

Le renforcement de la collégialité dans les décisions en fin de vie

L'ESSENTIEL

Ce que dit la loi du 2 février 2016 :

La loi élargit le recours obligatoire à une procédure collégiale préalable à la décision en fin de vie.

Le médecin doit ainsi y recourir dans trois situations :

1. Lorsque la personne en fin de vie est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il envisage de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable.

2. Lorsqu'il entend refuser d'appliquer des directives anticipées qu'il considère manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

3. Lorsqu'est envisagée une sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie, soit à la demande du patient en fin de vie, soit envisagée par le médecin pour une personne hors d'état de s'exprimer pour accompagner une limitation ou un arrêt de traitement.



EN PRATIQUE

Qu'est-ce que la procédure collégiale ?

La procédure collégiale est définie par le code de déontologie médicale.

Comment se déroule la procédure collégiale ?

La procédure collégiale comporte 3 phases.

1. L'examen de la situation au regard des critères médicaux

Il s'agit de vérifier que la mise en œuvre ou la poursuite des traitements constituerait une obstination déraisonnable au vu des critères posés par la loi (actes inutiles, disproportionnés ou n'ayant comme seule finalité que le maintien artificiel de la vie).

La procédure implique :

- ▶ une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, si elle existe ;
- ▶ le recueil de l'avis motivé d'au moins un autre médecin, appelé en qualité de consultant et sans lien hiérarchique avec le médecin ayant la charge du malade ;
- ▶ l'avis motivé d'un deuxième consultant, si cela est estimé utile par les deux premiers médecins.

Lorsque la procédure porte sur une demande de sédation profonde et continue par le patient lui-même, la procédure collégiale permet d'apprécier les critères prévus par la loi :

- ▶ affection grave et incurable et pronostic vital engagé à court terme, que ce soit du fait de l'évolution de la maladie ou du fait de la décision d'arrêter un traitement ;
- ▶ souffrance réfractaire aux traitements ou risque d'une souffrance insupportable du fait de l'arrêt du traitement. →

Le renforcement de la collégialité

dans les décisions en fin de vie



EN PRATIQUE (SUITE)

2. L'établissement de la volonté de la personne

La volonté de la personne peut être établie par l'examen des directives anticipées ou, à défaut, par le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, par celui de la famille ou d'un des proches du patient. Le cas échéant, le médecin recueille l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur.

NB : Lorsqu'il s'agit d'un refus d'appliquer des directives anticipées inappropriées ou non conformes à la situation médicale, les mêmes éléments de procédure s'appliquent.

3. À l'issue de la procédure, le médecin prend sa décision et en informe l'entourage

La décision motivée prise par le médecin, les témoignages et avis recueillis, la nature et le sens des échanges au sein de l'équipe sont versés au dossier du patient.

Dans tous les cas, la personne de confiance, à défaut la famille ou les proches, sont informés de la nature et des motifs de la décision prise avant sa mise en œuvre.



LIENS UTILES

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé :

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/>