

Vincent Humbert, Chantal Sébire... Ces noms sont restés dans les esprits, associés à des affaires fortement médiatisées autour d'un sujet très sensible : la fin de vie. Après l'affaire Vincent Humbert, Jean Léonetti, alors député, a été chargé de réfléchir à un texte législatif. Objectif : proposer des réponses aux situations les plus complexes et réfléchir aux moyens d'instituer un droit au « laisser mourir ». La loi sur « les droits des malades en fin de vie », qui a vu le jour le 22 avril

2005, stigmatise l'« obstination déraisonnable », autre expression pour l'acharnement thérapeutique. Certes, celui-ci est banni depuis toujours dans l'article 37 du code de déontologie médicale. Mais face aux prouesses technologiques des dernières décennies, la tentation de maintenir un malade en vie à tout prix, parfois de manière artifi-

cielle, se profile parfois. D'où l'intérêt de ce rappel. De plus, avec la loi Léonetti, les malades ont le droit de refuser un traitement, et les médecins se doivent de lutter efficacement contre la douleur, même s'il existe un risque de hâter la mort du patient (article 2). Les praticiens peuvent aussi limiter ou arrêter un traitement; mais une telle déci-

POINT DE VUE de l'Ordre



« Nous sommes dans une philosophie du soin »

Dr Pierrick Cressard, président de la section Éthique et Déontologie

La loi Léonetti n'est pas toujours facile à appliquer, nous en sommes conscients. La mort est un sujet difficile, qui met les médecins mal à l'aise, qui les confronte aux proches, à la famille, qui les renvoie aussi à leur propre finitude... Dans certaines situations – je pense au médecin libéral à la campagne, relativement isolé, ou aux hôpitaux locaux en manque d'effectifs –, comment mettre en place la procédure collégiale? Les confrères ont intérêt à s'appuyer sur les réseaux de soins palliatifs. Rappelons que la loi Léonetti implique, pour un patient sans espoir d'amélioration thérapeutique, la création d'un collègue médical avant de prendre toute décision. Ce collègue doit comprendre au moins deux confrères – dont un consultant extérieur, qui ne connaît pas le patient, chargé de recueillir l'avis de la famille, des soignants... Le médecin traitant ou celui du service est trop proche du patient, médicalement et affectivement, pour prendre une telle décision tout seul. L'idéal est que trois médecins se concertent. Si une décision est prise de manière collégiale, c'est le médecin seul qui l'inscrit dans le dossier et qui

reste donc responsable. La fin de vie fait toujours planer une menace médico-légale sur les soignants... Mais la loi légitime certaines situations de fait, qui avaient lieu avant 2005, et protège en partie les médecins.

L'article 37 du code de déontologie se pense conjointement avec l'article 38, qui rappelle l'interdiction de provoquer délibérément la mort et la nécessité d'accompagner la personne jusqu'à son dernier souffle. Le serment d'Hippocrate stipule que le médecin doit soulager la souffrance, mais qu'il est interdit de donner la mort. Nous sommes dans une philosophie du soin. La barrière ultime, c'est l'article 38. Les médecins sont tenus de respecter le code de déontologie médicale, qui fait partie du code de santé publique. Ils ne peuvent pas être soumis aux aléas de la pensée sociétale... Un groupe de sénateurs a demandé récemment un changement de la loi pour y intégrer l'aide active à mourir. Mais qu'en est-il de l'éthique médicale dans ce cas? On ne peut pas demander à un médecin de participer à quelque chose qui n'est plus de l'ordre du soin...

« Ce n'est pas parce que les personnes ne s'expriment pas qu'elles ne souffrent pas »

Dr Cressard