



LA PROCÉDURE COLLÉGIALE

PROCEDURE COLLEGIALE

Procédure collégiale (1)

- **Qui?**
 - Le médecin **peut** engager la procédure **de sa propre initiative**,
 - **Mais est tenu de le faire** au vu des D.A., à la demande de la P.C., de la famille ou de l'un des proches.
- **Quand?**
 - Quand le patient ne peut exprimer sa volonté
 - Décision de limitation ou arrêt de traitement.
- **Pour un patient maintenu artificiellement en vie ou en fin de vie.**

Procédure collégiale (2)

- ⦿ **La décision de L.A.T.** prend en compte:
 - Les souhaits du patients (D.A., P.C.)
 - L'avis de la famille et des proches.
 - Si mineur ou majeur protégé: avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur
- ⦿ **La décision est motivée:**
 - Les avis recueillis,
 - Le motif de la décisionsont inscrits dans le dossier du patient.
- ⦿ **Information de:**
 - La P.C., la famille ou les proches
 - Sur la nature et les motifs de L.A.T.

Procédure collégiale (3)

- ⦿ **Le médecin:**
 - Même si la souffrance du patient ne peut être évaluée, met en œuvre les traitements antalgiques et sédatifs d'accompagnement (art.38 du C.D.M.)
 - Veille à l'information de l'entourage du patient.
 - S'assure qu'ils reçoivent le soutien nécessaire.
- ⦿ Cette procédure s'applique aux cas du patient maintenu artificiellement en vie et du patient en phase avancée ou terminale d'une pathologie incurable.

(Source : Docteur Laurent JAULIN, médecin EMSP Clinique)

Quand le médecin doit-il appliquer la procédure collégiale ? (articles L. 1111-4 et L. 1111-13 du code de la santé publique).

Cette procédure doit être mise en œuvre, en application du refus d'obstination déraisonnable, dans 2 cas :

1. Prise de décision d'arrêter ou limiter un traitement, ceci étant susceptible de mettre en danger la vie du patient hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ce cas s'applique à des patients inconscients, sans espoir raisonnable de récupération, qui sont maintenus en vie de façon prolongée par des thérapeutiques de substitution d'une ou plusieurs fonctions vitales défaillantes.

2. Prise de décision d'arrêter ou limiter un traitement inutile, disproportionné, ou prolongeant artificiellement la vie d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ce cas s'applique à des patients inconscients qui sont en fin de vie, cette phase terminale de la vie pouvant être actuellement considérablement allongée du fait de l'efficacité symptomatique des techniques médicales.

Dans les deux cas, le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté mais, dans le 1er cas, il n'est pas en fin de vie et c'est la décision d'arrêter ou de limiter le traitement qui met sa vie en danger.

Dans les deux cas, la procédure collégiale ne s'applique que lorsqu'un traitement a déjà été mis en œuvre et qu'il s'agit de l'arrêter ou de le limiter : pas d'obligation de mettre en œuvre la procédure collégiale pour décider d'entreprendre ou non un traitement, le médecin pouvant cependant y recourir s'il le souhaite.

Quels sont les objectifs de la procédure collégiale ?

- Refuser l'obstination déraisonnable dans le seul intérêt du malade.
- Préserver le malade de toute décision solitaire et arbitraire.
- Protéger le médecin d'une poursuite pénale.

Quelles sont les étapes de mises en œuvre de la procédure collégiale ? (article R. 4127-37 du code de la santé publique)

1. Recherche par le médecin en charge du patient de ses souhaits : consultation des directives anticipées, de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches.
2. Recherche par le médecin d'un consultant (médecin extérieur au service, sans lien hiérarchique).
3. Concertation : réunion du médecin et de l'équipe de soins (le consultant peut assister à cette réunion) en vue d'une collecte d'informations et d'échanges.
4. Avis motivé du consultant.
5. Demande éventuelle d'un 2ème avis par le médecin et/ou le consultant (à un autre consultant).
6. Décision finale motivée du médecin, prise en conscience (liberté au vu des avis et souhaits recueillis, y compris des directives anticipées, mais à justifier).

Comment s'effectue le choix du médecin consultant ?

La réglementation prévoit que le consultant ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le médecin qui fait appel à lui. Dans son choix, le médecin assurant la prise en charge directe du patient devra en principe, sauf impossibilité, faire appel à un médecin exerçant dans une autre unité, l'objectif étant de privilégier un « regard » véritablement extérieur (recommandation du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Le médecin en charge du patient peut choisir un consultant de quelque spécialité que ce soit : ce n'est pas nécessairement un expert de la pathologie, ni un spécialiste de l'éthique.

Qualités recherchées (précisées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins) : connaissance suffisante de l'affection en cause, expérience, capacités professionnelles et humaines.

