

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16 RUE BONAPARTE – 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 – FAX : 01 40 46 87 55

Réponse à la saisine du Conseil d'Etat

Par sa décision du 14 février 2014 relative à la situation de Monsieur Vincent Lambert, le Conseil d'État a invité l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'ordre des médecins ainsi que M. Jean Leonetti à lui présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du Code de la Santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont, comme M. Lambert, dans un état pauci relationnel.

Cette demande a été notifiée par lettre de M. le Vice-Président du Conseil d'État à M. le Président de l'Académie nationale de médecine, en date du 18 février 2014.

L'ANM tient à préciser que dans les observations ci-dessous formulées, en réponse à la saisine du Conseil d'État, en l'absence de toute connaissance du dossier médical du patient et de toute responsabilité de soins à son égard, elle s'abstient formellement de formuler quelque avis que ce soit sur le cas précis de M. Vincent Lambert.

Avant de formuler la réponse à la question qui lui est posée, l'ANM expose ici les observations et arguments sur lesquels elle est fondée.

1- La nécessaire distinction entre « Fin de Vie » et Arrêt de vie »

Dans sa déclaration du 14 février, M. le Vice-Président du Conseil d'État précise que « *le Conseil d'État se prononce (aussi) pour la première fois sur d'importantes questions de droit. Il juge que la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti, s'applique à des patients qui - comme M. Lambert - ne sont pas en fin de vie* ».

L'ANM se trouve, ici, confortée dans l'analyse qu'elle fait de longue date du champ d'application de la loi du 22 avril 2005, qui concerne à la fois les diverses situations de « **Fin de vie** » mais également les situations, heureusement peu fréquentes mais qui posent le très difficile questionnement éthique « **d'arrêt de vie** » d'un patient en « survie ». Cette distinction figurait déjà dans l'Avis n° 63 du Comité Consultatif National d'Éthique du 27 janvier 2000, intitulé « **Fin de vie, Arrêt de vie, Euthanasie** ».

Elle fait observer que le terme « *Fin de vie* », dans le libellé de la loi elle-même (« *Loi relative aux droits des malades et la fin de vie* »), mais aussi dans la saisine de la Commission Sicard (« *Réflexion publique des citoyens sur l'accompagnement des personnes en fin de vie* »), lui apparaît bien restrictif par rapport à la diversité des situations vécues auxquelles les médecins sont confrontés.

Le terme « fin de vie » recouvre des situations humaines distinctes qui n'autorisent aucun amalgame. Chaque situation est singulière, unique, comme l'est chaque personne humaine.

Pour autant l'ANM estime que la Loi Leonetti, et les textes réglementaires qui l'accompagnent permettent aujourd'hui aux médecins de répondre aux situations difficiles de fin de vie, en dépit de leur complexité.

La distinction entre « *Fin de vie* » et « *Arrêt de vie* » a été clairement explicitée par l'ANM dans le document « *Contribution à la réflexion publique des citoyens ...Mission Sicard* », remis au Pr Sicard en séance le 11 décembre 2012 (1).

La position de l'ANM, maintes fois réitérée, est très précise :

L'arrêt de vie, en réponse à une demande volontaire à mourir alors que la vie en elle-même n'est ni irrémédiablement parvenue à son terme ni immédiatement menacée ne peut être assimilée à un acte médical.

Sans équivoque, quand bien même il s'agirait « seulement » d'une aide au suicide, il n'est pas dans la mission du médecin de provoquer délibérément la mort.

2- Des interrogations nouvelles surgissent du fait des conséquences de certains échecs inévitables des techniques rendues possibles par les progrès de la médecine.

L'ANM ne peut demeurer indifférente aux interrogations nouvelles qui surgissent de plus en plus souvent du fait des conséquences de certains échecs inévitables des techniques de plus en plus audacieuses rendues possibles par les progrès scientifiques et techniques de la médecine moderne¹.

- Echec d'un traitement délibérément entrepris chez une personne souvent jeune dans l'espoir de la faire bénéficier des progrès scientifiques et techniques, le patient demeuré **physiquement totalement dépendant mais conscient**, en totale possession de ses capacités relationnelles, juridiquement « capable »².
- Echec d'un traitement délibérément entrepris chez une personne souvent jeune dans l'espoir de la faire bénéficier des progrès scientifiques et techniques, le patient demeure **totalement dépendant, sans conscience, juridiquement « incapable »**. Cette situation est aujourd'hui désignée par le terme ***état végétatif chronique (E.V.C.)***.
- Les questionnements les plus délicats surgissent des situations intermédiaires de **dépendance physique totale**, mais sur lesquelles il demeure une incertitude sur la persistance possible d'un certain niveau de conscience. Le patient, juridiquement « incapable », est dans un ***état*** dit communément ***pauci relationnel***. En fait, en l'absence de toute donnée objective sur la réalité de sa capacité à communiquer, il est aujourd'hui communément admis de désigner cette situation sous le vocable ***état de conscience minimal (E.C.M.)***.

L'ANM estime que pour l'une et l'autre de ces situations *la loi Leonetti de 2005, en l'état*, définit clairement dans l'article L.1110-5 du Code de la Santé publique le cadre de la réflexion approfondie dont découlera la réponse :

¹ Les interrogations éthiques en néonatalogie sont exactement du même ordre quand il faut se résoudre à reconnaître l'échec d'une réanimation délibérément entreprise chez un nouveau-né dans l'espoir de le faire bénéficier des progrès scientifiques et techniques Il survit grâce à des *soins* constants et souvent très lourds .N'est-ce pas là pas « obstination de soins » ?

² Une situation très particulière est représentée par le « Locked-in Syndrom » ou « syndrome d'enfermement », très rare, notamment après traumatisme crânien. Il comporte une paralysie des quatre membres et des dernières paires crâniennes avec conservation partielle ou totale de la conscience. L'expression des capacités relationnelles est susceptible d'être facilitée par des moyens appropriés.

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés ... Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10 ».

3- L'incertitude du pronostic - L'incertain lointain. La transparence dans l'information s'impose tout au long de l'évolution.

Il convient de rappeler que très en amont du diagnostic de cet état chronique ces patients ont été l'objet d'une longue période initiale de soins intensifs dispensés dans les unités de réanimation des services spécialisés de traumatologie ou de neurochirurgie où les blessés sont admis ou rapidement transférés après le grave accident dont il viennent d'être victime.

L'ANM tient à souligner que, dans cette situation initiale d'urgence, dès lors que le patient est souvent trop touché pour être en mesure de répondre à quelque interrogation que ce soit, s'impose, à l'égard de son entourage, **la sincérité et la transparence des informations données d'emblée sur les traitements qui ont été ou vont être entrepris, leurs succès escomptés, bien sûr, mais aussi les échecs toujours possibles, et leurs conséquences probables.**

Dès cet instant, l'incertitude du pronostic doit conduire à faire admettre l'incertain lointain. Cette transparence dans l'information s'impose tout au long de l'évolution.

C'est en faveur de ces personnes en état végétatif chronique (E.V.C.) et en état de conscience minimal (E.C.M.) que la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (D.H.O.S)³ a confié « à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation la mission de la mise en oeuvre et diffusion d'« Unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel ».

Les termes de la circulaire rapportent avec précision l'évolution du coma initial et ses incertitudes. L'ANM les approuve sans réserve, et les rappelle ici :

« L'évolution de ce coma est variable. La fin de la période de coma est définie par l'ouverture des yeux. Toutes les personnes passent alors par une phase végétative. Cet état végétatif est caractérisé par des cycles veille-sommeil avec ouverture des yeux, ventilation spontanée et absence de vie relationnelle. Il n'y a pas de réponse motrice précisément orientée, aucun ordre simple n'est exécuté et aucune parole compréhensible n'est émise. L'évolution éventuelle de cette phase végétative vers un éveil stable et une vie relationnelle est incertaine. Il semble que cette progression puisse s'interrompre à n'importe quel stade. Ainsi, certains patients restent en état végétatif ou quasiment arelationnel au terme de plusieurs mois d'évolution, sans modification notable de leur état clinique.

On parle d' « état végétatif chronique » (E.V.C.) lorsque cette situation perdure au-delà d'un délai variable selon la pathologie causale (3 à 6 mois pour les états végétatifs d'origine médicale, 12 à 18 mois pour les états végétatifs d'origine traumatique) avec un espoir devenu minime d'une évolution vers un retour à la conscience. Ces délais sont indicatifs et n'ont pas de valeur absolue. Il existe dans la littérature quelques observations d'éveil chez une personne qui était encore en état végétatif au-delà de ces délais, mais ce sont des cas exceptionnels ».

³ Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002.

Ces personnes, jeunes pour la majorité d'entre elles, désormais en état végétatif chronique (E.V.C.) ou état de conscience minimal (E.C.M.) n'ont pas - a priori- vocation à se voir privées de soins.

4- De rares conflits, toujours douloureux, qui ont pu survenir, sont le fait de situations individuelles.

L'ANM observe, qu'à sa connaissance, les rares **conflits, toujours douloureux, qui ont pu survenir, ont été le fait de situations individuelles, lorsque l'entourage du patient s'interroge sur son degré de conscience, et sur la justification de la poursuite des soins.**

Tel était le cas dans l'affaire Vincent Humbert, à Berck Plage en 2003, suite à une initiative familiale, en désaccord avec l'ensemble de l'équipe soignante, qui a donné lieu à une médiatisation regrettable.

Par ailleurs, on peut comprendre que des interrogations sur le bien fondé de la poursuite des soins dispensés à des personnes en E.V.C. ou en E.C.M. ont plus de risque de surgir dans certaines situations particulières lorsque ces personnes demeurent dans des structures inadaptées à l'intensité des soins qu'ils requièrent, voire sont revenues en milieu familial.

Une évaluation précise des services d'accueil des personnes cérébro-lésées, désormais identifiés au sein des statistiques annuelles des établissements de santé devrait permettre de répondre à la question : y a-t-il encore des personnes en E.V.C. ou E.C.M. dans des structures inadaptées, telles que les indiquait la circulaire de 2002 ? :

« A défaut, certaines de ces personnes demeurent dans un service hospitalier de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le lit ne peut plus être utilisé pour sa fonction première de soins aigus ou de recherche de réautonomie et d'aide à la réinsertion, et surtout la personne n'y bénéficie pas d'un projet médical conçu autour de la spécificité de sa situation clinique puisque celui du service relève d'une autre vocation ». En outre, s'agissant là de possibilités locales ponctuelles et non institutionnalisées, il y a une inégalité des chances par rapport à ces situations de besoins.

D'autres sont parfois admises à titre exceptionnel dans un service de soins de longue durée. La charge en soins spécialisés est cependant, en règle générale, trop lourde pour les moyens dont dispose un tel service. En outre, l'hébergement dans ces services est à la charge financière des familles.

D'autres personnes sont amenées à sortir de l'hôpital, soit par choix de la famille, soit par pression de l'organisation hospitalière ou des systèmes de prise en charge. Les familles se trouvent alors dans l'obligation de mettre en place, avec les acteurs libéraux, une organisation de soins à domicile très lourde, 24 heures sur 24, dans laquelle le plus souvent le conjoint ou le parent doit assumer un rôle d'intervenant de tous les instants.

Certaines sont accueillies dans ces structures médico-sociales de type maison d'accueil spécialisé (MAS), mais les demandes d'admission de ces patients dans ces structures ne peuvent, la plupart du temps, recevoir une suite favorable du fait de la lourdeur de soins spécifiques ».

Dans l'attente des résultats de cette nécessaire évaluation⁴, l'ANM formule le souhait que soit effectivement achevé, sans retard, un authentique maillage du territoire en E.S.P. (Établissement de soins prolongés), en structures de proximité réellement adaptées à l'accueil des nombreuses personnes cérébro-lésées, victimes de la vie moderne.

⁴ Statistiques annuelles des établissements de santé, attendue des A.R.S. le 3 avril 2014 (DRESS/BES n° 2013-407 du 16 déc. 2013)

Elle confirme et fait sienne la réflexion d'E. Hirsch (2) :

« *L'approche des modalités d'accueil et de suivi des personnes cérébro-lésées n'y est à aucun moment conditionnée par une réflexion portant sur la fin de leur vie, même s'il convient d'anticiper de manière concertée les phases d'évolution. Des professionnels compétents ont su développer une expertise indispensable dans un contexte douloureux, complexe et incertain qui sollicite une qualité d'attention et de retenue tant à l'égard de la personne en état de conscience minimal que de ses proches. L'existence de ces personnes se poursuit sans le recours aux moyens qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » que réprovoque la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ».*

5- Le droit de la personne à l'alimentation, et aux mesures appropriées à la qualité de vie, peut-il être subordonné à sa capacité relationnelle ?

L'ANM se doit de faire observer que, lorsqu'elle concerne une personne en état végétatif chronique ou en état de conscience minimal, l'interrogation sur le bien fondé de la poursuite de ces « moyens » évoqués dans la loi du 22 avril 2005, et précisés dans l'Article L1110-5, si légitime soit elle, n'est pas une interrogation sur les modalités éventuelles d'une *fin de vie* mais véritablement une demande d'*arrêt de vie*.

Si dans la situation d'une **personne qui serait indiscutablement arrivée au terme imminent de la fin de sa vie**, « *les moyens mis en œuvre qui n'auraient d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, peuvent apparaître inutiles, disproportionnés* »⁵.

dans la situation toute différente d'une personne souvent jeune, **en état végétatif chronique ou en état de conscience minimal**⁶ quand bien même on retiendrait le terme de *survie*, peut-on dire qu'elle soit le fait d'un *maintien artificiel de la vie* ?

L'attention juridique et médiatique apportée aujourd'hui aux personnes en état de conscience minimal conduisant à une capacité relationnelle réduite, ne risque-t-elle pas de conduire à reconnaître, de facto, que les personnes en état végétatif permanent, privées de toute capacité relationnelle, ne sont pas en vie ni même en survie mais bien maintenues artificiellement en vie par des moyens qui peuvent apparaître disproportionnés auxquels il convient de mettre un terme.

Un médecin peut-il accepter que le droit de la personne (qu'il a mission de soigner) à l'alimentation, aux autres soins (kinésithérapie, prévention des escarres, hygiène) et mesures appropriées à la qualité de vie, soient subordonnés à sa capacité relationnelle ?

6- Peut-on évaluer la capacité relationnelle d'un patient « classés » pauci relationnel ou E.C.M. ?

Comme le soulignent C. Lutte et S. Laureys (3) « *L'amélioration des performances*

⁵ Selon les termes de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui les réprovoque très justement.

⁶ En dehors de toute complication ou pathologie surajoutée qui peut effectivement survenir un jour et mettre en jeu le pronostic vital, Alors seulement pourrait se poser la question d'un acharnement thérapeutique déraisonnable

diagnostiques et thérapeutiques liées aux progrès scientifiques a incontestablement augmenté la complexité du débat éthique et légal relatif à la prise en charge des patients souffrant d'une lésion cérébrale. L'évaluation de la conscience chez un patient qui ne communique pas est particulièrement difficile. Ainsi, 30 à 40 % des patients souffrants d'un état de conscience minimal (E.C.M.) sont diagnostiqués en état végétatif ».

Certes, les techniques de neuro-imagerie permettent de mettre en évidence de comportements élaborés mais, comme le souligne L. Naccache (4) ils ne sont pas des reflets univoques et indiscutables d'une prise de conscience subjective. Ceci explique l'hétérogénéité des patients classés en E.C.M. et la difficulté en l'état actuel des neurosciences de procéder à des sous classifications à visée pronostique (5).

Il apparaît ainsi dans l'état des connaissances actuelles, difficile de porter chez ce type de patient un diagnostic de « maintien artificiel de la vie » fondé sur une évaluation aléatoire de la conscience subjective (6).

L'ANM ne pourrait souscrire à une distinction entre état végétatif chronique et état de conscience minimal. Cette interprétation globale conduirait à l'obligation pour les médecins de transgresser l'interdit fondamental de donner délibérément la mort à autrui, qui est à la base de la relation de confiance entre la personne malade et le médecin.

7- La loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti, s'applique à ces patients qui ne sont pas en fin de vie.

Pour autant l'ANM admet que la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti, s'applique à ces patients qui ne sont pas en fin de vie » (Avis du Conseil d'État du 14 février 2014).

Si la situation d'une personne jeune en E.C.M. « hors d'état d'exprimer sa volonté » ne saurait « conduire le médecin à décider d'arrêter tout traitement (art. L.1111-10 CSP), le médecin est tenu de prendre en compte les « 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 ».

Ces mêmes modalités sont expressément mentionnées dans l'article R4127-37 (modifié par Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 - art. 1 et 2) :

*« 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 ».*

- **En l'absence quasi constante de toute directive anticipée** de ces personnes frappées de plein fouet à un âge où l'on pense à la vie mais pas à la mort, en l'absence quasi constante de la désignation d'une personne de confiance, le médecin, conformément à la loi est tenu de consulter la famille et les proches du patient. Il peut arriver que la connaissance de la volonté réelle de la personne se trouve rendue difficile du fait de la **multiplicité des intervenants éventuels**. Dans une situation qui génère des réactions très émotionnelles, un consensus peut être difficilement obtenu et clairement délivré.

Il appartient en définitive au seul médecin après avoir procédé à une consultation collégiale de décider s'il y a lieu de conclure si il y a bien une obstination déraisonnable à poursuivre un traitement visant au maintien (artificiel) de la vie de la personne concernée (selon les termes du Conseil d'Etat, 14 février 2014).

Conformément à la Loi, 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 doivent être 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 doivent être informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt des traitements.

L'ANM souhaite insister sur l'exigence **d'une concertation vraiment collégiale** :

L'ensemble de l'équipe soignante, qui a vécu au plus près du quotidien de la personne doit être consultée. La participation d'une personnalité médicale extérieure à l'équipe en responsabilité doit être effective. La présence du « médecin traitant » du patient avant son accident est souhaitable, à défaut celle d'un médecin choisi par la famille. La présence d'un représentant d'un comité d'éthique agréé par les parties peut être souhaitée.

Enfin l'écoute, l'information et la concertation avec les membres de la famille ou les proches qui le souhaitent, doivent être offerts et facilités sans réserves, dans le climat de respect et de confiance réciproque qui s'impose en cette circonstance difficile et douloureuse.

Dans l'éventualité où la décision de l'arrêt de vie d'un patient en E.C.M. ou en E.V.C. aurait été prise dans les conditions ci-dessus précisées, une sédation serait entreprise selon le processus d'accompagnement de la personne et de son entourage tel qu'il est défini dans la code de déontologie médicale (article R.4127 37 et -38 du code de la santé publique).

Article 37- 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

Article 38 : 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.

En conclusion

- L'Académie nationale de médecine (A.N.M.) considère que la difficulté d'appréhender la conscience subjective d'une personne victime de lésions cérébrales ne permet pas de faire la distinction entre État végétatif chronique (E.V.C.) et État de conscience minimal (E.C.M.) communément appelés État pauci relationnel.
- Rappelle qu'aucun médecin ne peut accepter que le droit de la personne, qu'il a mission de soigner, à l'alimentation, aux autres soins (kinésithérapie, prévention des escarres, hygiène) et mesures appropriées à la qualité de vie, soit subordonné à sa capacité relationnelle.
- Ne pourrait souscrire à une distinction entre état végétatif chronique et état de conscience minimal. Cette interprétation globale conduirait à considérer que parmi les personnes ayant survécu aux conséquences majeures de leur accident, celles qui n'ont

pas retrouvé une capacité relationnelle, si minime soit-elle, ne sont *pas en vie*, ni même *en survie*, mais « *maintenues artificiellement en vie* ».

Il ne saurait y avoir là pour les médecins quelque justification que ce soit à prendre l'initiative de transgresser l'interdit fondamental de donner délibérément la mort à autrui, qui est à la base de la relation de confiance entre la personne malade et le médecin.

- L'Académie nationale de médecine reconnaît néanmoins que la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti, s'applique à ces patients qui *ne sont pas en fin de vie*, notamment en ce qu'elle vise, en toutes circonstances, à faire *respecter le droit des malades tels que définis par la loi 2002*.
- Regrette, à ce propos, que perdure dans notre société la méconnaissance ou l'indifférence vis-à-vis des directives anticipées et souligne combien il devient nécessaire de faire progresser dans notre société pour chaque personne, cette notions de *directives anticipées*.
- Observe que dans les circonstances accidentelles qui conduisent à un **État végétatif chronique** ou à un **État de conscience minimal**, il s'agit dans la majorité des cas de personnes jeunes frappées de plein fouet à un âge où l'on pense à la vie mais pas à la mort.

En l'absence quasi constante de toute directive anticipée, en l'absence quasi constante de la désignation d'une personne de confiance, le médecin, conformément à la loi est tenu de consulter la famille et les proches du patient. Il doit admettre qu'il peut arriver que la connaissance de la volonté réelle de la personne se trouve rendue difficile du fait de **la multiplicité des intervenants éventuels dans une situation qui génère des réactions très émotionnelles**.

- L'Académie nationale de médecine est consciente qu'en définitive, dans le respect de la **Loi**, il appartient au seul médecin, sollicité au nom du respect du **Droit des malades**, de procéder à une consultation collégiale avant de décider s'il y a lieu de conclure, qu'en l'espèce, il y a ou non une obstination déraisonnable à poursuivre un traitement visant au maintien de la vie de la personne concernée.
- Elle insiste sur les exigences d'une authentique concertation collégiale, et la nécessité de l'écoute, l'information, et la concertation prolongées avec les membres de la famille ou les proches, dans le climat de respect et de confiance réciproque qui s'imposent en cette circonstance difficile et douloureuse.

L'Académie nationale de médecine admet sans ambiguïté que dans l'éventualité où la décision de l'arrêt de vie d'un patient en E.C.M. ou en E.V.C. aurait été prise dans les conditions ci-dessus précisées, une sédation soit entreprise selon le processus d'accompagnement de la personne « *jusqu'à ses derniers moments, assurant par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegardant la dignité du malade et le réconfort de son entourage* » (Art.38 du code de déontologie médicale).

Bibliographie

- (1) Pellerin D.- Contribution à la réflexion publique des citoyens sur l'accompagnement des personnes en fin de vie (Mission Sicard) ; *Bull. Acad. Natle Med.* 2012, 196 n°9, 1843-1870, Séance du 11 décembre 2012.
- (2) Hirsch E.- Etat végétatif chronique ou pauci relationnel : Parcours de soins jusqu'au terme de l'existence ; Exigence de dignité et de prudence - Contribution la *Concertation nationale sur la fin de vie*, 13 février 2014 publié par *Simon* le 6 fev 2014 dans *actualité*.
- (3) Lutte C., Laureys S.- La conscience de la victime : une nouvelle condition de la réparation du dommage ? *Revue générale des assurances et des responsabilités* 2008- 14422, 1-8.
- (4) Naccache L.- Neurosciences de la conscience : de la théorie au lit du malade *Rev. Prat* ; 2013 ; 63 (5) : 662-665
- (5) Giacino J.T, Ashwal S., Childs N. et al.- The minimally conscious state, Definition and diagnostic criteria *Neurology* 58 :349 353.
- (6) Stender J., Gossereries O., Bruno M.A. Laureys S. et al. ; Diagnostic precision of PET imaging and functional MRI in disorders of consciousness: a clinical validation study. *The Lancet*, Early Online Publication, 16 April 2014