



LA PRISE EN CHARGE DU CANCER CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Congrès annuel UCOG Bretagne,
le 16 mars 2017

Louise COLLET
Juriste - Direction Juridique SHAM

 **sham**
PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

➤ Partons d'un cas réel

- Un patient âgé et dément, pour lequel est suspecté le développement d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer, doit recevoir un traitement de chimiothérapie.
- Comment l'informer et recueillir son consentement?

➤ Délivrance de l'information

UN DROIT POUR LE PATIENT, UNE OBLIGATION POUR LES SOIGNANTS : ART. L 1111-2 CSP

- « **Toute personne** a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...]
- Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.
- Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.
- [...]
- Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.
- [...]
- Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur ».

➤ Délivrance de l'information

➤ EXCEPTIONS À L'OBLIGATION D'INFORMER

- Urgence
- Impossibilité d'informer
- Volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf risques de transmission

Article L 1111-2 al 3 et 5 CSP

- ~~○ « Exception thérapeutique » : pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience et dans l'intérêt du malade en cas de diagnostic ou pronostic grave, sauf risque de transmission (R. 4127-35 CSP)~~

Abrogé par le décret du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale.



LA FAMILLE D'UN PATIENT ÂGÉ FRAGILE PEUT-ELLE DEMANDER À CE QU'IL SOIT TENU DANS L'IGNORANCE D'UN DIAGNOSTIC GRAVE?

NON

➤ Recueil du consentement libre et éclairé

UNE OBLIGATION LÉGALE : ART. L 1111-4 CSP

- « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
- Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.
- Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.
- [...]
- Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.
- [...]
- Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

➤ Recueil du consentement libre et éclairé

➤ LE CAS PARTICULIER DU MALADE HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER SA VOLONTÉ

➤ « [...]

➤ *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 prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été **consulté**.*

➤ *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.*

➤ [...] »

➤ Recueil du consentement libre et éclairé

➤ LE CAS PARTICULIER DU REFUS DE SOINS

➤ « [...]

➤ *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

➤ *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.*

➤ *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.*

➤ [...] »

➤ Modalités de désignation de la personne de confiance

Article L1111-6 CSP

- La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.
- Elle peut être différente de la personne à prévenir.
- Un majeur sous tutelle peut désigner une personne de confiance si le juge des tutelles ou le conseil de famille l'y a autorisé. Et, si la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de protection, le juge peut confirmer sa désignation ou la révoquer.
- La désignation se fait **par écrit** et est en principe valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf volonté contraire du malade (cf. formulaire type élaboré par la HAS) .
- La personne de confiance **co-signe** le formulaire qui la désigne.

➤ Rôle de la personne de confiance

- La personne de confiance peut accompagner le patient dans ses démarches et le soutenir lors de ses entretiens médicaux (art. L 1111-6 CSP).
- En cas de diagnostic ou de pronostic grave pour le malade, la personne de confiance reçoit les informations nécessaires pour lui permettre de le soutenir (sauf opposition du malade) (art. L 1110-4 CSP).
- Lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information, la personne de confiance doit être consultée par les médecins avant toute intervention ou investigation (sauf urgence ou impossibilité) (art. L 1111-4 CSP). Dans ce cas, l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical.



Il s'agit d'une **simple consultation**. Le médecin reste seul juge en définitive.



LA PERSONNE DE CONFIANCE CONSENT-ELLE À LA PLACE D'UNE PERSONNE ÂGÉE INCAPABLE D'EXPRIMER SA VOLONTÉ?

NON

➤ Retour au cas réel

- Un patient âgé et dément, pour lequel est suspecté le développement d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer, doit recevoir un traitement de chimiothérapie.
- Comment l'informer et recueillir son consentement?

➤ Retour au cas réel

➤ CONDUITE À TENIR :

1. Le médecin informe le procureur de la République du besoin du patient d'être protégé dans les actes de la vie civile (mise sous tutelle) : obligation résultant de l'article L 3211-6 CSP.
2. Deux hypothèses :
 - soit la prise en charge peut être différée : dans ce cas, il convient d'attendre la décision du juge des tutelles
 - soit la prise en charge ne peut pas être différée sans causer de préjudice au patient : à la suite d'une évaluation des bénéfices et des risques d'une intervention sans le consentement libre et éclairé de l'intéressé, le médecin pratique la chimiothérapie après avoir recueilli l'avis de la personne de confiance, ou à défaut de la famille, ou à défaut des proches : article L 1111-4 CSP et avis CADA n° 20123092 du 13 septembre 2009.

