemment très insuffisant.

M. Jean-Marie MANTZ

Le rôle de la famille, élargi à celui des proches, est déterminant dans les décisions concernant la fin de vie. Mais l'avis des membres de la famille n'est pas toujours univoque ni désintéressé.

À qui appartient le cadavre ? Au défunt ? Au médecin ? À la famille ? À la société ?

En l'absence de directives anticipées et de personne de confiance nommément désignée, la destinée du cadavre me paraît devoir dépendre avant tout de la décision du conjoint légal.