Les soins palliatifs
Directives et recommandations médico-éthiques

La réponse du Conseil de la Fédération des Églises protestantes de Suisse à l'Académie suisse des sciences médicales à propos de la consultation

1 Introduction

Le Sénat de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a adopté, en novembre 2005, les directives médico-éthiques intitulées «Soins palliatifs» avant de les mettre en consultation. Par « soins palliatifs », on entend « dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies incurables ou chroniques et évolutives ou qui mettent leur vie gravement en danger. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. [1]» Les soins palliatifs constituent un domaine d'activité qui relève de la médecine, des soins, de la recherche et la de la politique de santé (nationale et cantonale) et qui ne cesse de gagner en importance[2]. Cet intérêt accru doit être considéré en rapport avec le débat médical et sociétal sur l'assistance médicale au suicide et l'assistance active et passive au suicide. Le Conseil de la Fédération des Églises protestantes de la Suisse (FEPS) salue la procédure de consultation lancée par l'ASSM, car elle permet de débattre publiquement, dans notre société marquée par le progrès scientifique et technologique, la question difficile, mais essentielle, de la dignité dans la mort. De même, le Conseil de la FEPS rejoint l'avis de l'ASSM qui estime que ce sujet dépasse le cadre de la seule médecine et qu'il représente un défi qu'est appelée à relever d'urgence la société tout entière, avec ses institutions et chacun de ses membres. Le Conseil de la FEPS se rallie également à la revendication qui figure dans sa réponse à la consultation des « Directives médico-éthiques de l'ASSM » ; ces directives demandent une « extension des soins palliatifs », ainsi que l'ancrage d'une prise en charge palliative dans le droit[3]. Les directives et les recommandations de l'ASSM à propos des soins palliatifs approfondissent la réflexion à ce sujet dans les directives « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie ». Par analogie, la présente prise de position du Conseil de la FEPS s'appuie sur sa réponse à la consultation de mai 2004 citée ci avant.

---

[1] ASSM : Soins palliatifs. Directives médico-éthiques, Bâle 2005, 3. La définition de l'ASSM s'inspire de celle de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP) : « La médecine et les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel, destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Son but est de soulager la souffrance, les symptômes et d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches. » (SSMSP, art. 3, Statuts)..

[2] Le sujet préoccupe depuis un certain temps déjà, il suffit de se rappeler les interviews menés avec des personnes mourantes par la psychiatre suisse Elisabeth Kübler-Ross et publiées en 1969 sous le titre « On Death and Dying » (en français : Les derniers instants de la vie, 1975), ainsi que le film « Noch 16 Tage… Eine Sterbeklinik in London », tourné en 1970 par le Père Reinhold Iblacker au St. Christopher's Hospice à Londres, qui documente les derniers jours de patients atteints de cancer.

[3] Prise de Position du Conseil de la FEPS: Consultation relative aux Directives médico-éthiques de l'ASSM sur la prise en charge des patients en fin de vie. Berne, mai 2004.

2. Les fondements

La médecine palliative et les soins palliatifs sont issus du mouvement des hospices. « Les valeurs que désire introduire le mouvement des hospices se basent non seulement sur une médecine pratiquée au plus haut niveau, mais elles se réfèrent à l'enracinement ancestral dans une communauté, à l'affirmation de l'individu (chaque personne étant unique) et englobent l'encadrement de la famille orpheline. Car même de nos jours, il est possible de trouver les moyens pour assurer une « belle mort ». Ces moyens et ces valeurs doivent être pris en compte chaque fois qu'une personne va au-devant de la mort. »[4] Cette affirmation de caractère programmatique émane de l'infirmière, médecin et travailleuse sociale britannique Cicely Saunders, dont le St. Christopher's Hospice ouvert en 1967 marquait la naissance de la médecine palliative[5]. Deux ans plus tard, les activités de soins stationnaires furent couplées à un service ambulant de soins à domicile. Le travail effectué à l'hospice St. Christophers était guidé par trois idées clés :

- l'intégration, dans le processus d'encadrement, des proches des personnes mourantes
- le travail en équipe des professionnels et des bénévoles, impliquant toutes les disciplines concernées
- l'encouragement de la médecine et des soins palliatifs dans la recherche et dans l'enseignement

Mme Saunders insiste par ailleurs sur la dimension fondamentalement sociale de la mort et de l'accompagnement des mourants, qui dépasse largement celle des actes médico-thérapeutiques. La mort fait partie de la vie et par conséquent, en tant que partie de cette vie, elle est un processus social par essence. La « bonne mort » (euthanasie : du grec eu = bon ; thanatos = mort) à laquelle Saunders fait consciemment une allusion d'ordre théologique, est liée à une bonne organisation de vie, dès l'antiquité. L'art de vivre (ars vivendi) et l'art de mourir (ars moriendi) formaient autrefois un tout inséparable et constituaient une tâche qui relevait non de la médecine, mais de la philosophie et de la théologie. L'ancien ars moriendi européen reflète la perception chrétienne de la mort, où la mort « qui clôt l'existence humaine ne doit pas être prise pour l'exitus (issue = fin), mais comme le transitus (passage = transfert). Dans un tel contexte (de foi), l'aide aux mourants est une aide aux vivants.[6]» Les soins palliatifs et le mouvement des hospices reprennent ces réflexions à leur compte ; Mme Saunders s'appuie précisément sur un fondement chrétien[7], tout en les assortissant d'un volet critique à l'égard de l'orientation scientifique et technologique dominante de la médecine, des soins et de la politique de santé.

L'idée principale qui est à la base des soins palliatifs consiste, y compris dans la perspective médicale, thérapeutique et des soins, à percevoir et à vivre les maladies en phase terminale et les agonies comme des processus biographiques individuels. L'un des précurseurs de la médecine palliative, le médecin Francis Weld Peabody, formulait en 1927 déjà le « secret » de la prise en charge ou « care » qui fait

---

[4] Cicely Saunders : Vom guten Sterben. Rapport cité dans l'annuaire 1983-84, St. Christopher's Hospice, cité dans Heinz Pichlmaiyer : Hospiz/Hospizbewegung, in : Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat (Éd.) : Lexikon der Bioethik, vol. 2, Gütersloh 2000, 233-235, (234).

[5] Le premier service de médecine palliative a été ouvert en 1975 dans le Royal Victoria Hospital à Montréal. L'un de ses principaux cofondateur, Balfour Mount, a introduit le terme de « palliative care » en décrivant le programme intégral de soins pour les personnes dans un stade avancé de la maladie (cf. Rainer Sabatowski et al : Über die Entwicklung palliativ-medizinischer Einrichtungen in Deutschland, in : Z Palliativmed 1/2000, 44)

[6] Hubert Herkommer : Die alteuropäische « Ars moriendi » (Kunst des Sterbens) als Herausforderung für unseren Umgang mit Sterben und Tod, in: Praxis 90/2001, 2144-2151, (2144).

[7] cf. Cicely Saunders : Die Dunkelheit teilen. Spiritualität und Praxis der Sterbebegleitung, Friburg en Br. 1995, qui décrit les hospices comme une „communauté chrétienne qui s'occupe de personnes mourantes. »

l'objet de l'actuel débat sociétal : « The secret of the care of the patient is caring for the patient »[8], ce qui peut se traduire par « Le secret des bons soins prodigués aux patients réside dans une prise en charge intégrale », car il n'existe pas d'équivalent exact de la notion de « care » en français. Cette notion se double en effet d'une « attention doublée d'aspects interactifs » et d'une « gestion commune de la pratique par les personnes impliquées ». « Caring » doit être pris au sens d'attention individuelle, comme au sens de processus interactif : « La personne qui se consacre à une autre personne et la personne bénéficiaire de cette attention sont dans une relation interactive. L'initiative part d'un individu, mais au plus tard depuis le moment où il y a prise en charge, le processus s'étend et prend la forme de « caring »[9]. Ce « caring » se réfère à la relation spécifique qui s'établit entre toutes les personnes impliquées dans les processus et qui dépasse le modèle de prise en charge et de soins traditionnel et paternaliste.

Fondamentalement, offrir aux personnes très gravement malades et aux personnes mourantes la possibilité d'organiser le temps qui leur reste à vivre de manière aussi positive et digne que possible signifie aussi accepter que ces personnes soient les « auteures/auteurs » de leur propre prise en charge, c'est-à-dire les sujets de leur propre biographie ; cela signifie aussi soutenir les personnes concernées dans cette attitude. La notion de qualité de vie joue un rôle essentiel à cet égard[10], aussi bien dans le domaine médical que dans celui des soins. Les définitions et les conceptions de la notion de « Quality of Life » sont innombrables ; en rapport avec les soins palliatifs, on peut les résumer dans la formule suivante : « Quality of life is what a person says it is », c'est-à-dire : « La qualité de vie est synonyme de la définition qu'en donne chacun et chacune de ses auteurs »[11]. La qualité de vie qui se mesure à la définition que chacune et chacun en donne pour soi-même s'oppose à toute forme de mise sous tutelle des personnes très gravement malades ou mourantes, que ce soit par les proches, par le personnel médical ou par le personnel de soins. Il s'agit bien au contraire de soutenir la personne concernée dans sa fonction de sujet autodéterminé[12].

La question de base des soins palliatifs est onc la suivante : comment protéger, renforcer, conserver et permettre de s'accomplir dignement ces biographies autonomes, uniques et personnelles dans des phases difficiles, voire existentielles de la vie ? On s'aperçoit que cette question ne connaît pas de réponse unique et que les défis pratiques ne peuvent pas être maîtrisés à l'aide de stratégies standardisées lorsque les soins palliatifs s'orientent effectivement vers « la définition qu'en donne chacun de ses auteurs ». C'est à ce niveau qu'intervient, de la part des soins palliatifs, l'impulsion

---

[8] Francis Weld Peabody : The care of the patient, in : JAMA 1927 ; 88, 877-882. Cicely Saunders cite Peabody dans son introduction à Dies (éd.): Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können, Fribourg en Br. 1993, 11; voir également Thomas R. Egnew: The Meaning of Healing. Transcending Suffering, in: Annals of Family Medicine 3/2005, no 3, 255-262

[9] Elisabeth Conradi : Take Care. Gundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Francfort/M. 2001, 13s.

[10] Il est frappant de constater que l'OMS, dans son éventail de définition de *Palliative Care*, renonce à la notion de qualité de vie (cf. WHO : National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva 2002, 83-91).

[11] Ainsi Robert Twycross, directeur des Oxford International Centres of Palliative Care, leader mondiaux en la matière, (cité in : Andreas Heller et al. (éd.) : Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, 2e éd. élargie, Fribourg en Br. 2000, 9.

[12] Cette idée est d'autant plus remarquable que de nos jours, la notion de « qualité de vie » est utilisée à des fins contraires. Dans les débats en cours concernant les mesures d'austérité dans le domaine de la santé publique : c'est en effet en fonction de la qualité de vie escomptée (QALY'S) après une intervention ou une thérapie qu'il est prévu de décider de l'opportunité de traitement des personnes malades, âgées surtout. Ainsi, la qualité de vie n'est plus un objectif des prestations médicales et thérapeutiques, mais une condition pour revendiquer de telles prestations.

critique à l'égard de la médecine et que se manifeste la nécessité d'allier les aspects biographiques, sociétaux et religieux[13] de la condition humaine aux rôles traditionnels et institutionnalisés des patientes et des patients. Dans la perspective médicale, il s'agit avant tout de mener une réflexion sur le processus de différenciation dans la médecine, de sa mise en réseau, de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité, ainsi que d'une réflexion sur les conditions générales de la politique sociale et de santé en vue d'un approvisionnement intégratif.

À ce niveau de conception, il y a lieu de se référer à la théologie. Le théologien, éthicien médical et psychothérapeute suisse Dietrich Ritschl a mis au point, avec son système de la « story », les grandes lignes d'une compréhension de la médecine fondée sur le dialogue, sur lesquelles peuvent se baser les modèles de soins palliatifs[14]. Ritschl se base sur la prémisse anthropologique de« l'humain en sa qualité de conteur ». À la base, sa thèse est la suivante : les histoires sont fondatrices d'identité : « Chacune et chacun d'entre nous a sa propre « story », chacune et chacun d'entre nous est sa propre « story »[15]. Cette règle vaut pour toutes les personnes impliquées dans ces soins palliatifs : la personne malade ou mourante, le personnel spécialisé, les proches, les personnes en charge de l'assistance spirituelle. Dans l'interaction autour de la personne bénéficiaire de soins, les biographies se rencontrent, deviennent perméables, et toutes ces interactions laissent à leur tour des traces dans la biographie de chacune des personnes concernées. Ritschl met toutefois en garde devant une catégorisation de la personne malade ou mourante, « car la vérité de sa vie (et de sa maladie) réside dans sa « story », qu'il faut écouter avec soin et avec toutes ses répétitions, et qu'on peut redire consciencieusement, la tâche première n'étant pas de questionner pour obtenir la « vérité objective », mais de savoir comment la patiente ou le patient ressent sa propre « story » et ce qu'il ou elle en fait. [16]»

La réflexion de Ritschl à propos du fondement narratif de l'éthique médicale débouche sur deux revendications essentielles : d'une part, « l'encouragement à saisir consciencieusement l'histoire individuelle de la patiente ou du patient et sa suite anticipée, et d'autre part, à tenir compte de la « story » globale, qui implique les médecins, les patientes et les patients, les proches, et finalement l'humanité tout entière[17] ». Une prise en charge réussie de personnes très gravement malades ou mourantes est précisément tributaire, de manière intrinsèque, d'une bonne communication (avant tout sous forme de temps d'écoute) et de la participation à la douleur d'autrui (au sens d'une présence empathique). Toute décision d'ordre médical, thérapeutique ou de soins, toute considération formulée par des proches, est intégrée dans ce réseau d'histoires individuelles pour participer de la poursuite de chacune des histoires individuelles, mais aussi de l'histoire commune avec l'autre. La particularité des situations qui ont une dimension existentielle réside dans le fait qu'une décision ou une intervention ne doit pas se fonder sur des seules considérations objectives et dans le fait que la réponse dépasse la simple dimension professionnelle. Une telle approche ne satisferait ni les personnes directement

---

[13] La définition des soins palliatifs fournie par l'OMS se réfère explicitement à la dimension « physical, psychological and spiritual » de la souffrance des malades en phase terminale et des personnes mourantes (cf. WHO : The Solid Facts. Palliative Care. Ed. Elisabeth Davies and Irene Higginson, Copenhagen 2004, 16).

[14] Dietrich Ritschl : Das « story »-Konzept in der medizinischen Ethik, in : ibid.: Konzepte. Ökumene, Medizin, Ethik. Gesammelte Aufsätze, Munich 1986, 201-212; cf. Wolfgang Lienemann: Rehabilitation und Lebensgeschichte. Das „story"-Konzept in der Medizinethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 42/1998, 281, 286 et en rapport avec l'accompagnement des personnes en fin de vie: Frank Mathwig: „In Geschichte(n) verstrickt". Das Story-Konzept als gelebtes Einüben der Ars Moriendi, in: Praxis 90/2001, 2157-2162.

[15] Ritschl, id., 207

[16] ibid.

[17] Ritschl, voir ibid 14, 210.

concernées par la décision, ni celles qui sont appelées à prendre cette décision. Cette prise de conscience ne limite pas les interventions d'ordre médical ou thérapeutique par des principes, mais elle considère ces interventions dans un contexte beaucoup plus large.

Une telle approche de la prise en charge des personnes en fin de vie ou mourantes se fonde sur une image de l'humain qui prend racine dans la représentation judéo-chrétienne de l'humain qui est à l'image de Dieu ; cette représentation justifie aussi le caractère égalitaire et inaliénable de la dignité de tous les humains. Le Conseil de la FEPS tient à faire vivre cette idée centrale de la tradition chrétienne et à la faire fructifier dans la société. Il soutient par conséquent l'approche palliative des soins, car elle crée un espace qui permet, selon la définition ecclésiale chrétienne, une prise en charge commune et « digne de l'humain » des personnes malades et des personnes mourantes. La nécessité et l'urgence d'un approvisionnement en soins palliatifs accessibles à toute la population se manifeste en particulier en rapport avec le vif débat qui est en cours dans la société à propos de l'assistance au suicide, comme l'a montré la prise de position du Conseil de la FEPS à propos de l'association d'assistance au suicide « Dignitas ». Le Conseil de la FEPS comprend en outre la question des soins palliatifs comme un défi lancé aux Églises et aux institutions ; elles sont appelées à s'impliquer activement dans les processus complexes et intenses qui concernent l'accompagnement de personnes en fin de vie et elles sont invitées à utiliser sur le terrain leurs compétences en matière de diaconie et d'assistance spirituelle.

3. Remarques à propos des Directives et des recommandations de l'ASSM

3.1 L'approche et la structure

L'ASSM s'inspire pour l'essentiel de la définition des soins palliatifs donnée par la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). La médecine curative et la médecine palliative sont dans une relation de complémentarité. La perception sur laquelle se fonde cette approche palliative correspond pour une large part à l'interprétation donnée ci-dessus de la définition de l'éthique médicale selon la théologie chrétienne. « La réflexion sur la maladie qui progresse, sur le destin personnel du patient, sur son environnement, sur sa biographie, sur sa foi, respectivement sur ses convictions et tout particulièrement sur ses pensées et ses sentiments à propos de la souffrance, de l'agonie et de la mort sont primordiaux. » (4)[18] Par conséquent, les quatre « Valeurs et principes fondamentaux de la médecine et des soins palliatifs » sont les suivants : « Dignité du patient » (4), « Autonomie » (5), « Communication » (5), ainsi que « Continuité et travail en réseau interdisciplinaire ».

Le champ d'intervention des soins palliatifs va de la néonatologie à la gériatrie, en passant par les soins intensifs, l'oncologie et la psychiatrie. Les exigences spécifiques définies au chapitre 6 sont donc différenciées en conséquence. Les différences se manifestent essentiellement en rapport avec des tableaux cliniques spécifiques et les exigences médicales qui en découlent, ainsi qu'au niveau des possibilités et des limites de la communication (« Informed Consent », « Compliance », manifestation d'une volonté). Indépendamment de ces différences, les aspects qui sont au centre des soins palliatifs sont le contrôle et la lutte appropriée contre la douleur et les symptômes, la transparence, ainsi que la communication ouverte des processus de décision. Il s'agit en particulier de réfléchir, dans chaque nouvelle situation qui se présente, au rapport entre les mesures curatives et palliatives, pour éviter de retomber dans l'habituelle « routine des soins ». Relevons aussi que la SSMSP a le mérite de consacrer tout un chapitre à la séparation et au deuil (p. 11 s.).

3.2. Propositions de compléments et de précisions

---

[18] Les chiffres entre parenthèses renvoient aux pages du texte de l'ASSM

a) L'approche palliative et l'approche curative

La notion de maladie « bio-psycho-sociale » (4) identifiée au travers de l'approche palliative renvoie à une méthode d'appréciation globale et intégrative de la maladie. Dans une perspective théorique, la question se pose si l'attribution fonctionnelle de l'approche curative et palliative telle qu'elle intervient dans le reste du texte ne provoque finalement pas une régression par rapport à l'approche intégrative cherchée. L'identification de la notion intégrative de la maladie et de celle d'approche palliative laisse suggérer – ce qui est faux - que la médecine curative et la médecine palliative se fondent sur des définitions différentes de la maladie, soit par nécessité, soit de manière absolue. Ce malentendu se manifeste en particulier dans la précision fournie dans l'introduction au chapitre 6, où les soins palliatifs sont définis, au plan fonctionnel et de manière réductrice, comme des soins « prodigués dans le but de soulager des symptômes, mais également d'aider à surmonter la maladie tout en restant conscient des aggravations possibles à tout moment » (7). Selon cette définition, les soins palliatifs apparaissent simplement comme un aspect fonctionnel complémentaire du modèle médical curatif traditionnel. Il faudrait alors préciser quelle définition de la maladie est à la base de la médecine curative et comment les deux définitions apparemment opposées de la maladie peuvent être communiquées.

b) La qualité de vie

Toutes les définitions courantes des soins palliatifs se réfèrent à la qualité de vie : « Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. Ils cherchent à atténuer les symptômes physiques et, en fonction des désirs du patient, prennent également en considération les aspects sociaux, moraux, spirituels et religieux. » (3) Ces récentes décennies ont vu la notion de qualité de vie débattue dans un contexte tout différent de la médecine et de l'éthique médicale, nous l'avons vu plus haut. Il s'agit, dans les grandes lignes, de développer des critères à l'aide desquels on décidera de la rentabilité d'un traitement selon les patients. Par analogie à ce processus de triage, le traitement (ou le non traitement) se mesure à l'aune de l'espérance de vie escomptée. Dans un tel contexte, il convient impérativement de préciser ce qu'on entende par qualité de vie, également en rapport avec sa fonction de médiatrice entre la médecine « curative » et la médecine « palliative ».

Les soins palliatifs doivent être ancrés aux niveaux micro, méso et méta du système, respectivement des soins de santé, pour reprendre une classification courante dans les sciences de la santé[19]. Par conséquent, les directives et les recommandations de l'ASSM se réfèrent aux trois niveaux.

c) Le microniveau « Travail en réseau »

Le chapitre « Communication » évoque « le risque élevé de tensions et de conflits entre le patient, les proches et le personnel soignant » (5). En se rapportant à la réflexion de Dietrich Ritschl sur une approche de la médecine fondée sur le dialogue, il faut se demander si la définition de la communication proposée par l'ASSM n'est pas réductrice, puisqu'elle se concentre sur l'information et sur la gestion des conflits. Ce qui est défini par « risque » apparaît plutôt, d'un point de vue pratique, comme la normalité. Par ailleurs, les réflexions de l'ASSM écartent complètement le fait que les soins palliatifs représentent un défi majeur pour les personnes concernées dans le cadre de leur travail ; ces professionnelles et ces professionnels ont besoin d'un accompagnement spécifique et ce défi doit faire l'objet d'une réflexion permanente, dont il faut tenir compte au niveau structurel. Dans la perspective du quotidien clinique, il est indispensable de formuler des approches et des propositions concrètes.

---

[19] Voir également les indications de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP) : Standards : Principes et directives pour la médecine, les soins et l'accompagnement en Suisse, ibid. 2001

d) Le mésoniveau : l'interdisciplinarité
L'histoire du mouvement des hospices et des soins palliatifs le montre : les hiérarchies traditionnelles établies de longue date et les asymétries qui se manifestent entre la médecine et le système de soins sont souvent en contradiction avec une approche intégrative de l'approvisionnement de soins. L'ASSM demande avec raison qu'une coordination soit organisée pour assurer le fonctionnement en réseau interdisciplinaire (6). Des précisions seraient souhaitables à ce niveau, surtout en ce qui concerne la collaboration des proches et des bénévoles, un aspect caractéristique à la fois du mouvement des hospices et de l'approche intégrative du système de santé. Là encore, il s'agit de créer des conditions au niveau structurel qui permettent la communication symétrique et l'interaction de toutes les personnes impliquées.

e) Le macroniveau : la politique de santé
La prise en compte insuffisante des soins palliatifs par la politique de santé est évoquée dans une note de bas de page (9, note 14) et au point 1 des Recommandations (13). Le système tarifaire en vigueur sape les efforts en vue de l'établissement des soins palliatifs, car il se concentre de manière quasi exclusive sur les soins aigus de la médecine curative. Tant que la politique de santé ne définira pas de conditions cadres adéquates, assorties de mesures budgétaires appropriées, les soins palliatifs demeureront au stade éphémère des bonnes intentions, surtout si on tient compte du débat qui est en cours à propos du financement des hôpitaux, du rationnement des soins de santé, des modèles de caisses maladie et de leurs modèles de financement, etc.

4. Conclusions
Le Conseil de la FEPS soutient et encourage les Directives et recommandations de l'ASSM à propos des soins palliatifs. Il souscrit pleinement aux Recommandations et les complète en ajoutant quatre objectifs supplémentaires. La conception proposée correspond à la définition et aux objectifs de l'assistance spirituelle et de la diaconie chrétiennes. Les engagements spontanés et les règlements facultatifs, tels que ceux qui sont présentés par l'ASSM et par la SSMSP, constituent une contribution importante, mais ne sauraient remplacer des réglementations ancrées dans la loi. Le législateur est donc invité à définir les mesures d'accompagnement correspondantes, dans le but d'offrir aux personnes très gravement malades et aux personnes mourantes un encadrement médical et humain approprié et digne.

Auteur : Frank Mathwig

Approuvé par le Conseil de la FEPS le 18 janvier 2006