Il peut être fait appel :

- au médecin traitant ;
- à un médecin de médecine interne ou à tout autre spécialiste ;
- à un médecin des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- à un médecin réanimateur ;
- à un gériatre.

Quel est le rôle du médecin consultant ?

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise que le rôle du médecin consultant est triple :

- Apporter un avis éclairé, fondé sur l'ensemble des informations disponibles concernant le patient.
- Discuter avec le médecin en charge du patient pour l'aider à mener sa réflexion dans l'intérêt du malade.
- Par sa présence auprès du malade, rassurer les proches sur le fait que la décision sera prise de manière raisonnée et raisonnable (impartialité).

Comment est organisée la concertation ?

Il n'y a pas lieu de prendre de position de principe sur la participation ou non du consultant à la réunion de concertation avec l'équipe de soins. Le consultant pourra donc assister, ou non, à sa demande ou celle du médecin ou de l'équipe, à cette réunion.

L'organisation de la réunion de concertation ne se substitue pas aux échanges réguliers entre membres de l'équipe autour du patient, qui doivent être favorisés en toutes circonstances, et notamment préalablement à la réunion de concertation.

Les situations complexes pourront nécessiter de faire appel à une structure d'éthique (conseil d'éthique, espace éthique) ou à un groupe habitué à réfléchir à de telles situations (unité mobile de soins palliatifs).

Quelle traçabilité de la procédure collégiale ?

Le médecin assurant la prise en charge du malade doit obligatoirement tracer la mise en œuvre de la procédure collégiale de manière détaillée dans le dossier du patient.

Doivent être tracées dans le dossier médical : les avis recueillis, la nature et le sens des concertations avec l'équipe de soins, le motif de la décision.

Documents retenus par le groupe pour tracer la procédure :

- Compte-rendu de la réunion de concertation validé par les participants, quelle que soit sa forme.
- Avis écrit du ou des consultant(s).
- Eventuellement, autres avis, par exemple ceux des membres de l'équipe n'ayant pas assisté à la réunion de concertation, ou celui d'un comité d'éthique.
- Décision motivée du médecin assurant la prise en charge du patient.

Ne pas oublier de tracer la recherche et la consultation des souhaits du patient, que ce soit par le biais des directives anticipées, ou des personnes devant être consultées.

S'agissant de la traçabilité dans le dossier de soins :

- Mentionner la tenue de la réunion de concertation et renvoyer vers le dossier médical pour ce qui concerne son compte-rendu.
- Il est important surtout que soit consigné dans le dossier de soins, tout au long de la prise en charge, l'ensemble des éléments qui pourront être utiles dans la concertation.

Il semble important d'informer les proches du caractère collégial de la procédure sur laquelle s'appuie la décision.

(source : Pôle Santé et Sécurité des Soins)

Rappelons textuellement la définition de la procédure collégiale par l'article 37 du Code de déontologie.

« 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 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 de limitation ou d'arrêt de traitement 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. »

« 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 R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »

Evaluation du caractère inutile des gestes diagnostiques et thérapeutiques

Selon l'état clinique du patient, il appartient au médecin de juger de la nécessité d'entreprendre, de poursuivre ou de limiter les explorations ou le traitement. L'appréciation de la pertinence de ses prescriptions relevant de sa seule compétence, il doit en conscience et dans l'intérêt du patient proposer l'attitude la plus adaptée à son état.

La procédure collégiale, décrite plus haut, **ne s'applique pas à la situation d'urgence**. Dans ce cas, le médecin décide selon son appréciation de la situation clinique du patient.

La procédure collégiale

Il s'agit de prendre toutes les garanties pour le patient.

La procédure prévoit la **consultation de l'équipe soignante**. La présence quotidienne auprès des malades dans les services hospitaliers, comme au domicile ou dans les institutions de soins, leurs compétences professionnelles et l'habitude des soins palliatifs donnent aux soignants une connaissance précise du ressenti du patient et de son entourage.

L'avis du **médecin traitant** habituel, qui, le plus souvent, connaît bien tout le contexte familial, est lui aussi très précieux.

Plusieurs étapes successives ont lieu :

Quatre catégories de personnes peuvent demander la procédure collégiale :

- le malade lui-même à travers ses directives anticipées,
- la personne de confiance,
- la famille ou les proches
- et bien sûr le médecin du patient lui-même.

Si le patient (dans ses directives anticipées), la personne de confiance ou la famille demandent la mise en route de la procédure collégiale, celle-ci doit être déclenchée.

La procédure collégiale prévoit de **recueillir l'avis motivé d'au moins un autre médecin** appelé à titre de consultant. En possession de toutes les données concernant la situation du malade, il apporte un avis éclairé et aide, par un échange confraternel, le praticien qui le consulte à mener à terme sa réflexion dans l'intérêt du malade.

Par sa présence auprès du malade, le médecin consultant conforte les proches dans l'assurance, qui leur est due, que la décision sera, en tout état de cause, prise **de manière raisonnée et raisonnable**. En cas d'absence de consensus entre les deux praticiens, l'article 37 prévoit la consultation d'un troisième praticien.

Les noms et qualités des personnes consultées sont mentionnés. Le médecin consultant rédige son avis et le signe.

Ayant respecté la procédure collégiale, **c'est au seul médecin qu'il appartient de prendre la décision** d'arrêt du traitement. Il s'agit d'une décision individuelle qui engage sa responsabilité.

Les étapes de la procédure, les éléments motivant la décision sont consignés dans le dossier médical du patient. Des explications claires et adaptées sont fournies à l'entourage.

Accompagnement du mourant

Même lorsque la décision d'arrêt des soins est prise, la prise en charge médicale ne cesse pas pour autant.

Les **antalgiques** et les **sédatifs** sont prescrits de manière adaptée et proportionnée, pour éviter toute douleur, qui peut survenir même chez un patient comateux (cf. échelles spécifiques de la douleur). Il convient de préserver au mieux sa **dignité** et le **calme** nécessaire à l'accompagnement de la famille. Celle-ci, qui souvent découvre la mort pour la première fois, doit être instruite du processus du mourir afin d'éviter la suspicion que le patient a beaucoup souffert dans ses derniers moments.

Transparence de la démarche

La transparence, tout au long de la procédure, est capitale.

Nul (et surtout pas un proche) ne doit pouvoir croire qu'une telle décision a pu être prise de façon non réfléchie et non discutée.

A **toutes les étapes**, la personne de confiance, la famille, les proches doivent participer aux questions qui se posent et aux démarches entreprises et **comprendre les décisions prises** et de leurs motivations. Ils doivent être consultés et écoutés même si leur demandes ne peuvent pas toujours être satisfaites.

C'est grâce à cette transparence que la procédure collégiale offrira une fin de vie digne au patient et un réconfort aux proches.

(Source : Université de Caen / Prof. J.F. HERON / site : Oncoprof.net)

La procédure collégiale :

Cadre juridique :

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté.

La limitation ou l'arrêt de traitement si elle/il est susceptible de mettre sa vie en danger, ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale. L. 1111-4 CSP

Si elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale. L. 1111-13 CSP

Etapes de la procédure collégiale : R. 4127-37 CSP

Quand le médecin doit-il appliquer la procédure collégiale ?

(Art. L. 1111-4 et L. 1111-13 CSP)

Cette procédure doit être mise en oeuvre, en application du refus d'obstination déraisonnable, dans 2 cas :

1er cas : Prise de décision d'arrêter ou limiter un traitement, ceci étant susceptible de mettre en danger la vie d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté : Ce cas s'applique à des patients inconscients, sans espoir raisonnable de récupération, qui sont maintenus en vie de façon prolongée par des thérapeutiques de substitution d'une ou plusieurs fonctions vitales défaillantes.

2ème cas : Prise de décision d'arrêter ou limiter un traitement inutile, disproportionné, ou prolongeant artificiellement la vie d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et hors d'état d'exprimer sa volonté. Ce cas s'applique à des patients inconscients qui sont en fin de vie, cette phase terminale de la vie pouvant être actuellement considérablement allongée du fait de l'efficacité symptomatique des techniques médicales.

Dans les deux cas, le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté mais, dans le 1er cas, il n'est pas en fin de vie et c'est la décision d'arrêter ou de limiter le traitement qui met sa vie en danger.

Dans les deux cas, la procédure collégiale ne s'applique que lorsqu'un traitement a déjà été mis en oeuvre et qu'il s'agit de l'arrêter ou de le limiter : pas d'obligation de mettre en oeuvre la procédure collégiale pour décider d'entreprendre ou non un traitement, le médecin pouvant cependant y recourir s'il le souhaite.

Quels sont les objectifs de la procédure collégiale ?

Refuser l'obstination déraisonnable dans le seul intérêt du malade.

Préserver le malade de toute décision solitaire et arbitraire.

Protéger le médecin d'une poursuite pénale.

Quelles sont les étapes de mise en oeuvre de la procédure collégiale ?
(Art. R. 4127-37 CSP)

QUI FAIT ?	QUOI ?
Médecin	Recherche des souhaits du patient : consultation des directives anticipées + personne de confiance ou famille ou, à défaut, un des proches
Médecin	Recherche d'un consultant (médecin extérieur au service)
Médecin + équipe de soins	Concertation : réunion en équipe en vue d'une collecte d'informations et d'échanges
Consultant	Avis motivé
Médecin et/ou consultant	Demande éventuelle d'un 2ème avis (à un autre consultant)
Médecin	Décision finale motivée , prise en conscience (liberté au vu des avis et souhaits recueillis, y compris des directives anticipées, mais à justifier)

Le médecin visé ci-dessus est le médecin en charge du patient.

Recommandations :

1 / Le choix du médecin consultant :

La réglementation prévoit que le consultant ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le médecin qui fait appel à lui. Dans son choix, le médecin assurant la prise en charge directe du patient devra en principe, sauf impossibilité, faire appel à un médecin exerçant dans une autre unité, l'objectif étant de privilégier un "regard " véritablement extérieur (recommandation du Conseil national de l'Ordre des médecins).

Le médecin en charge du patient peut choisir un consultant de quelque spécialité que ce soit : ce n'est pas nécessairement un expert de la pathologie, ni un spécialiste de l'éthique.

Qualités recherchées (précisées par le Conseil national de l'Ordre des médecins) : connaissance suffisante de l'affection en cause, expérience, capacités professionnelles et humaines.

Il peut être fait appel :

- au médecin traitant
- à un médecin de médecine interne ou à tout spécialiste.
- à un médecin des équipes mobiles de soins palliatifs.
- à un médecin réanimateur.
- à un gériatre.

2 / Le rôle du médecin consultant :

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins (dans son commentaire du code de déontologie) précise que le rôle du médecin consultant est triple :

- Apporter un avis éclairé, fondé sur l'ensemble des informations disponibles concernant le patient.
- Discuter avec le médecin en charge du patient pour l'aider à mener sa réflexion dans l'intérêt du malade.
- Par sa présence auprès du malade, rassurer les proches sur le fait que la décision sera prise de manière raisonnée et raisonnable (impartialité).

3 / L'organisation de la concertation :

Il n'y a pas lieu de prendre de position de principe sur la participation ou non du consultant à la réunion de concertation avec l'équipe de soins. Le consultant pourra donc, ou non, à sa demande ou celle du médecin ou de l'équipe, assister à cette réunion.

L'organisation de la réunion de concertation ne se substitue pas aux échanges réguliers entre membres de l'équipe autour du patient, qui doivent être favorisés en toutes circonstances, et notamment préalablement à la réunion de concertation.

Les situations complexes pourront nécessiter de faire appel à une structure d'éthique ou à un groupe habitué à réfléchir à de telles situations.

Par exemple :

- conseil d'éthique, espace éthique là où ils ont été créés.
- unité mobile de soins palliatifs.

4 / La traçabilité de la procédure collégiale.

Le médecin assurant la prise en charge du malade doit obligatoirement tracer la mise en oeuvre de la procédure collégiale de manière détaillée dans le dossier du patient.

Doivent être tracés dans le dossier médical : les avis recueillis, la nature et le sens des concertations avec l'équipe de soins, les motifs de la décision.

Documents retenus par le groupe pour tracer la procédure :

- Compte-rendu de la réunion de concertation validé par les participants, quelle que soit sa forme. Remarque : la liste nominative et la signature des participants à la réunion de concertation devront figurer ou être annexées au compte-rendu.
- Avis écrit du ou des consultant(s).
- Eventuellement, autres avis, par exemple ceux des membres de l'équipe n'ayant pas assisté à la réunion de concertation, ou celui d'un comité d'éthique.
- Décision motivée du médecin assurant la prise en charge du patient.

Ne pas oublier de tracer la recherche et la consultation des souhaits du patient, que ce soit par le biais des directives anticipées, ou des personnes devant être consultées.

S'agissant de la traçabilité dans le dossier de soins :

- Mentionner la tenue de la réunion de concertation, et renvoyer vers le dossier médical pour ce qui concerne son compte-rendu.
- Il est important surtout que soit consigné dans le dossier de soins, tout au long de la prise en charge, l'ensemble des éléments qui pourront être utiles dans la concertation.

Il semble important d'informer les proches du caractère collégial.

(Source : Hospices Civils de Lyon – mars 2009)

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est un temps de travail et d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines, au cours de laquelle sont présentés les dossiers des patients. Les professionnels proposent pour chaque patient une stratégie diagnostique et/ou thérapeutique adaptée et basée sur des recommandations validées.

La RCP répond à des critères de qualité :

- **Fonctionnement formalisé** : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossier à présenter, référentiels utilisés.
- **La pluridisciplinarité** : présentation du dossier devant un nombre minimum de 3 médecins de spécialités différentes, adaptées au type de la RCP.
- L'élaboration d'une **proposition de prise en charge répondant à des référentiels de pratique** élaborés par les professionnels à partir de recommandations nationales et internationales.
- **Une proposition de traitement écrite, remise au patient**
- **L'évaluation régulière des RCP** permettant une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients.