



LE DOSSIER

La création d'un Comité d'Éthique

La création d'un comité d'éthique a été prévue dans le projet d'établissement en 2004. Une «fiche action» [M1006] a été rédigée par le Dr Erica MANCEL et Dominique DELPECH précisant les objectifs de ce comité qui sont multiples : conseil en éthique clinique, avis éthiques sur des projets de recherche clinique, examen des projets et avis avant envoi à un Comité métropolitain consultatif de Protection des Personnes qui se prêtent à la Recherche Biomédicale (CPPRB) et enfin supervision de l'information aux patients.

Le mot éthique vient du grec ethikos : science de la morale ; art de diriger la conduite. Par définition, un Comité d'Éthique ne jugera pas, ne légifèrera pas, ne pourra en aucun cas s'ériger en donneur de leçons et tentera seulement de définir l'éthiquement raisonnable, soit simplement formulé : le juste milieu entre deux extrêmes.

► Un Comité d'Éthique au CHT : quelle nécessité ?

Dans sa démarche de soin, le médecin est le barycentre d'un triangle dont chacun des côtés est constitué par le malade, sa famille, la société et dont l'aire représente son champ d'action.

► Le malade

Avec les progrès de la médecine et des moyens d'information, Internet entre autres, on assiste à un glissement du paternalisme médical bienfaisant vers l'autonomie du malade considéré comme un individu responsable, susceptible de faire des choix, voire à l'extrême de se comporter en consommateur face au médecin prestataire de service. Il s'agirait en quelque sorte de la généralisation d'une façon d'appréhender la médecine comme un outil qui garantirait la bonne santé pour tous. Cette conception de la médecine tend à se généraliser dans la plupart des pays occidentaux et la Nouvelle-Calédonie n'échappe pas à la règle.

► La famille

L'ingérence de la famille dans la sphère hospitalière rend plus complexe le travail des soignants. Parfois satisfaisante, la relation avec l'entourage du malade est dans d'autres cas problématique, voire houleuse : lors des consultations d'annonce, des prises en charge palliatives ou aux Urgences, notamment.



La connexion médecin hospitalier/famille est fragile, délicate, mouvante car elle dépend des expériences personnelles de chacun, des capacités de communication d'un côté, des facultés de compréhension de l'autre et de l'évolution clinique du malade hospitalisé. Par ailleurs, en Nouvelle-Calédonie cette relation est souvent brouillée par l'idée qu'à le malade et/ou ses proches qu'il serait mieux soigné ailleurs qu'ici, en Australie par exemple.



► La société

Sur le plan économique, la médecine doit au sens littéral rendre des comptes. La problématique est fréquemment discutée lors de débats sociétaux (déficits récurrents de la branche maladie de la CNAM, de la CAFAT, tentatives de maîtrise des coûts globaux). En revanche la question est rarement évoquée à l'échelon individuel. Pour poser crûment le problème : quel est le rapport coût/bénéfice de la prise en charge de tel malade par tel médecin ? Formulée de façon différente, elle revient à se demander si la prescription d'un traitement coûteux prescrit à titre palliatif à seule fin d'obtenir un gain de vie limité, s'apparentant parfois à de la survie, est éthiquement raisonnable. Certes, il existe des guides de bonnes pratiques, mais sont-ils applicables dans tous les cas de figure, question encore plus aiguë si elle est posée en Nouvelle-Calédonie, où la mise en œuvre de ces pratiques idéales se heurte aux réalités locales ?

► Le médecin

La peur du risque est présente et le praticien est pris dans une double logique : logique de soins et logique morale, à laquelle s'ajoute dans certaines spécialités l'obligation de prises de décision dans l'urgence, parfois dans des conditions dramatiques qui ne laissent guère de temps à la réflexion éthique. Si la plupart des médecins ont un vécu hospitalier similaire, la difficulté reste individuelle, appréhendée de manière différente en fonction de l'histoire personnelle de chacun.



Les membres du bureau : Dr Erica Mancel, secrétaire et Dr Tristan Derycke-Andréani, président (le vice président, Dr Olivier Mullerstedt, n'était pas présent le jour de la photo)

En Métropole, la création du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) en 1983 « Créé par François MITTERRAND après les Assises de la Recherche. Il a pour mission de produire des avis et rapports sur les questions dont il est saisi, afin de stimuler le débat éthique au sein de la société. Ses champs de réflexion recouvrent les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé. »

Organisme consultatif, le CCNE est rattaché aux services du Premier Ministre. Ce rattachement est seulement administratif, puisque le CCNE est devenu une autorité indépendante par la volonté du législateur en 2004. Il est composé de 39 membres, nommés pour quatre ans, composition définie par la loi : personnalités appartenant aux « principales familles religieuses et spirituelles », au « secteur de la recherche », choisies « pour leur compétence et leur intérêt pour les problèmes éthiques ». Il a notamment participé au réexamen des lois de bioéthique de 1994 et s'est prononcé en 2007 sur le projet de loi, dit « amendement ADN », avis n°100.

Sur le territoire, le Comité Consultatif d'Éthique Territorial a été tout récemment créé suite à la délibération du congrès permettant le prélèvement d'organes et la transplantation en Nouvelle-Calédonie. Il comprend 21 membres nommés par le Gouvernement. Il s'agit, comme en Métropole, de personnalités choisies pour leurs compétences et leur intérêt pour l'Éthique. Ce CCET se réunira en séances à huis clos et tiendra une conférence publique tous les deux ans. Il pourra



LE DOSSIER

La création d'un Comité d'Éthique

être saisi par un membre du Gouvernement, du Congrès, du Sénat Coutumier. Il aura également la possibilité de s'auto saisir à la demande de la majorité de ses membres. A noter qu'il ne se substitue pas à un CPPRB métropolitain

Les objectifs du Comité d'Éthique au CHT

Conseil en éthique clinique : résolution des problèmes d'ordre moral que posent les soins à apporter à un patient dans une situation clinique particulière, amélioration de l'aide à la décision du malade.

Avis éthiques sur projets de recherche clinique : examen des projets et avis avant envoi à un CPPRB métropolitain.

Supervision de l'information aux patients : avis et conseils relatifs à la mise en œuvre de la législation territoriale relative à l'information du patient.

Définition des valeurs professionnelles applicables à l'hôpital : participation à la rédaction d'une charte des valeurs professionnelles en collaboration avec les autres acteurs hospitaliers.

► Règlement intérieur du comité

L'organisation de ce Comité est précisée par le règlement intérieur suivant :

Article 1 : Le Comité se compose de 15 membres, médecins, pharmaciens, biologistes exerçant au CHT.

Article 2 : La durée du mandat des membres du Comité est de trois ans et est renouvelable à dater de l'entrée en vigueur du présent règlement.

Article 3 : Le Comité élit en son sein un Président, un Vice-président et un Secrétaire formant le bureau dont le mandat a une durée de trois ans et est renouvelable.

Article 4 : Le Comité siège en séance de travail une fois par trimestre. Dans certaines conditions, lorsque l'urgence de la situation l'exige, et à la demande du Président, le Comité pourra se réunir dans le cadre de séances extraordinaires.

Article 5 : Pour siéger valablement en séance de travail est requis la présence d'au moins cinq membres dont un membre du bureau. Est exclu du Comité tout membre qui n'a pas siégé à trois séances de travail ordinaires consécutives. Le Comité pourvoit alors à son remplacement.

Article 6 : Le Comité peut être saisi par tout médecin, pharmacien, biologiste exerçant au CHT. Il peut également être saisi par le Directeur, par les patients et leur famille proche par l'intermédiaire du Président (ou celui d'un des membres du bureau en son absence). Il peut également s'auto saisir à la demande du Président ou à celle de la majorité de ses membres.

Article 7 : Les avis du Comité, lorsqu'ils concernent un patient, seront transmis directement et confidentiellement au praticien qui a saisi le Comité. Il pourra, s'il le souhaite, faire figurer cet avis dans le dossier médical.



Article 8 : Lorsque le Comité est saisi par deux parties contradictoires, celles-ci auront la possibilité de s'exprimer lors d'une séance ordinaire ou extraordinaire. Dans ce cas, le Président du Comité pourra désigner parmi les membres un modérateur qui aura à charge de mener les débats.

Article 9 : Lors de chaque séance, ordinaire ou extraordinaire, le Comité pourra requérir, en cas de besoin, les compétences de personnels non-médicaux du CHT ainsi que celles d'experts extérieurs à l'hôpital : juristes, autorités morales ou religieuses.

Article 10 : Le Comité présente à la CME et au Conseil d'Administration un rapport annuel d'activité.

Article 11 : Le présent règlement intérieur pourra être modifié et complété sur simple convocation à la demande du Président ou à celle de la majorité des membres du Comité.

Tristan DERYCKE-ANDRÉANI, Praticien Hospitalier Territorial

