



Dr Anne RICHARD  
Présidente de la SFAP

**Comité scientifique :**  
Dr Guillemette Laval,  
Présidente  
CHU Grenoble (38)  
GLaval@chu-grenoble.fr

Dr Sylvie Chapiro  
Hôpital P. Brousse – Villejuif (94)  
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Dr Laure Copel  
Institut M. Curie – Paris (75)  
laure.copel@curie.net

Dr Véronique Danel-Brunaud  
Hôpital R. Salengro – Lille (59)  
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy  
Institut G. Roussy – Villejuif (94)  
sdauchy@igr.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre  
CHU Nantes (44)  
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Dr Frédéric Guirimand  
Maison J. Garnier – Paris (75)  
fguirimand@adc.asso.fr

Dr Jean-Michel Lassaunière  
Hôpital Hôtel Dieu – Paris (75)  
jean-michel.lassauniere@orange.fr

Dr Aude Le Divenah  
H Necker-Enfants malades Paris  
(75)  
Aude.ledivenah@nck.aphp.fr

Dr Nathalie Michenot  
CH Versailles (78)  
boutiniere@orange.fr

Dr Jean-Christophe Mino  
Observatoire national de la fin de vie  
– Paris (75)  
jc-mino@croix-saint-simon.org

Dr Sylvie Rostaing  
Hôpital St Antoine, Paris (75)  
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Evelyne Malaquin-Pavan, cadre de santé  
Hôpital C. Celton – Issy les  
Moulineaux (92)  
evelyne.malaquin-  
pavan@ccl.aphp.fr

Elisabeth Gudmer, cadre de santé  
CHU Montpellier (34)  
e-gudmer@chu-montpellier.fr

Marie-Claude Dayde, infirmière  
libérale  
Colomiers (31)  
mc.dayde@wanadoo.fr

Jérôme Alric, psychologue  
CHU Montpellier (34)  
j-alric@chu-montpellier.fr

Hélène Brocq, psychologue  
CHU Nice (06)  
Brocq.h@orange.fr

Tanguy Chatel, sociologue  
La Celle Saint Cloud (78)  
t.chatel@cegetel.net

Paula La Marne, philosophe  
Rouen/Caen (76/14)

AVIS 016 du 07 juin 2013  
DU COMITE SCIENTIFIQUE DE LA SFAP  
Concernant le texte de la SFAP du 14 mars 2013 intitulé  
« Analyse du rapport Sicard et propositions de la SFAP  
pour répondre aux inquiétudes des citoyens »

Réalisation SFAP (conseil d'administration) mars 2013  
Coordination Dr V. MOREL, Président de la SFAP

**Objet :** Demande d'un regard critique et des propositions pour un texte de base rédigé par la SFAP sur le rapport Sicard et destiné au grand public et aux politiques.

**Préambule :** Il s'agit d'un texte à visée sociétale et politique rédigé par le CA de la SFAP. Trois parties le constituent avec d'abord une analyse du rapport Sicard en 4 points, puis 5 propositions contribuant à l'amélioration des pratiques de soins et enfin une réflexion concernant les lois encadrant les décisions médicales au regard des droits des patients. Pour chaque partie, des idées phares sont le plus souvent développées et argumentées

**L'avis du Comité scientifique,** après étude du dossier, travail à partir des rapporteurs, réunion téléphonique avec 11 de ses membres le 22/04/2013 et plusieurs échanges courriels et téléphoniques, est le suivant :

Document très intéressant mais qui semble cependant sous-estimer l'approche équilibrée du Rapport Sicard (RS) avec, dans l'analyse, de nombreux éléments d'encouragement pour les soins palliatifs et la prise en compte de la complexité du mourir en France. De même de la nécessité pour la SFAP, en regard de ce que souligne le RS, page 13 « ce qui manque presque toujours c'est l'accompagnement humain sur la durée », de promouvoir le dialogue avec les malades et la prise en compte, au-delà des aspects formels (comme les directives anticipées) des modalités de ce dialogue. L'analyse souligne aussi la nécessité pour la SFAP de mettre en avant, au-delà des principes, les moyens d'améliorer pratiquement certains éléments de la fin de vie comme « la prise de décision collégiale » ou l'application de la sédation.

