



TEXTE ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL LE 8 FEVRIER, PRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES PRÉSIDENTS ET SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX ET RÉGIONAUX LE 9 FEVRIER 2013, AVEC LES ÉLÉMENTS DE L'ENQUÊTE RÉALISÉE PAR IPSOS AUPRÈS DES MÉDECINS EN EXERCICE.

FIN DE VIE, « ASSISTANCE À MOURIR »

En préambule, l'Ordre tient à rappeler les principes éthiques qui ont toujours été ceux des médecins depuis l'origine : ne pas donner délibérément la mort mais s'interdire toute obstination déraisonnable. Ces principes contenus dans les serments médicaux et le code de déontologie médicale ont largement précédé la promulgation des lois actuelles. Avec l'indépendance et le refus de toute instrumentalisation, ils sont indispensables pour garantir ce qui est une condition nécessaire à l'exercice de la médecine : la confiance des patients et le respect de leur dignité. La société devra réfléchir avant de favoriser toute altération de cette relation.

Le Président de la République, lors de sa campagne présidentielle, avait indiqué publiquement : « *Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité* ».

Dans un courrier du 17 juillet 2012, le Président de la République a demandé au Pr SICARD, ancien Président du CCNE, une évaluation de l'application de la loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) dans le cadre d'une réflexion sur la fin de vie, avec la remise d'un rapport avant la fin de l'année.

Ce rapport a été rendu public le 18 décembre 2012.

Le Comité Consultatif National d'Éthique a indiqué que, saisi, il se prononcera avant l'ouverture au Parlement du débat sur le projet de Loi.

1. Il est indispensable de promouvoir la connaissance, l'accompagnement et l'application de la loi Leonetti.

En effet, l'offre de soins palliatifs reste insuffisante. Elle doit être développée avec des moyens humains et techniques à la hauteur des ambitions des soignants et des souhaits des patients et de leur famille. Elle doit être harmonieusement répartie sur le territoire, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui en matière d'égalité d'accès à des soins spécifiques. Elle doit permettre une fin de vie sereine, si possible dans le lieu de vie habituel du patient. En 2012, 70% des fins de vie ont lieu en établissements.

Un plan national de développement des soins palliatifs sur l'ensemble du territoire doit être mis en place, en prévoyant les financements nécessaires et leur pérennité.

Toutes les applications de la Loi Leonetti restent trop peu connues :

- de la population ;
- des professionnels de santé qui, dans une proportion non négligeable, ne l'ont peut-être pas interprétée ou appliquée dans toutes les dimensions humanistes qu'elle autorise.

La loi doit être inlassablement diffusée, expliquée, comprise de tous. L'Ordre des médecins se propose naturellement de continuer à y contribuer.

Elle doit faire partie intégrante de la formation initiale et continue des médecins et des soignants, dans le cadre général de l'accompagnement médical et médico-social des affections aujourd'hui incurables.

Cette loi répond au plus grand nombre de situations de fin de vie.

La loi du 22 avril 2005 interdit d'imposer à un malade qui le refuse un traitement quel qu'il soit. Elle interdit également toute obstination déraisonnable dans les explorations et les soins. Elle autorise, en fin de vie l'emploi de traitements à doses efficaces pour soulager le patient, avec son accord, quand bien même ces doses seraient susceptibles d'écourter ce qui reste de vie. Toutefois, la loi peut n'offrir aucune solution pour certaines agonies prolongées ou pour des douleurs psychologiques et/ou physiques qui, malgré les moyens mis en œuvre, restent incontrôlables.

Ces situations, quand bien même resteraient-elles rares, ne peuvent demeurer sans réponse.

2. Quelles propositions pour des situations exceptionnelles non prises en compte dans l'état actuel de la loi, du droit et de la déontologie médicale ?

Sur des requêtes persistantes, lucides et réitérées de la personne, atteinte d'une affection pour laquelle les soins curatifs sont devenus inopérants et les soins palliatifs instaurés, une décision médicale légitime doit être prise devant des situations cliniques exceptionnelles, sous réserve qu'elles soient identifiées comme telles, non pas par un seul praticien mais par une formation collégiale.

Une sédation, adaptée, profonde et terminale délivrée dans le respect de la dignité pourrait être envisagée, par devoir d'humanité, par un collège dont il conviendrait de fixer la composition et les modalités de saisine. Ce collège fonderait son avis sur l'évaluation de la situation médicale du patient, sur le caractère réitéré et autonome de sa demande, sur l'absence de toute entrave à sa liberté dans l'expression de cette demande.

Tous les éléments ayant contribué à cet avis devront être enregistrés dans le dossier du patient.

Si l'avis collégial relatif à la demande du patient est d'y accéder, le médecin peut y donner suite personnellement, s'y associer ou se récuser en excipant la clause de conscience.

L'interdit fondamental de donner délibérément la mort à autrui, au mépris de toutes les considérations précédemment exposées, ne saurait être transgressé par un médecin agissant seul.

3. Les directives anticipées et la personne de confiance.

Les dispositions de la loi du 22 avril 2005 concernant les directives anticipées et la personne de confiance restent mal connues du public. Il convient qu'une campagne d'information soit faite. Les médecins doivent y participer.

Il faudrait que les directives anticipées puissent être non seulement évoquées par le patient lui-même avec les médecins amenés à le prendre en charge, mais qu'elles soient également répertoriées dans un registre national ou sur un support accessible aux soignants membres de l'équipe de soins. Conformément aux dispositions du code de la santé publique, ces directives peuvent être modifiées à tout moment par la personne concernée.

Les médecins et les membres de l'équipe de soins qui concourent à la prise en charge du malade doivent prendre en compte les directives anticipées et l'avis de la personne de confiance, qui traduisent, dans sa liberté, les dernières volontés conscientes du patient. Ces directives ne peuvent cependant pas avoir le caractère d'une injonction.

4. Incidences déontologiques pour le médecin : le devoir d'accompagnement et la clause de conscience.

Le médecin doit toujours pouvoir faire valoir la clause de conscience. Ce principe ne doit pas être remis en cause.

Celle-ci doit être indiquée au patient s'il remet des directives anticipées ou exprime des souhaits contraires aux opinions intimes personnelles du médecin.

Elle s'applique aussi aux situations évoquées plus haut dans ce texte.

Pour autant, le médecin qui exprime au nom de sa propre liberté la clause de conscience doit le faire sans donner au patient, ou à son entourage, un sentiment d'abandon. Il doit l'accompagner et doit faire parvenir au médecin qui le prendrait parallèlement en charge toutes informations utiles.

Un débat interne à l'ensemble de l'Institution ordinaire a été conduit avant cette expression publique. Il en résulte que la fin de la vie d'une personne dans ces situations implique profondément le corps médical selon les principes éthiques de bienfaisance et d'humanité.

L'Ordre national des médecins propose donc de promouvoir une meilleure connaissance de la loi Leonetti et d'envisager des améliorations susceptibles de répondre à des situations exceptionnelles.

L'Ordre national des médecins apportera sa contribution au débat sociétal quant à l'euthanasie délibérée et au suicide assisté.