N.B. : Si le patient fait l'objet d'une mesure de tutelle comprenant la représentation pour les soins, le tuteur consent à la place du majeur protégé.



LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

➤ Evolution des directives anticipées

Articles L1111-1 et R1111-17 et s. CSP modifiés par la loi du 2 février 2016 et ses décrets d'application

NB: Le moyen privilégié d'expression de la volonté des personnes doit être le recours aux directives anticipées. Le moyen subsidiaire est le recueil de l'avis de la personne de confiance.

➤ Rédaction, contenu et révocation des directives anticipées

- Indiquent les **souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie**, concernant les conditions de la poursuite, de limitation ou de l'arrêt ou du refus de traitement.
- **Révisables et révocables** à tout moment et par tout moyen.
NB: en présence de plusieurs écrits répondant aux conditions de validité, le document le plus récent l'emporte.
- Possibilité de les rédiger selon le **modèle type** issu de l'arrêté du 3/08/16
- Possibilité pour une **personne sous tutelle** de rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, **sans assistance ni représentation**

➤ Evolution des directives anticipées

Articles L1111-1 et R1111-17 et s. CSP modifiés par la loi du 2 février 2016 et ses décrets d'application

➤ Conservation

- Les directives anticipées peuvent être **conservées** par un médecin de ville, dans le dossier médical d'un établissement de santé, par le dossier de soins d'un établissement médico-social, et bien sûr par leur auteur, la personne de confiance, un membre de sa famille ou un proche.
- La personne peut également inscrire ses directives dans le **dossier médical partagé**, mais aussi n'y mentionner que l'information de leur existence ainsi que le lieu où elles se trouvent conservées et les coordonnées de la personne qui en est dépositaire.

-> Lorsqu'elles sont conservées dans le DMP, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

➤ Evolution des directives anticipées

Articles L1111-1 et R1111-17 et s. CSP modifiés par la loi du 2 février 2016 et ses décrets d'application

➤ Consultation

- Tout établissement de santé ou établissement médico-social **doit interroger chaque personne qu'il prend en charge sur l'existence de directives anticipées**, alors que cela était facultatif jusqu'ici.
- Le **dossier du patient** fait mention, le cas échéant, de cette existence ainsi que des coordonnées de la personne qui en est dépositaire.
- Lorsqu'un médecin envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement, s'il ne dispose pas déjà des directives anticipées, il doit **interroger le DMP**.
- Si les directives n'y figurent pas, il doit **rechercher leur existence et leur lieu de conservation auprès de la personne de confiance, auprès de la famille ou des proches, ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant** de la personne malade ou du médecin qui lui a adressé cette personne.

➤ Evolution des directives anticipées

Articles L1111-1 et R1111-17 et s. CSP modifiés par la loi du 2 février 2016 et ses décrets d'application

➤ Force contraignante

- Les directives anticipées **deviennent contraignantes** et **s'imposent** désormais au **médecin**, **sauf** en cas **d'urgence vitale** pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées **apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale**.
- Dans tous les cas, la décision de refus d'application des directives anticipées doit être prise à l'issue d'une **procédure collégiale** et inscrite au dossier médical.
- Cette décision doit en outre être portée à la connaissance de la personne de confiance, ou à défaut de la famille ou des proches.

LE PATIENT EST HORS D'ETAT D'EXPRIMER SA VOLONTE

RECHERCHE OBLIGATOIRE DE L'EXISTENCE OU NON DE DIRECTIVES ANTICIPEES (DA) DECISION PRISE PAR LE MEDECIN A L'ISSUE DE LA PROCEDURE COLLEGIALE

NB : **procédure collégiale** = concertation avec les membres de l'équipe de soins + avis motivé d'un autre médecin (consultant) + consultation DA, ou à défaut : personne de confiance, famille ou proche + le cas échéant avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur.

EXISTENCE DE DA

NB : En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

DA APPLICABLES
R4127-37-2
ET R4127-37-3 II CSP

➤ Arrêt des traitements

Le médecin doit **respecter les DA**.

Inscription au DM du sens des DA, et le cas échéant des témoignages et avis recueillis et des motifs de la décision.

➤ Sédation profonde et continue :

Mise en œuvre **systematique** sauf si **opposition du patient** exprimée dans ses DA.

Inscription au DM du sens des DA et des motifs de la décision.

**DA MANIFESTEMENT
INAPPROPRIES**
R4127-37-1 III, R4127-37-3 II CSP

Arrêt des traitements et sédation profonde et continue :

Pas de concertation avec l'**équipe de soins**, mais seulement **recueil de l'avis** de ses membres.

Possibilité de recueillir le **témoignage** de la personne de confiance, ou à défaut de la famille ou d'un proche.

La **décision médicale** doit être **motivée**.

Inscription au DM des témoignages et avis recueillis et des motifs de la décision.

ABSENCE DE DA

R4127-37-2 ET
R4127-37-3 II CSP

Arrêt des traitements et sédation profonde et continue :

Recueil du témoignage de la personne de confiance, ou à défaut de la famille ou d'un proche.

Possibilité de recueil de l'avis d'un **2nd consultant médical**.

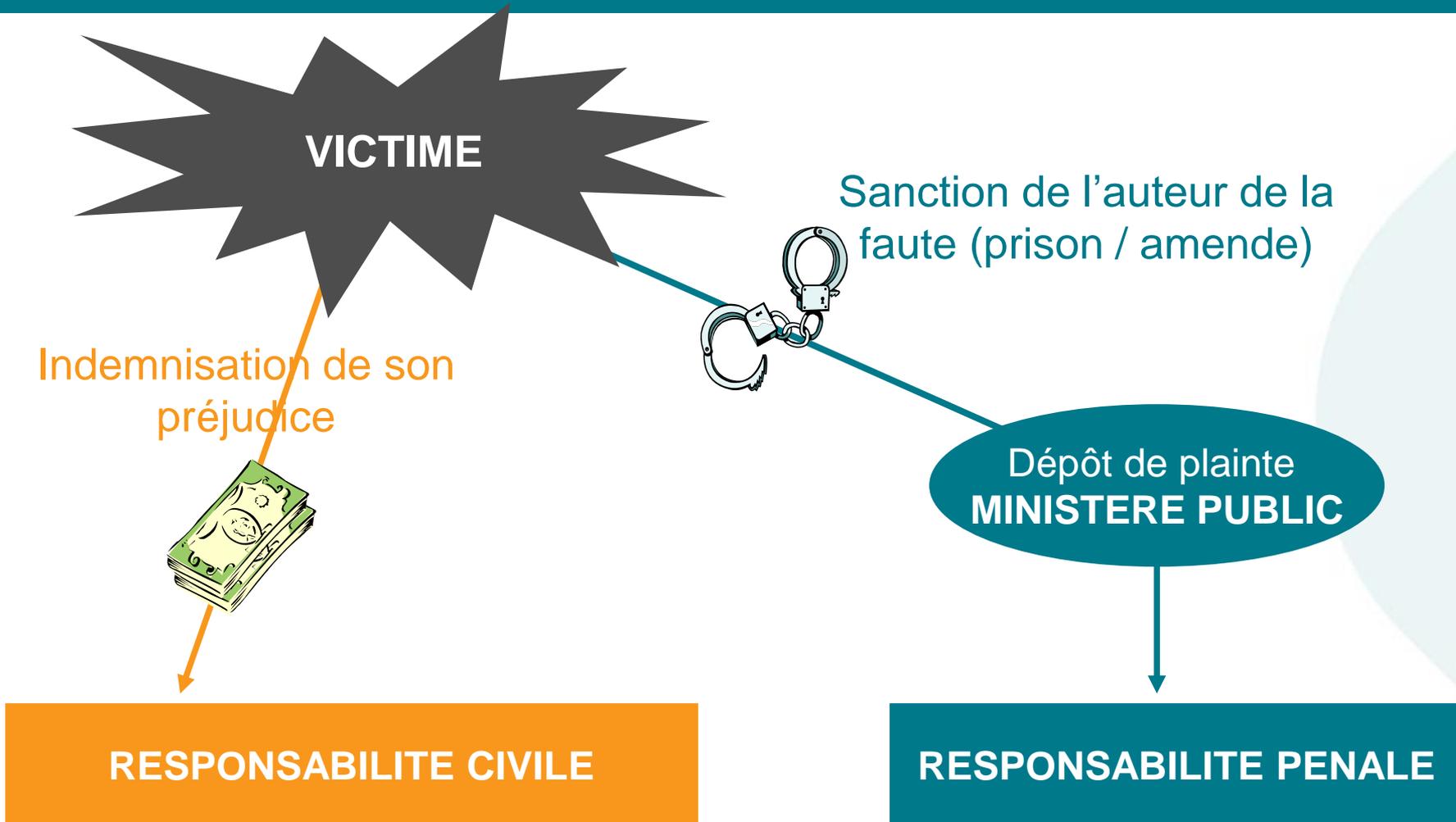
La **décision médicale** doit être **motivée**.

Inscription au DM des témoignages et avis recueillis et des motifs de la décision.



RESPONSABILITÉS ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT ÂGÉ FRAGILE

➤ Les fondamentaux de la responsabilité



➤ En pratique

➤ QUID DE LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN / DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN CAS DE CHIRURGIE SUR UN PATIENT ÂGÉ FRAGILE?

- L'intervention doit-elle avoir lieu?
- Faut-il suivre les recommandations du gériatre?
- Qui prend la décision finale?
- Qui risque quoi?

⇒ **EVALUATION BENEFICE / RISQUES**



EN PRATIQUE

➤ Mr V. 85 ans

- Démence vasculaire
- Hospitalisé pour syndrome sub-occlusif. Le bilan retrouve un cancer du sigmoïde.
- Une indication chirurgicale est retenue.
- Mr V refuse tout traitement car il n'est pas malade et n'a mal nulle part.
- Sa fille se présente comme sa personne de confiance, elle souhaite une intervention et donne son accord au chirurgien

➤ Mme R. 90 ans

- Hospitalisation pour douleurs abdominales. Le bilan met en évidence un cancer de l'ovaire avec une carcinose péritonéale.
- L'indication d'une chimiothérapie est retenue.
- Les enfants de madame R. s'opposent à l'annonce du diagnostic et à tout traitement, ils menacent de porter plainte si l'on parle de cancer à leur mère.

➤ Monsieur L. 76 ans.

Il présente des altérations cognitives sévères. Il vivait avec son frère dans une vieille ferme, n'a aucun suivi médical régulier. Son frère étant décédé, il a été accueilli en urgence dans l'EHPAD de sa commune.

Il présente une très volumineuse tumeur cutanée nécessitant une intervention chirurgicale lourde et possiblement délabrante.

Monsieur L. est incapable de donner un avis, il est totalement isolé socialement.

➤ Mme L 81 ans

- Elle est aphasique suite à un AVC. Elle vit en EHPAD, son état est stable depuis plusieurs années.
- Elle est hospitalisée pour un syndrome occlusif et se présente avec une amie qui la visite quotidiennement et est désignée comme la personne de confiance sur le dossier de l'EHPAD.
- Le bilan retrouve un cancer du colon pour lequel il existe une indication chirurgicale.
- Elle a un fils qui habite à distance et est très peu présent. Il remet en cause la légitimité de l'amie et se considère comme la personne de confiance. Il s'oppose à toute intervention.

➤ Mme B. 89 ans

- Maladie d'Alzheimer modérément évoluée.
- Vit en EHPAD; 7 enfants.
- Découverte d'un cancer utérin pour lequel une indication chirurgicale est retenue.
- Sa fille cadette Bernadette est sa tutrice, elle exige d'être l'unique interlocutrice de l'équipe médicale, elle s'oppose à toute intervention. Le reste de la fratrie n'est pas d'accord.

➤ Mr G. 79 ans

- Bon état général. Troubles cognitifs modérés sur très faible niveau culturel. Vit en EHPAD depuis le décès de son épouse.
- Fils désigné personne de confiance.
- Cancer de l'estomac . Indication à une gastrectomie partielle.
- Monsieur G ne comprend pas l'annonce du diagnostic ni le traitement proposés.
- Le fils s'oppose à tout traitement car monsieur G aurait toujours refusé l'acharnement thérapeutique.



www.sham.fr



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE