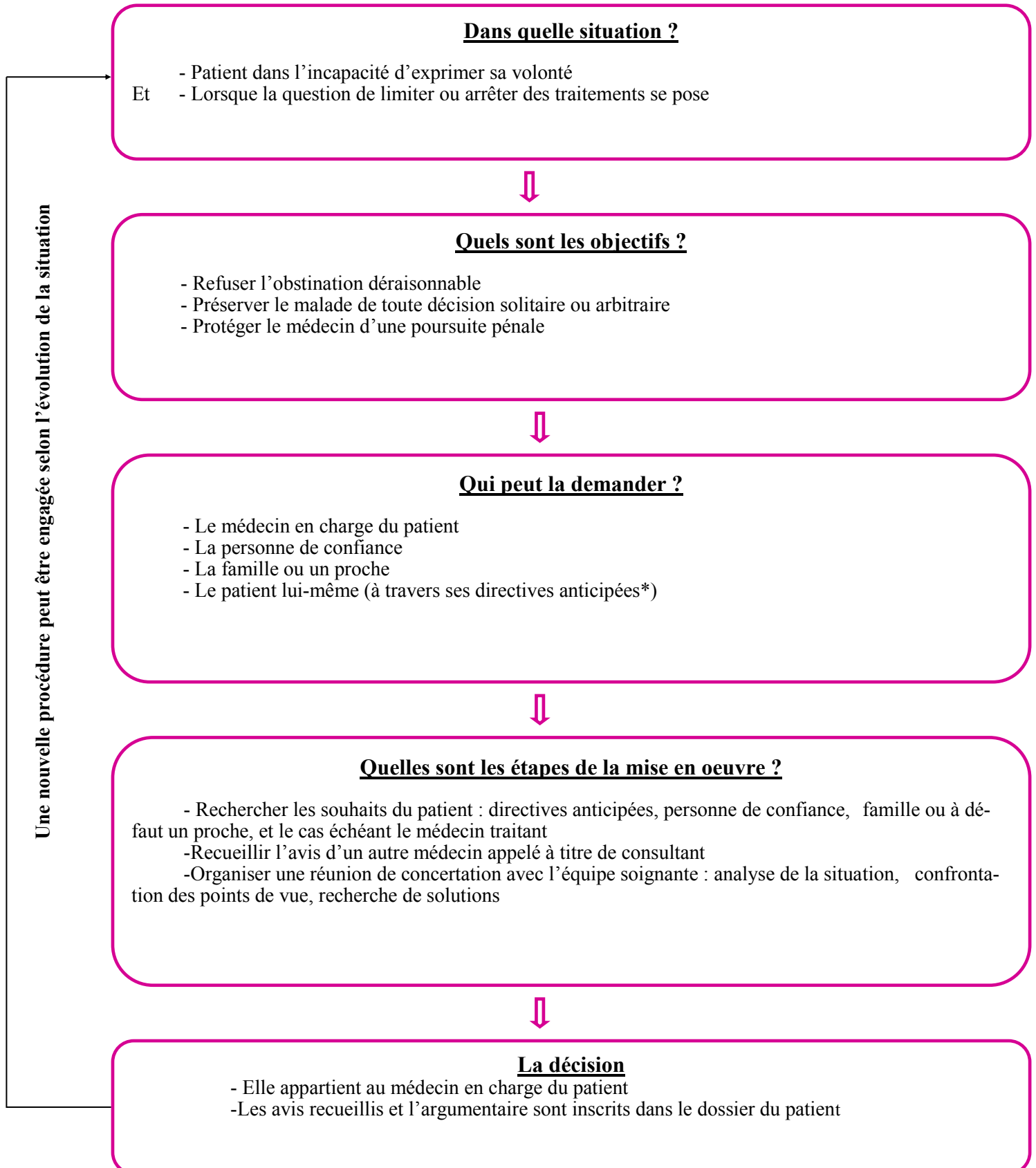


Lorsqu'une personne maintenue en vie artificiellement ou en fin de vie ne peut s'exprimer, c'est au médecin que revient la décision de poursuivre, limiter ou arrêter les traitements.

Pour l'aider à prendre la meilleure décision pour cette personne, la législation prévoit la mise en place d'une procédure collégiale.



* Voir En pratique n°1 : Les directives anticipées

Une décision est dite collégiale lorsqu'elle est prise à l'issue d'un processus collectif de réflexion.

Celle-ci recherche une attitude raisonnable en vue d'une décision. Le médecin référent reste l'unique responsable.

Objectifs ?

Eviter toute décision arbitraire et solitaire de la part du médecin.

A toutes les étapes, la personne de confiance, la famille, les proches doivent participer et comprendre les démarches, les décisions prises et leurs motivations ; ils doivent être consultés et écoutés même si leurs demandes ne peuvent pas toujours être satisfaites.

Que dit la loi...

Art. L.1111-4 et L.1111-13 du Code de Santé Publique - Art. R.4127-37 du Code de Santé Publique (Art.37 du Code de Déontologie Médicale).

« La décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés à une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale ».

« Le médecin peut engager la procédure de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande du patient (à travers ses directives anticipées), de la personne de confiance, de la famille ou de l'un des proches ».

« 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 en qualité de consultant ».

En pratique...

1- Le médecin a le devoir de s'enquérir de l'existence ou non de directives anticipées (Art. R.1111-20 du CSP), et de la nomination ou non d'une personne de confiance.

2-La personne détentrice des directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant un proche sont informés de la mise en œuvre d'une procédure collégiale.

3-Une concertation est organisée avec :

-l'équipe de soins (si elle existe),

-un médecin appelé en qualité de consultant qui ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le médecin qui fait appel à lui, et qui exerce de préférence dans une autre unité afin de privilégier un regard véritablement extérieur (recommandation du conseil national de l'ordre des médecins),

-l'avis motivé d'un 2ème consultant peut être demandé.

4- La décision : traçabilité rigoureuse de la procédure dans le dossier du patient

-Date et nom des participants à la discussion,

-L'existence de directives anticipées (adjointes au dossier), l'avis de la personne de confiance ainsi que celui de la famille clairement mentionnés,

-Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations, ainsi que les motifs de la décision,

-La décision clairement énoncée,

-L'organisation des stratégies pour chacun des acteurs : qui fait quoi et dans quel délai, qui informe les proches,...

-La programmation de la prochaine réévaluation,

-Le nom et la signature du médecin responsable de la décision.

A noter :

▪ Le patient conscient peut demander la limitation et l'arrêt des thérapeutiques. C'est son droit et cette demande n'exige pas de procédure collégiale.

▪ La procédure collégiale peut aussi trouver sa place si un questionnement éthique se présente dans les contextes suivants :

-Patient en échec thérapeutique,

-Situation médicale désespérée ou pronostic très défavorable.

▪ La procédure collégiale ne s'applique pas à la situation d'urgence ; dans ce cas, le médecin décide selon son appréciation de la situation clinique du patient.