

Limitation, arrêt de traitement médical et fin de vie

Dans des situations où le patient est en phase avancée d'une affection grave et incurable, c'est-à-dire en situation de fin de vie, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade en utilisant des moyens appropriés son état. Cela signifie qu'il peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'effet que le maintien artificiel de la vie. Le médecin doit, dans ce contexte, s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique surtout si c'est le patient qui le demande. Il doit également s'appuyer au maximum sur la personne de confiance, la famille et, à défaut, les proches.

Il peut arriver également que la limitation ou l'arrêt d'un traitement médical fasse suite à la simple volonté du malade qui n'est pas dans une situation de fin de vie.

Ces situations, auxquels les médecins sont régulièrement confrontés, soulèvent des problèmes éthiques et déontologiques, mais sont très strictement encadrées par des règles juridiques qu'il est important de connaître.

La procédure à respecter en cas de limitation ou d'arrêt d'un traitement médical : quelles conditions ?

- Lorsque le patient peut exprimer sa volonté et refuse le traitement :

Dans l'hypothèse où le patient n'est pas en fin de vie, le médecin a le devoir de respecter la volonté du malade. Le patient qui refuse les soins qui lui sont proposés doit le faire en pleine connaissance de cause. Le médecin doit donc informer le malade des conséquences certaines ou prévisibles de sa décision sur son état de santé. Le Comité National d'Éthique recommande de privilégier le dialogue anticipé entre le patient et le médecin pour provoquer une « reconnaissance mutuelle », c'est-à-dire un climat de confiance.

Si le refus de traitement exprimé par le patient met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables (*article L 1111-4 du Code de la santé publique*) après l'avoir informé des conséquences prévisibles de ce refus (*article L. 1111-1 du Code de la santé publique*). Pour ce faire, le médecin peut faire appel à un autre membre du corps médical. Pour autant, le médecin n'a pas, à ce titre, une obligation de résultat, il n'est pas obligé d'arriver à convaincre le patient. Le patient dispose alors d'un délai de réflexion au bout duquel, s'il persiste dans son refus, le médecin est dans l'impossibilité juridique de passer outre la volonté du malade.

Ce délai n'est pas défini explicitement dans sa durée. Il doit être adapté en fonction de la capacité de compréhension du patient, de sa pathologie et du traitement qui y est associé. En toutes hypothèses, cette décision est inscrite dans le dossier médical du patient. Le dossier doit en effet permettre de retracer les moyens mis en œuvre pour convaincre le patient et apporté la preuve de l'information donnée par le médecin.

Le médecin doit alors sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie en lui dispensant les soins palliatifs.

Dans l'hypothèse où le patient est en fin de vie, l'accompagnement consiste en la prise en charge globale d'une personne atteinte d'une maladie grave et évolutive mettant en jeu à moyen terme le pronostic vital, pour lui assurer la meilleure qualité de vie possible, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Cet accompagnement donne lieu à la mise en place de soins actifs et continus, dits palliatifs. Pratiqués par une équipe interdisciplinaire, ils ont pour but de soulager les douleurs physiques, d'apaiser la souffrance psychique, sociale et spirituelle, de sauvegarder la dignité de la personne malade et de conforter son environnement psychologique et social ainsi que celui de son entourage (art. L.1110-10, L.1110-11 du CSP).

Lorsque les soins sont devenus vains, inutiles et douloureux ou que la personne est en phase terminale ou avancée d'une affection grave et incurable, **le patient capable d'exprimer sa volonté peut prendre la décision d'arrêter le traitement**, sans que le médecin puisse aller à l'encontre de sa volonté. Il doit ici également réitérer son choix dans un délai raisonnable. Cette décision doit être mentionnée dans le dossier médical du patient.

Le patient peut aussi demander à bénéficier d'une **sédation profonde et continue** qui est l'administration de substances provoquant une altération de la conscience et qui est maintenue jusqu'au décès ; elle vise à éviter à la personne en fin de vie toute souffrance et toute obstination déraisonnable. Elle est associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie. Elle est conditionnée à l'existence d'une affection grave et incurable, d'un pronostic vital engagé à court terme et d'une souffrance réfractaire aux traitements ou insupportable. La sédation profonde et continue est pratiquée à l'issue d'une procédure collégiale.

- Dans le cas de la personne hors d'état d'exprimer son consentement :

Il arrive que le patient, hors d'état d'exprimer sa volonté, n'ait jamais exposé sa volonté dans une telle situation. Le médecin va donc devoir à la fois rechercher la volonté du malade et **s'abstenir de toute obstination déraisonnable**.