Sur ce dernier point, Le CS s'étonne que, dans son analyse du rapport Sicard, la SFAP ne relève pas le glissement de sens de la « sédation » (p44) à la « sédation terminale » (p 56). Il conviendrait que la SFAP se positionne précisément sur ce point du rapport afin d'éviter une confusion dans l'intention de l'acte, terreau éventuel de dérives des pratiques médicales. La proposition H du rapport (p 93) parle de « la décision d'un geste légal » sous forme d'une « sédation profonde telle qu'elle est inscrite dans la loi Léonetti ». Cette dérive renforcée par une interprétation de la loi du 22 avril 2005 peut être source de confusion pour les équipes soignantes quant aux objectifs de soins et s'écarte

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS**

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : sfap@sfap.org - <http://www.sfap.org> - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008



Paule.la-marne@ac-rouen.fr

Catherine Perrotin, philosophe  
Centre Interdisciplinaire d'Éthique –  
Lyon (69)  
cperrotin@univ-catholyon.fr

des recommandations de la SFAP sur la sédation en phase terminale

Dans la promotion du dialogue et de l'accompagnement, le CS propose d'insister davantage sur la formation à l'écoute du personnel médical et sur la nécessaire valorisation dans le système de tarification à l'activité et des missions d'intérêt général, des temps d'écoute auprès des patients et des familles, par quel que professionnel que ce soit. L'activité d'évaluation clinique réalisée par les psychologues avec une indispensable traçabilité est nécessaire. Elle devra également être valorisée financièrement tant pour les consultations externes que dans les services, poste fixe ou activité transversale, hors Equipe mobile de soins palliatifs.

Le CS souhaite relever le paradoxe qui consiste à promouvoir des plans de prévention du suicide, et de proposer dans le même temps, la légalisation du suicide assisté.

Le CS propose d'insister encore davantage sur la diffusion de la « Culture palliative », sur tout travail concourant à restaurer une relation de confiance des citoyens envers les médecins et toutes mesures favorisant la concertation entre professionnels de la santé. Il s'agit bien de remettre au centre, la pertinence de la procédure collégiale, des réunions de concertation pluridisciplinaires, des réunions dans le cadre des Espaces éthiques ou des staffs pluriprofessionnels au sein même des services cliniques, qui ne prennent pas seulement en compte la maladie et le protocole de traitement, mais qui remettent la personne, en tant que sujet au centre de cette concertation avec tous les facteurs singuliers et environnementaux qui constituent cette même personne malade

Enfin, le CS souligne le réel risque d'enfermer le patient dans des directives anticipées imposées et d'obliger les médecins à les appliquer. Le CS pointe les éléments de subjectivité dont le patient n'a pas forcément conscience et le risque que l'application de ses DA se fasse au détriment de la réflexion, de la remise en question, du dialogue et de la nécessaire recherche du bien que tout acte médical suppose. Rendre les DA opposables aux médecins participe du même mouvement. La bascule suggérée entre DA indicatives et DA opposables peut indirectement renforcer l'idée que le corps médical ne cherche pas toujours le bien du malade, avec le risque secondaire d'accentuer le clivage médecins société, d'accroître la défiance et l'agressivité des patients envers leurs médecins (et réciproquement), au détriment du dialogue. Cela impose la poursuite d'un travail sur les DA comme « un élément parmi d'autres » de la réflexion inhérente à la pratique médicale, DA qui doivent, bien sûr, s'inscrire dans la relation de soin au cœur d'une démarche personnalisée. Dans ce sens, deux membres du CS proposent des pistes de réflexion dans un document de travail, joint au présent avis et intitulé « Sur les directives anticipées ».