

# Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie

1/2

En fin de vie, l'observation du principe de laïcité dans les soins n'exclut pas l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches dans leurs besoins spirituels et le respect des différences.

Les décisions relatives à la proportionnalité des soins en fin de vie s'inscrivent dans un cadre législatif et déontologique (art 37 et 38 du Code de Déontologie Médicale) et répondent au nécessaire respect des personnes et de leur entourage.

Les soins palliatifs intègrent la dimension spirituelle. Ils s'adressent aux personnes malades et à leurs accompagnants. Tous les soignants se doivent de faciliter l'accompagnement spirituel, y compris religieux, pour les personnes qui en font la demande (aumôniers, lieux de culte...)

Pour informer et accompagner, les professionnels de santé tiennent compte du contexte culturel du patient et de ses proches. Les temps d'échange sont adaptés à un objectif de compréhension réciproque. Le recours à une médiation culturelle peut être nécessaire (traducteur, représentant des cultes...).

## **Article 37 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-37 du Code de Santé Publique)**

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. - Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après

# Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie

2/2

... concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.

Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III. - Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110 -5 et des articles L. 1111- 4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article 38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

## **Article 38 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-38 du Code de Santé Publique)**

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.