Si le patient est inconscient, le médecin consulte et respecte les **directives anticipées de la personne**. En l'absence de celle-ci, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements au titre du refus d'une obstination déraisonnable est prise à l'issue de la **procédure collégiale** comprenant une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et la prise d'avis, qui doit être motivé, d'au moins un médecin sans lien hiérarchique avec le médecin en charge du patient, appelé en qualité de consultant. Un deuxième consultant peut être appelé à se prononcer de façon motivée.

Le témoignage de la volonté exprimée par le patient est recueilli auprès de la **personne de confiance** ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches.

La **procédure collégiale** peut être engagée à l'initiative du médecin en charge du patient, ou à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches.

Toute décision relative à l'arrêt ou la limitation d'un traitement est motivée, et la personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informée de la nature et des

motifs de cette décision. Tous ces éléments figurent au dossier médical (art. L.1111-4, R.4127-37-1, R.4127-37-2 du CSP).

Une disposition mérite beaucoup d'attention : l'article L1111-4 du Code de la santé publique dispose que lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, **sauf urgence ou impossibilité**, sans que la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches ait été consulté.

En quoi consiste la procédure collégiale ?

La procédure collégiale est une **concertation entre le médecin en charge du malade et l'équipe de soins, s'il y en a une**. En plus de cela, un médecin doit être appelé en qualité de consultant et donné **son avis motivé** concernant la décision d'arrêt ou de limitation du traitement. Il ne doit pas exister de lien hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le médecin consultant. L'avis motivé d'un second médecin consultant est demandé par ces médecins si l'un d'entre eux l'estime utile.

Cette décision doit obligatoirement tenir compte de la teneur des directives anticipées émises, le cas échéant, par le patient et détenues par le patient ou la personne de confiance, soit faire suite à une demande en ce sens de la personne de confiance (qui a un statut privilégié), 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 nature et des motifs de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

La décision prise en procédure collégiale doit être **motivée** et **inscrite dans le dossier médical** du patient. De plus, 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.

En quoi consiste la sédation profonde ?

Lorsque l'arrêt d'un traitement a été décidé le médecin met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne jusqu'à ses derniers moments. Il assure par des moyens appropriés la qualité d'une vie qui prend fin et **sauvegarde la dignité du malade**. Le législateur a reconnu la validité du traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie du patient : **la sédation profonde**.

La sédation profonde et continue est l'administration de substances provoquant une altération de la conscience qui est maintenue jusqu'au décès ; elle vise à éviter à la personne en fin de vie toute souffrance et toute obstination déraisonnable. Elle est associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie. Elle est conditionnée à l'existence d'une affection grave et incurable, d'un pronostic vital engagé à court terme et d'une souffrance réfractaire aux traitements ou insupportable.

Elle est pratiquée à la demande du patient à l'issue de procédure collégiale.

Sauf volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie, est mise en œuvre lorsque le patient est hors

d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable. La même procédure collégiale est respectée.

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient (art. R. 4127-37-3 du CSP). L'avis de la personne de confiance désignée par un patient hors d'état d'exprimer sa volonté **prévaut sur tout autre avis non médical**, à l'exclusion des directives anticipées. En tout état de cause, **le médecin en charge du malade prendra la décision au vu des avis recueillis mais n'est lié par aucun d'entre eux.**

Le point sur la personne de confiance (article L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Tout patient, s'il est majeur, a le droit de désigner une personne de confiance. Cela peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle sera consultée dans les cas où le patient serait incapable d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La désignation est faite par **écrit** et est **révocable** à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance peut également être présente lors de ses démarches et assister aux entretiens afin de l'aider dans ses décisions.

Dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les cas prévus ci-dessus. Cette désignation est valable durant toute la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Le point sur les directives anticipées (article L 1111-11 du Code de la santé Publique)

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait, un jour, dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté.

Ces directives contiennent les **souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie** concernant les limitations ou arrêts de traitements. Elles sont révocables à tout moment

Le médecin doit en tenir compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Attention : les directives anticipées sont valables si elles ont été rédigées au moins trois ans avant l'état d'inconscience de la personne.

Elles doivent être conservées de façon à les rendre aisément accessibles au médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt du traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie plus haut. Par conséquent, elles sont conservées :

- Soit dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville ou dans le dossier médical lors d'une hospitalisation.
- Soit par leur auteur.
- Soit confiées par leur auteur à la personne de confiance ou à défaut à un membre de sa famille ou à un proche.

Dans ces 2 derniers cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical.