

ARRÊT DES TRAITEMENTS

Dr François Chaumier
UMASP - CHRU de Tours

Journée Régionale AFSOS - Blois, 6 avril 2017

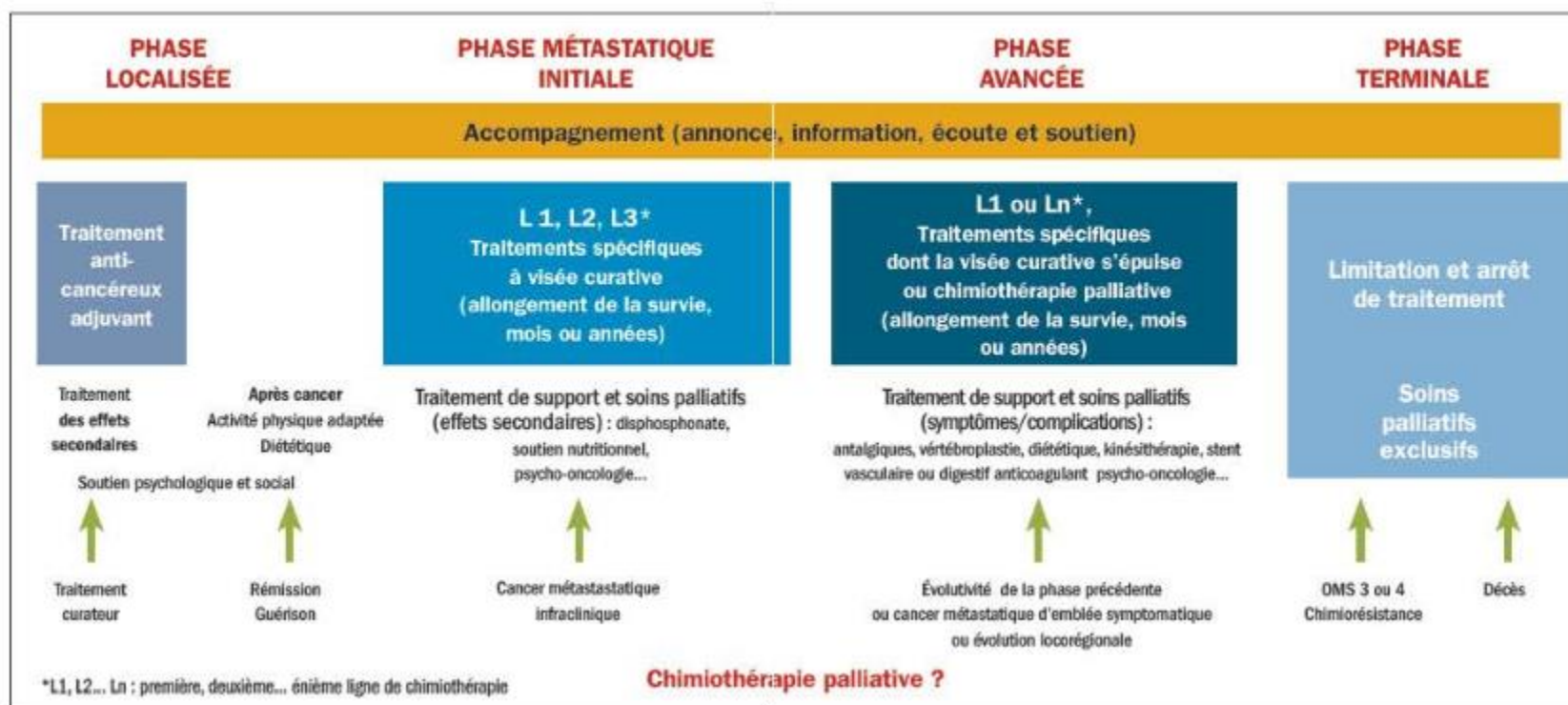


Cadre légal et sociétal

- Loi n°99-477 du **9 juin 1999**
- Code de Santé publique : articles **L 1110-5**
- Code de déontologie médicale : articles **R 4127- 37 et 38**
- Loi n° 2002-303 du **4 mars 2002 (Kouchner)**
- Loi n° 2005-370 du **22 avril 2005 (Leonetti)**
- Loi n° 2016-87 du **2 février 2016 (Claeys-Leonetti)**

ARRET DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES
(chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, etc.)

Des contextes différents



Des initiatives différentes

- Phase palliative initiale (objectif survie)
 - Proposition de chimiothérapie par le médecin
 - Refus de soins de la part du patient
- Phase palliative avancée (objectif qualité de vie)
 - Questionnement médical sur la pertinence d'un traitement
 - Proposition de chimiothérapie non acceptée par le patient
 - Non indication de chimiothérapie +/- acceptée par le patient
- Phase palliative terminale (objectif confort)
 - Non indication de chimiothérapie +/- acceptée par le patient



Une initiative médicale

- Idéal = décision médicale partagée
 - Poursuite des soins, de l'accompagnement et du suivi par l'équipe référente
 - Prise en charge palliative exclusive (avec ou sans recours aux EMSP)
- Parfois = décision médicale « imposée »
 - Eviter la rupture ou la perte de confiance, soutenir l'espoir malgré tout
 - Informer, expliquer (critères décisionnels, symptômes, pronostic...)
 - Ecouter (arrêt des soins ? abandon ? angoisse de mort ? ...)
 - Eviter la chimiothérapie compassionnelle déraisonnable
 - Inutile : inefficacité démontrée
 - Disproportionnée : balance bénéfice risque défavorable
 - Maintenir la vie sans aucun autre objectif que la vie « biologique »
 - Prise en charge palliative exclusive (avec ou sans recours aux EMSP)

Une initiative du patient

- Phase palliative initiale
 - Eviter la rupture (cf. refus de soins)
 - Evaluation psychique
 - Appel à un tiers
 - Information et traçabilité
 - Respect de la volonté du malade
 - Quelle place pour l'oncologue et l'équipe de soins ?
- Phase palliative avancée
 - Ecoute et accompagnement
 - Information et traçabilité
 - Respect de la volonté du patient
 - Maintien du lien, poursuite des soins et prise en charge palliative

ARRET des TRAITEMENTS de MAINTIEN en VIE

Cadre conceptuel

- Distinction des différents types de traitements
 - Suppléance vitale / Étiologique / Symptomatique
- Distinction des différentes décisions
 - Limitation : ne pas introduire ou ne pas intensifier tel traitement
 - Arrêt : ne plus poursuivre un traitement déjà instauré
- Distinction LAT et euthanasie (... ou suicide assisté !)
 - Ne plus prolonger la vie, ne plus s'opposer à la venue de la mort
 - Abréger la vie (acte technique d'un tiers à la demande du patient)
- Définition de l'obstination déraisonnable
 - Inutile / Disproportionné / Objectif exclusif de maintien artificiel de la vie

Repères chez un patient en capacité d'exprimer sa volonté (1)

- Droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement
 - Demande réitérée après délai raisonnable si mise en danger
 - Possibilité de recours à un autre membre du corps médical
 - Information des conséquences et du risque vital potentiel
 - Respect de la volonté, traçabilité dans le dossier médical
- Faire face à une « demande de mort » ou non prolongation
 - Une nécessaire temporalité
 - La place de l'écoute et de l'accueil de la parole
 - Identifier les facteurs responsables éventuels (et les atténuer ?)
 - Distinction lassitude de vie / souffrance existentielle / dépression
 - Une réflexion partagée, une prise en charge collective

Repères chez un patient en capacité d'exprimer sa volonté (2)

- Et après ?
 - « Accompagnement palliatif , sauvegarde de la dignité, soutien de la qualité de la fin de vie »
 - Soins continus, médecin référent, équipe soignante
 - Prise en charge selon le pronostic et les conséquences symptomatiques
 - Décès à court terme (VNI 24h/24, drogues vasoactives...)
 - Décès à moyen terme (dialyse, corticothérapie, nutrition artificielle...)
 - Habiter le temps du « mourir »
 - Les proches
- Place de la sédation profonde et continue + analgésie ?
 - Patient atteint d'une affection grave et incurable
 - Décision d'arrêt de traitement
 - engageant son pronostic vital à court terme
 - susceptible d'entraîner une souffrance insupportable

Repères chez un patient en incapacité d'exprimer sa volonté (1)

- Renoncer à entreprendre ou à poursuivre des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable
- Questionnement autour du projet de soins
 - A la demande d'un médecin, d'un soignant, d'un proche, de la PC
 - Quel sens, quels objectifs de prise en charge ?
 - Une nécessaire temporalité
 - Une nécessaire distance par rapport à son vécu subjectif
 - Une nécessaire argumentation personnelle
- Rechercher et respecter la volonté du patient
 - Directives anticipées
 - Témoignages indirects de repères de vie, expression des souhaits (personne de confiance +/- famille ou proches)

Repères chez un patient en incapacité d'exprimer sa volonté (2)

- Directives anticipées (majeur +/- tutelle)
 - souhait de poursuite, limitation ou arrêt de traitement
 - avis contraignant ne nécessitant pas de procédure collégiale
 - sauf contexte d'urgence ou inappropriées ou non-conformes
 - validité illimitée, modèle officiel (site HAS)
 - obligation d'information pour les établissements
- Personne de confiance (majeur +/- tutelle)
 - témoignage indirect de la volonté « au nom » du patient
 - avis consultatif qui prévaut sur tout autre témoignage
 - procédure collégiale nécessaire pour prise de décision
 - à chaque hospitalisation, cosignature de la personne désignée

Repères chez un patient en incapacité d'exprimer sa volonté (3)

- Une collégialité indispensable en absence de DA
 - Avec un tiers au service (médecin traitant, EMSP, spécialistes, etc.)
 - Avec une réelle réflexion collective, pluriprofessionnelle et sans a priori
 - Avec une responsabilité décisionnelle médicale assumée et tracée
- Et après ?
 - « Accompagnement palliatif , sauvegarde de la dignité, soutien de la qualité de la fin de vie »
 - Soins continus, médecin référent, équipe soignante
 - Habiter le temps du « mourir »
 - L'information et le soutien des proches (place des représentations, symboles)
- Place de la sédation profonde et continue + analgésie ?
 - Décision d'arrêt de traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable
 - Même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral
 - SAUF si opposition du patient exprimé dans des directives anticipées ou PC

Merci de votre attention !