

The logo for ERERAL (Espace de Réflexion Éthique Région Alsace) features the word "ERERAL" in a bold, black, sans-serif font. Below the text is a horizontal green brushstroke, and underneath that, the full name "Espace de Réflexion Éthique Région Alsace" is written in a smaller, black, sans-serif font.

ERERAL

Espace de Réflexion Éthique Région Alsace

# Limitations et arrêts thérapeutiques

## Quels éléments nouveaux dans la loi Clayes/Leonetti

### **ANALYSE - MISE EN ŒUVRE**

# Les LAT : sujet d'actualité ?



## Pourquoi s'intéresser aux LAT ?

- ➔ 17 % des décès hospitaliers ont lieu aux urgences
- ➔ Etude de Le Conte (2009) : 79 % des décès aux urgences sont précédés d'une décision de LAT
- ➔ Etude LATASAMU : 76,3 % des médecins SAMU ont eu à faire face à des situations de LAT



Décret du 5 août 2016

Le **médecin** en charge du patient **peut décider** de limiter ou d'arrêter un TTT si

- ✦ Inutile
- ✦ Disproportionné
- ✦ maintien artificiel de la vie : seul but

**Au regard du pronostic : survie et qualité de vie +++**



Si le patient est incs ou incompétent

Décision de LAT doit **respecter les DA** ( sauf exception)

Si pas de DA :

- ❖ **Après PROCÉDURE COLLÉGIALE**
- ❖ **Et Cs PC, Famille ou proches**



- Un temps de réflexion
- un temps d'anticipation
- en plusieurs étapes


 **une meilleure acceptabilité  
de la mort comme processus  
naturel**



## 3 nouveautés

- Les DA deviennent contraignantes mais ne sont pas opposables. Suppression de la validité calendaire de 3 ans
- Sédation profonde et continue jusqu'au décès si pronostic vital engagé à court terme
- Mise en place de soins palliatifs ou soins de confort si fin de vie ou LAT



**Lois Kouchner de 2002 et Loi Leonetti de 2005** 

Droit du patient de **refuser des ttts** et des investigations complémentaires

**Obstination déraisonnable = atteinte des droits fondamentaux d'une personne vulnérable**

→ limitations ou arrêts des **thérapeutiques visant au seul maintien artificiel de la vie**

# UNE LOI ÉQUILIBRÉE



Volonté du  
patient



**Autonomie**



Rôle du  
médecin

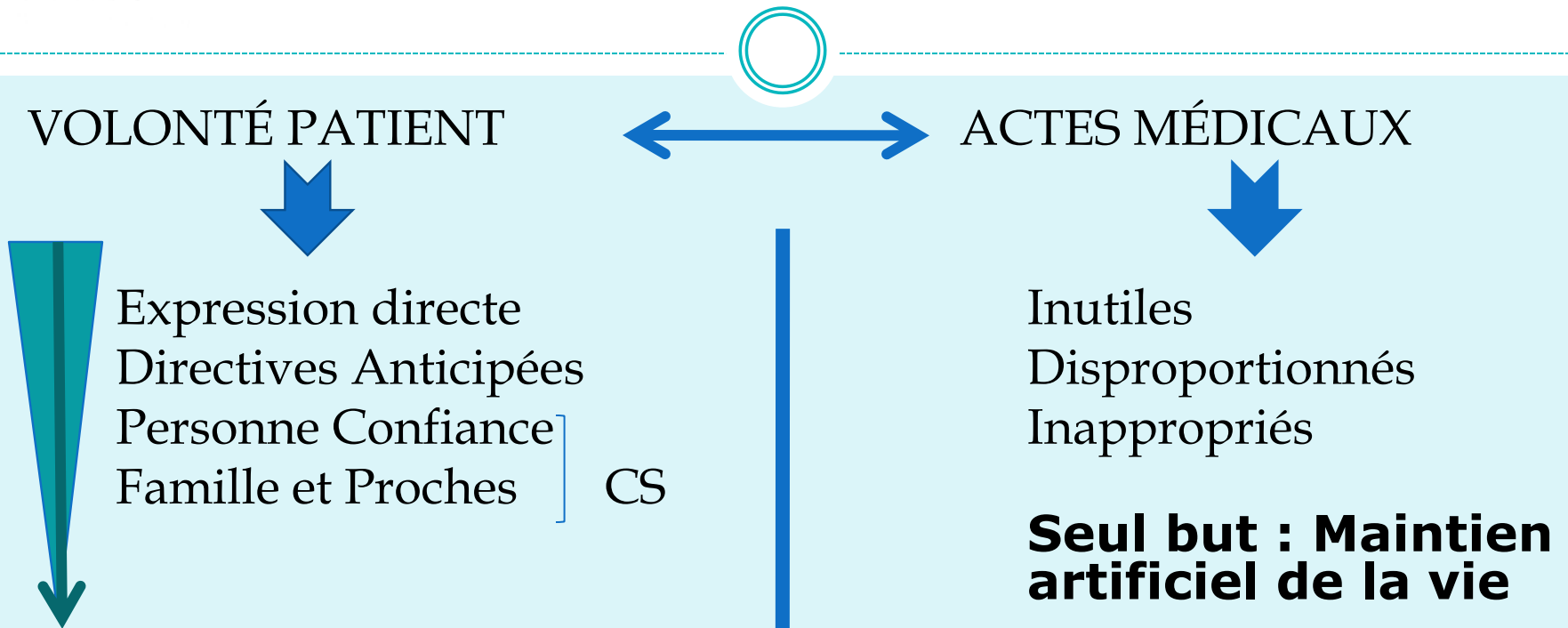


**Bienfaisance**

**Encadrer les procédures de LAT**



# OBSTINATION DÉRAISONNABLE



Si volonté présumée du patient ou litige médecin/patient



**PROCÉDURE COLLÉGIALE +++**

# Obstination déraisonnable



Éviter l'écueil entre 2 positions extrêmes !



**Erreur par défaut  
Renoncer trop tôt**



**Erreur par excès  
Prolongation de vie**

Proportionnalité des ttts : 3 types de critères


**Situation du patient  
Attentes et volonté du patient  
État de l'art : savoirs médicaux**



**Limitation thérapeutique** : pas d'escalade dans ttts



ne pas introduire de nouveaux ttts ou dispositifs,  
pas d'augmentation voire diminution des doses

Pas de ttts invasifs si nouvelle dégradation :   
anticipation

**Arrêts thérapeutiques** :



suspension des ttts ou dispositifs visant au seul  
maintien artificiel de la vie

# En Urgence: que faire ?



**LAT ?**



Respect loi difficile



**Réa  
d'Attente ?**



Risque : obstination  
déraisonnable



- ❑ Toutes les manœuvres de réanimation invasives
- ❑ Depuis la loi du 2 février 2016 : alimentation et hydratation artificielles = tttts → peuvent être arrêtés
- ❑ Quid de tttts moins invasifs ?
  - antibiothérapie
  - transfusion
  - sonde urinaire ou gastrique

# DIRECTIVES ANTICIPÉES



**CONTRAIGNANTES +++**

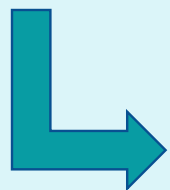
**Mais non opposables → Dérogations possibles**

- ❑ **En situation d'URGENCE, le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation**
- ❑ **Si les DA paraissent manifestement INAPPROPRIÉES ou NON CONFORMES à la situation médicale**

# DIRECTIVES ANTICIPÉES



Décision de refus d'application des DA est



prise lors **PROCÉDURE COLLÉGIALE**  
inscrite et motivée dans **DOSSIER MÉDICAL**  
**portée à la connaissance de PC, Famille,**  
**Proches**

# SI DÉCISION DE LAT



« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »



# SI LAT que FAIRE ?



## Soins palliatifs

**ANTALGIE  
SÉDATION  
SOINS CONFORT**



## Conditions de mise en œuvre

- 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une **souffrance réfractaire aux traitements**
- 2° Lorsque la **décision du patient** atteint d'une affection grave et incurable **d'arrêter un traitement engage son pronostic vital** à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.



3° Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où **le médecin arrête un traitement de maintien en vie**, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie

# SÉDATION TERMINALE



« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est **mise en œuvre selon la procédure collégiale** définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies »

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être **mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé.**

# Conclusion



La loi donne un cadre

Mais **décision de LAT** nécessite

**Réflexion éthique pluri-  
professionnelle centrée sur le  
patient +++**

**Parce que chaque situation est singulière !**

# MERCI





## Mes directives anticipées

### **Modèle A**

- *Je suis atteint d'une maladie grave*
- *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

o J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :  
.....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre : .....

o Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- Autre : .....



## Mes directives anticipées

### **Modèle B**

- *Je pense être en bonne santé*
- *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...) :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le..... à .....

Signature

# Echelle de sédation de RUDKIN



Niveau 1	Patient complètement éveillé et orienté.
Niveau 2	Patient somnolent
Niveau 3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
Niveau 4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère
Niveau 5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère*.

# DH bioE du CE : 2013

## guide du processus décisionnel en fin de vie



- Autonomie = capacité effective à participer au processus de décision
- Bienfaisance = double obligation du médecin de chercher à maximiser le bénéfice potentiel et à limiter autant que possible le dommage pouvant résulter d'une intervention médicale.

# Evaluation aptitude à prendre des décisions médicales pour soi même .



- **Capacité de compréhension**
- **Capacité d'appréciation** de la situation/ sa propre échelle de valeur ou vision des choses
- **Capacité de raisonnement** : capacité d'intégrer, d'analyser et de traiter l'information de manière rationnelle.
- **Capacité d'expression du choix** : et de l'argumenter

# Appréciation caractère approprié d'un TTT



- Bénéfices, risques et contraintes du ttt médical en fonction des résultats attendus sur la santé du patient ( médecine basée sur les preuves)
- Évaluation en fonction des attentes du patient : évaluation du « bénéfice global » notamment qualité de vie
- Évaluation proportionnalité ttt passe par relation de confiance médecins/soignants/patients.
- Caractère disproportionné se définit en particulier par l'évolution maladie, de l'état général du patient, de la réaction au ttt et de la volonté du patient

# Réseau ASPANS

Accompagnement en Soins Palliatifs d'Alsace du Nord au Sud



- Astreinte téléphonique : à utiliser en l'absence du médecin traitant, de l'IDE ou des intervenants de l'HAD



médecin SP d'astreinte à l'ASPANS  
qui a accès au dossier informatisé et  
régulièrement mis à jour du patient

Permet de guider les décisions et ttts

## Qui apprécie la balance bénéfices/risques?



- ❑ Le patient conscient et compétent  
**consentement ou refus éclairé**
- ❑ Le médecin après procédure collégiale si patient incs ou incompetent  
**Mais respect des DA contraignantes, cs PC famille, proches**
- ❑ Si désaccord médecin /patient :  
**Cs d'un autre médecin qui n'est pas du service**