HAL
open science

Limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation : un exemple de collaboration entre Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Réanimateurs

Antony Chastang

To cite this version:

Antony Chastang. Limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation : un exemple de collaboration entre Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Réanimateurs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01733237

HAL Id: hal-01733237

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733237v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2013 N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Antony CHASTANG

le 15 avril 2013

LIMITATION ET ARRET DES THERAPEUTIQUES EN REANIMATION :

Un exemple de collaboration entre Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Réanimateurs

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur P-E. BOLLAERT	Président
Monsieur le Professeur A. GERARD	Juge
Monsieur le Professeur X. DUCROCQ	Juge
Monsieur le Docteur Y. PICARD	Juge
Mademoiselle le Docteur E. PIOT	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE
Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

1er Cycle	**Professeur Bruno CHENUEL**
« Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
2ème Cycle	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
3ème Cycle :	
« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« *DES Spécialité Médecine Générale*	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
Filières professionnalisées	**M. Walter BLONDEL**
Formation Continue	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
Commission de Prospective	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Recherche	**Professeur Didier MAINARD**
Développement Professionnel Continu	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques

POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ
Médecine Générale
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER - Madame Céline HUSELSTEIN

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

A Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT, Président de thèse,
Professeur de Réanimation Médicale

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.
Nous souhaitons exprimer notre admiration pour vos compétences professionnelles et votre disponibilité.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Alain GERARD, Juge,
Professeur de Réanimation Médicale

Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner pour ce travail par votre participation à ce jury.

Veuillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ, Juge,
Professeur de Neurologie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre reconnaissance et gratitude.

A Monsieur le Docteur Yoann PICARD et Mademoiselle le Docteur Elise PIOT,
Directeurs de thèse et Juges,
Docteurs en Médecine

Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance en me confiant ce sujet, de m'avoir guidé et d'avoir toujours été disponibles dans la construction de cette thèse.

J'espère que ce travail est à la hauteur de vos espérances.

A tous ceux qui ont participé à ma formation durant mon internat :
A l'ensemble du service des urgences du Centre Hospitalier Jean Monnet d'Epinal, aux médecins du service de médecine interne du Centre Hospitalier Saint-Nicolas de Sarrebourg, aux médecins du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Remiremont et aux médecins du service de diabétologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, pour avoir partagé votre grande expérience de la médecine.

A Messieurs les Docteurs Dominique BLANCHARD, Jean-Louis ADAM, Jacques STALARS, Gilles MUNIER et Jérôme WAGREZ, pour votre enseignement et vos précieux conseils dans le domaine de la médecine générale.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jean-François POUSSEL et à l'ensemble du service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours à Metz, pour votre disponibilité et votre aide.

Que vous trouviez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A l'ensemble du service Régional de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, en particuliers au Docteur Benoît LEHEUP, pour votre aide et votre expertise.

Que vous trouviez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Christophe GOETZ du Département d'Informatique Médicale du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, pour votre expertise statistique et votre aide indispensable à la réalisation de cette thèse.

A Simon, mon fils, pour tous les moments magnifiques partagés depuis quatre ans. Ton papa qui t'adore.

A Jessica, pour ton soutien moral et « financier » durant ces derniers mois. Tu es ma moitié. J'ai hâte de pouvoir te dire « enfin terminé ». Avec tout mon Amour.

A mes parents, pour votre soutien permanent. Vous avez toujours cru en moi. Ce travail me fournit l'occasion de vous remercier pour votre immense aide durant toutes ces années.

A mon frère Mickaël, sa femme Solène et mon filleul Gabin, même si nous ne nous voyons pas assez souvent. Je vous embrasse et vous remercie pour votre soutien.

A mes beaux-parents, pour tous leurs encouragements, ainsi que pour m'avoir hébergé pendant mes périodes de remplacement en Moselle.

A mes grands-parents, et plus particulièrement à ma grand-mère maternelle Paulette, partie trop vite, je suis sûr que tu aurais été particulièrement fière d'assister à cette soutenance.

A tous les autres membres de ma famille.

A mes amis, pour les moments passés et à venir :

A Elise et Yoann, mes mots ne suffiront pas vous remercier. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu aboutir. Enfin, nous allons pouvoir parler d'autres choses.

A Mathieu, mon ami d'enfance, et son fils Etienne, mon nouveau filleul, j'espère que nous nous verrons plus souvent, aussi bien à Bordeaux qu'à Nancy.

A l'ensemble de la famille Martenot, que je considère comme ma seconde famille.

A Richard, pour ces moments partagés, ton soutien. J'espère pouvoir te soutenir à mon tour dans la rédaction de ta thèse.

A mes amis de médecine des premières heures, Baptiste, Christos et Marc, en souvenir de nos soirées passées.

A Julie, en souvenir de nos verres pris au Chtimi.

A Agnès, Anne-Céline, Cécile, Glaire, Isabelle, Julien, Rémi pour vos séances de coaching et vos conseils à la rédaction de ce travail.

A Monsieur et Madame PIOT, et Angélique qui ont dû se rendre compte que l'orthographe et moi n'étions pas bons amis.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS **22**

ABREVIATIONS **23**

INTRODUCTION **24**

I. GENERALITES **26**

A. LA RÉANIMATION 26
B. LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES 27
1. Principe de limitation et d'arrêt des thérapeutiques : définitions 28
2. Epidémiologie des limitations et arrêts des thérapeutiques 29
3. Application pratique des mesures de limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation 30
4. Caractéristiques communes aux patients justifiant la mise en œuvre de limitations et arrêts des thérapeutiques 31
5. Différences entre «limitation» et «arrêt» des thérapeutiques. 33
C. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE AUTOUR DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REANIMATION 35
1. Principes éthiques universels 35
a. Principes de bienfaisance et de non-malfaisance 35
b. Le principe d'autonomie 36
c. Le principe de proportionnalité 37
2. La relation médecin-patient 37
3. Détermination du caractère déraisonnable des actes : limites et opposition des principes 39
4. Délibération collective et discussion argumentative 40
5. Limitation et arrêt des thérapeutiques, euthanasie et intentionnalité 42
6. Démarche pour une décision éthique 44
D. ENCADREMENT LÉGAL DES LIMITATIONS ET ARRÊTS DES THERAPEUTIQUES EN FRANCE ET RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES 45
1. Encadrement légal 46
a. Avant 2005 46
b. Après 2005 : apport de la loi du 22/04/05, relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti 47
2. Recommandations des sociétés savantes 51
E. EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS 53
1. Création des équipes mobiles 53
2. Définition et missions des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs 54

II. ETUDE **57**

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE 57
B. METHODE ET MATERIELS 58
1. Type d'étude 58
a. Critères d'inclusion 58
b. Critères d'exclusion 58
c. Procédure 58
2. Présentation du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, du service de réanimation polyvalente du site de Bon-Secours et de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs 59
a. Les services de réanimation du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville 59
b. Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Régionale Metz-Thionville 59

3. Paramètres mesurés 60
4. Analyse des résultats 61
5. