HAL
open science

Change in the 37th article of French medical deontological code: Why SRLF's ethical committee fought for an adverb?

Robin Cremer, Dominique Folscheid

To cite this version:

Robin Cremer, Dominique Folscheid. Change in the 37th article of French medical deontological code: Why SRLF's ethical committee fought for an adverb?. Réanimation, 2010, 19, pp.718-722. 10.1016/j.reaurg.2010.10.005 . inserm-01372332

HAL Id: inserm-01372332

https://inserm.hal.science/inserm-01372332v1

Submitted on 27 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Modification de l'article 37 du code de déontologie médicale : pourquoi la commission d'éthique de la SRLF s'est elle battue pour un adverbe ?

Change in the 37th article of French medical deontological code: why SRLF's ethical committee fought for an adverb?

Robin Cremer [1,2], Dominique Folscheid [3]

(1) Réanimation pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CH&U de Lille, 59037 Lille France.

(2) Espace Éthique Hospitalier et Universitaire de Lille, CH&U de Lille, 59037, Lille France.

(3) Institut Hannah Arendt - Espaces Éthiques et Politiques (EA 4118), Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 5 boulevard Descartes, Champs-sur-Marne, 77454 Marne-la-Vallée Cedex 2, France.

Mots-clé : Limitation et arrêt des traitements, éthique, sédation, déontologie

Key-words: Withholding treatments, withdrawing treatments, ethics, sedative treatment, deontology

Correspondance : Docteur Robin Cremer,

Réanimation pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CH&U de Lille, 59037 Lille France.

Courriel : robin.cremer@chru-lille.fr

Tél. 0033 (0)3 20 44 59 82,

Télécopie 0033 (0)3 20 44 47 19

Résumé

Parmi les conclusions de la commission d'évaluation de la loi de mars 2005 sur le droit des malades en fin de vie figurait la proposition de modifier l'article 37 du code de déontologie médicale dans le but de promouvoir la prescription d'une sédation-analgésie en période terminale après une décision de limitation ou d'arrêt des traitements. Bien qu'étant tout à fait favorable à la promotion de la sédation-analgésie en période terminale, la commission d'éthique de la SRLF a collaboré avec la Société d'Accompagnement et de soins Palliatifs pour modifier la première formulation proposée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'objet de ce texte est d'expliciter les raisons qui ont conduit la commission à user de son influence dans ce sens.

Abstract

Recently, a French parliament's committee, which was in charge of the evaluation of the law about patients' rights at end of life, proposed that medical deontological code should be modified in order to promote terminal sedation. Even though she supported this idea, SRLF's ethical committee collaborated with French Society of Palliative Care in order to modify the text that was proposed by the French medical association. The aim of this text is to explain the reason of this intervention.

La publication de la loi de mars 2005 sur le droits des malades en fin de vie [1] et de ses décrets d'application [2, 3] a donné un cadre légal aux recommandations de bonnes pratiques dont disposaient déjà les médecins réanimateurs français depuis 2002 [4, 5], mais elle n'a pas éteint le débat social sur le sujet. En effet, la médiatisation des conditions dramatiques de la mort d'Hervé Pierra en 2006, six jours après l'arrêt de son alimentation entérale [6, 7] et le refus de la demande de suicide assisté de Chantal Sebire en 2008 par le tribunal de grande instance de Dijon [8] ont relancé le débat sur le droit à l'euthanasie et le suicide assisté. C'est pourquoi une mission parlementaire d'évaluation de la loi de mars 2005 a été constituée sous la présidence du rapporteur de la loi, le député Jean Léonetti. Après avoir auditionné cinquante sept personnes (médecins, spécialistes des sciences humaines, juristes, responsables d'associations, parents et proches de malades, etc.) la mission a rendu son rapport au premier ministre le 2 décembre 2008 [9]. Ce rapport excluait une nouvelle modification de la loi et appelait à une meilleure information des professionnels et du public quant à son contenu. Il faisait également des propositions pour améliorer la prise en charge de la fin de vie en France, parmi lesquelles la création d'un observatoire des pratiques médicales de la fin de vie, la création d'un médecin référent en soins palliatifs dans chaque département, et la création d'un congé rémunéré pour les personnes désirant accompagner un proche en fin de vie à son domicile. Enfin, il proposait une modification de l'article 37 du code de déontologie médicale dans le but de promouvoir la prescription d'une sédation-analgésie en période terminale après une décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) [9].

Pour répondre à cette demande, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a proposé en février 2009, une modification de l'article 37 du code de déontologie médicale qui a transitoirement été mise en ligne sur le site internet du CNOM et qui a été annoncée dans la presse nationale [10] (tableau). Le troisième alinéa de cette version était libellé de la façon suivante : *« Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5, […] et lorsque la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, le médecin a recours aux traitements antalgiques et sédatifs permettant d'assurer la dignité de la fin de vie du patient. Il veille également à ce que l'entourage du patient reçoive un soutien approprié. ».* Bien qu'étant tout à fait favorable à la promotion de la sédation-analgésie en période terminale, la commission d'éthique de la SRLF a collaboré avec la Société d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), qui était en train de rédiger des recommandations pour la sédation en période terminale [11], pour intervenir auprès du CNOM afin que cette formulation soit modifiée (tableau). L'objet de ce texte est d'expliciter les raisons qui ont conduit la commission à user de son influence dans ce sens.

S'il avait été gardé en l'état, ce texte aurait, pour la première fois, introduit une obligation de prescription dans le code de déontologie médicale, ce qui posait trois questions : (1) la question de la pertinence pratique de cette injonction particulière, (2) la question de la liberté du prescripteur et de sa responsabilité, et (3) la question plus générale des rapports entre le droit, la déontologie et l'éthique dans l'exercice de la médecine.

Pertinence pratique de l'impératif proposé

A la lumière des conclusions de la mission d'évaluation de la loi de mars 2005, il apparaît évident que l'objectif de la modification de l'article 37 du code de déontologie médicale était d'éviter que des patients se voient refuser la prescription d'une sédation-analgésie en période terminale au motif qu'il n'était pas possible d'avoir la preuve rationnelle de l'existence d'une souffrance. Il s'agissait donc de rassurer explicitement les praticiens qui pourraient avoir des réticences à prescrire *a priori* une analgésie-sédation pour un patient en coma profond, chez qui une décision de LAT serait mise en application avec la conviction raisonnable de son décès prochain. Exprimé en termes plus politiques, il s'agissait d'éviter la réédition d'un cas comparable à celui d'Hervé Pierra, un jeune homme en état végétatif chronique, dont le décès survenu six jours après l'interruption de la nutrition entérale avait été précédé d'un état de mal convulsif qui n'avait pas été traité [7]. Il n'est pas question de contester ici qu'une sédation-analgésie administrée a priori puisse être fondée, chez un patient en fin de vie, possiblement douloureux, dont le projet de soins s'est exclusivement orienté vers le confort. En fin de vie, chez un patient comateux, cette prescription peut s'assimiler à un « pari sur le confort » du même ordre que le « pari sur la vie » qui est fait dans toutes les situations de réanimation quand on n'a pas encore réuni les éléments pronostiques permettant de juger de la pertinence des traitements. C'est particulièrement vrai en réanimation quand les patients bénéficient d'une sédation continue préalablement instaurée lors de la phase initiale du traitement. Chez ces patients, supprimer cette sédation au moment de laisser la mort survenir pourrait apparaître comme une pantomime exclusivement destinée à soulager le médecin.

En revanche, l'inscription de la sédation-analgésie *a priori* en tant qu'impératif dans le code de déontologie médicale posait la question de la pertinence pratique de son universalisation à toutes les LAT chez tous les patients en coma profond.

Telle qu'elle était formulée, la proposition initiale ne tenait pas compte des différentes formes possibles des décisions de LAT lesquelles peuvent être : une décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque, une décision de ne pas augmenter les traitements, ou une décision d'arrêter les traitements [4, 5, 12]. Si le décès est dans la très grande majorité des cas raisonnablement prévisible après un arrêt des traitements de suppléance en réanimation, le décès est loin d'être systématique dans les autres formes de LAT. En effet, il a été montré que plus de 20% des patients sortaient vivants de réanimation après une décision de LAT, en particulier si la décision prise consistait à ne plus réanimer en cas d'arrêt cardiaque [4, 13, 14]. Il y avait dans la version initiale une assimilation entre LAT et arrêt des traitements de suppléance qui rendait le texte imprécis et on aurait pu y opposer de nombreuses exceptions pour lesquelles une sédation-analgésie systématique n'aurait pas été défendable.

Le deuxième défaut pratique de la formulation proposée était la confusion du temps de la décision et de celui de la mise en œuvre. En réanimation, même si les recommandations des sociétés savantes séparent le temps de la décision de LAT de celui du choix de sa mise en œuvre [5, 12], les études de pratique ont montré que les processus étaient relativement courts et qu'il ne s'écoulait que rarement plus de quelques jours entre la décision de LAT, sa mise en œuvre, et le décès du patient

(ou son transfert dans un autre service) [13, 14, 15]. En revanche, la loi relative aux droits des malades en fin de vie [1] et la modification de l'article 37 du code de déontologie médicale s'appliquent par définition à toutes les disciplines et donc à des situations cliniques pour lesquelles la temporalité peut être très différente de celle de la réanimation. Là aussi, de nombreuses exceptions à l'impératif de sédation-analgésie systématique auraient du être envisagées. Aurait-il été justifié d'imposer la sédation-analgésie systématique pour des malades profondément encéphalopathes, au motif qu'une décision de ne pas tenter de réanimation en cas d'arrêt cardiaque, aurait été prise, sans qu'il y ait eu pour autant de modification d'un état clinique considéré jusque là comme acceptable ? On voit bien, à partir de cet exemple, qu'une obligation de sédation-analgésie aurait pu avoir l'effet pervers de retarder les décisions de LAT aux situations de toute extrémité, alors que l'anticipation est la condition de tout projet de soins raisonnable.

Liberté de prescription et responsabilité

La liberté de prescription figure explicitement dans l'article 8 du code de déontologie médicale sous la forme suivante : *« Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre des ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».* Parce qu'elle est fondatrice de la responsabilité du médecin, la liberté de prescription doit être comprise comme un principe protecteur pour le patient et non comme avantage accordé au médecin. Ainsi, même dans le cas où l'état de l'art médical issu de l'analyse statistique de cohortes d'individus sélectionnés pour leur homogénéité étaye rationnellement une prescription, son application à une personne particulière demeure de la responsabilité exclusive du prescripteur puisqu'il est libre de juger qu'elle pourrait ne pas être appropriée en la circonstance. Il en résulte que toute remise en cause de cette liberté comporte un risque intrinsèque de déresponsabilisation du médecin. Si on admet que l'objet de la médecine est l'homme et non sa seule santé, il en résulte que la relation du médecin à son patient est, indissociablement, relation d'une personne singulière à une autre personne singulière [16]. Instituer ou arrêter un traitement, c'est agir non seulement sur une maladie ou un symptôme, mais aussi sur la destinée d'une personne, sur celle de ses parents et de sa famille. Aucun système normatif, qu'il soit législatif ou déontologique ne peut annuler la responsabilité qui découle de sa liberté de prescripteur. La formulation initiale du texte du nouvel article 37 créait, de fait, une exception au champ d'application de l'article 8 ; une situation dans laquelle le médecin n'aurait pas été libre de ses prescriptions et aurait eu l'obligation déontologique de prescrire deux classes de médicaments ; les antalgiques et les sédatifs. Le caractère obligatoire et mécanique de cette prescription telle qu'elle figurait dans la formulation originelle du nouvel article 37 du code de déontologie médicale était donc incompatible avec l'article 8 du même code. Si cette formulation avait été maintenue, il en aurait résulté une impossibilité de répondre formellement à la question « Qui sédate ? ». Était-ce le CNOM qui avait rédigé l'article 37, le gouvernement à l'origine du décret ? Fallait-il qu'un médecin agisse ou un directeur d'hôpital pouvait-il le faire ? L'introduction de l'adverbe « notamment » dans le texte finalement adopté est donc bienvenue parce qu'elle est de nature à rendre sa liberté au prescripteur et donc à lui réimposer la responsabilité de la prescription. En cela, elle est protectrice du patient.

Éthique, déontologie et législation

Parmi les systèmes normatifs, le droit se situe dans la généralité, la déontologie dans la particularité d'une profession, et l'éthique dans la singularité d'une situation. Il y a déjà de l'éthique dans le législatif qui a pour objet d'organiser une société d'humains et non de barbares. Il y a aussi de l'éthique dans le code de déontologie médicale qui a pour objet d'organiser la profession médicale et de l'instituer au sein de la société (le privilège de pouvoir définir leurs propres normes étant confié aux médecins par la société en échange d'une obligation absolue de s'y conformer sous peine de ne plus être reconnus en tant que tels [17, 18]). La sédation en période terminale, qui a fait l'objet d'un consensus formalisé d'experts organisé par la SFAP en 2009 [11], fait actuellement partie de l'état de l'art en ce qui concerne la prise en charge des mourants. Elle a d'ailleurs été intégrée dans la version actualisée des recommandations de la SRLF au sujet des LAT qui ont été mises en ligne en janvier 2010 sur le site de la société [12] et qui figurent in extenso dans ce numéro de la revue. Comme tous les autres éléments qui constituent l'état de l'art médical, ses modalités d'administration, ses indications et sa composition sont susceptibles de discussions et de modifications au gré de l'évolution des connaissances scientifiques. Contrairement à l'impératif de soulagement et d'accompagnement des mourants et à l'interdit de l'obstination déraisonnable qui sont tout deux des obligations déontologiques appelées à demeurer pérennes, l'emploi d'analgésiques et de sédatifs n'est en aucune manière une fin en soi, mais un moyen. Là aussi, c'est l'introduction de l'adverbe « notamment » qui équilibre le texte finalement adopté en mettant en valeur l'objectif d'accompagnement des mourants qui appartient au champ de la déontologie et en replaçant la sédation et l'analgésie dans le champ des moyens mis à dispositions par l'état de l'art, dont l'emploi est autorisé par la déontologie. Le fait que la sédation et l'analgésie soient explicitement citées suffit en lui-même à lever le doute qui pouvait persister chez certains quant à la légalité de leur emploi et répond à la demande de promotion de la sédation en période terminale formulée par la mission d'évaluation de la loi de mars 2005.

On peut également se réjouir de la disparition de la notion de dignité dans cet article 37 consacré spécifiquement aux LAT et du renvoi à l'article 38 consacré aux soins aux mourants en général. En effet, une lecture isolée de cet article, indépendamment de l'article 38, aurait pu conduire à conclure à tort qu'il n'était d'autre mode de décès respectable qu'un décès après une décision de LAT. On peut comprendre qu'on cherche à opposer une mort « dans la dignité » à ce qui peut apparaître comme une mort menacée d'aliénation par l'obstination déraisonnable du médecin. Mais on se doit de souligner l'ambigüité de cette expression qui assimile la dignité à un réceptacle « dans » lequel on doit mourir, certain pouvant y avoir accès et d'autres s'en trouvant exclus, du fait des médecins. Cette idée de la dignité est contradictoire avec la « valeur dignité », intrinsèque à la personne humaine en tant que telle, quelle que soit la manière dont elle vit ou meurt. Cette dignité inhérente est un attribut essentiel et non accidentel de la personne, comme Kant l'a établi en opposant les choses qui ont un prix, et les personnes qui ont une dignité parce qu'on ne peut les échanger contre rien d'autre [19]. C'est donc leur singularité et leur unicité qui fait leur dignité. Parler de dignité accidentelle ou

occasionnelle nous fait régresser à l'Antiquité, où la dignité désignait un attribut que le pouvoir accordait ou pas à quelqu'un, dès lors appelé « dignitaire » et qui pouvait être retiré. Cette conception de la dignité serait, de surcroît, gravement insultante pour les malades qui meurent tous les jours en cours de traitement, dans des conditions où les médecins n'ont pas cru bon de se limiter parce que le pari sur la vie leur paraissait encore jouable et que la médecine n'est pas une science exacte. En effet, le jugement concernant l'obstination déraisonnable, présenté comme actuel et même intemporel, est en réalité, au minimum, légèrement rétrospectif et relève par certains aspects d'un droit au remord. Il nous paraît objectif car il juge de la décision en fonction de ses conséquences advenues, mais son authenticité est corrodée de l'intérieur par la temporalité. Il permet de remonter mentalement le cours du temps mais il exclut de le faire physiquement. Il n'en résulte pas qu'on doive renoncer à se préoccuper des conséquences de ses actes ; il en résulte une multitude de situations extrêmes et singulières, inaccessibles aux modélisations du législatif et du déontologique, dans lesquelles il n'y a plus que de l'éthique et la responsabilité du prescripteur.

Conclusion

La formulation du nouvel article 37 du code de déontologie médicale [20] répond à la demande de promotion de la sédation en période terminale qui figure dans les conclusions du rapport de la mission d'évaluation de la loi sur les droits de malades en fin de vie [9]. Même si elle est moins impérative que d'aucun le souhaitait, elle présente l'avantage de préserver la liberté de prescription qui est fondatrice de la responsabilité médicale et qui, en cela, protège le patient.

Références

1. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie. *Journal Officiel de la République Française du 23 avril* 2005**:**7089.
2. Décret n° 2006-120 du 6 février relatif à la procédure collégiale prévue par la loi N° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République Française* N° 32; 2006;1974.
3. Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) *Journal Officiel de la République Française N° 32;* 2006**:**1973.
4. Commission d'éthique de la SRLF. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réan Urg* 2002;11**:**442-449 (disponibles en ligne sur http://www.srlf.org/download/recom.LATA.pdf).
5. Hubert P, Canoui P, Cremer R, Leclerc F. Limitations et arrêts des traitements actifs en réanimation pédiatrique : recommandations du GFRUP. *Arch Pediatr* 2005;12**:**1501-8.
6. Blanchard S. Hervé Pierra, six jours pour mourir. Le Monde du 18 mars 2008.
7. Antonowicz G. Moi, Hervé Pierra ayant mis six jours à mourir. Editions de Noyelles, 2008.

8. Prieur C. La demande d'une aide active à mourir de Mme Sébire rejetée. Le Monde du 19 mars 2008.
9. Léonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi N° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Disponible en ligne sur http://www.assembleenationale.fr/13/pdf/rap-info/i1287-t1.pdf* 2008.
10. La sédation entre dans le code de déontologie médicale. Le Monde du 14 mars 2009.
11. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. La sédation pour détresse en phase terminale et dans les situations spécifiques complexes. 2009**:** disponible en ligne sur http://www.sfap.org/content/guides-recommandations
12. Commission d'éthique de la SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte ; actualisation des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. *Réanimation* 2010**:** disponible en ligne sur http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/816.pdf
13. Cremer R, Binoche A, Noizet O, et al. Are the GFRUP's recommendations for withholding or withdrawing treatments in critically ill children applicable? Results of a two-year survey. *J Med Ethics* 2007;33**:**128-133.
14. Cremer R, Hubert P, Dauger S, et al. Limitations et arrêt des traitements en réanimation pédiatrique : résultats d'une étude multicentrique de 18 mois (Résumé). *Réanimation* 2009;18S**:**S115-S116.
15. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001;357**:**9-14.
16. Folscheid D, Wunenburger JJ. La dimension éthique de la médecine. In: Folscheid D, Feuillet-Le Mintier B, Mattéi J, eds. Philosophie, éthique et droit de la médecine. Paris: PUF, 1997: 147-155.
17. Jaunait A. Ethique, morale et déontologie. In: Hirsh E, ed. Ethique, médecine et société. Paris: Vuibert, 2007: 66-74.
18. Folscheid D. Le complexe déontologique : de l'éthique à la déontologie et retour. La déontologie médicale. Aix: Presses Universitaires d'Aix Marseille, 2007: 71-91.
19. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs, trad. V. Delbos. Delagrave, Paris, 1907.
20. Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement *Journal Officiel de la République Française N° 25;* 2010**:**1869.

Conflits d'intérêt : aucun

Tableau : comparaison entre la version de l'article 37 du code de déontologie médicale proposée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins lors de sa session du 6 février 2009 et la version définitive.

Version proposée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins lors de sa session du 6 février 2009	**Version parue au Journal Officiel de la République Française le 30 janvier 2010 [20]**
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.	**I.** Inchangé
II Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes. ***Cette procédure peut également être initiée dans le respect des directives anticipées du patient ou à la demande de la personne de confiance.***	**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 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 prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigées, 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.	Inchangé
Lorsque la décision 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 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 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.**
III Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5, dans les conditions prévues au I et au II du présent article, et lorsque la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, **le médecin a recours aux traitements antalgiques et sédatifs permettant d'assurer la dignité de la fin de vie du patient.** Il veille également à ce que l'entourage du patient reçoive un soutien approprié.	**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 R. 4127-38.** Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.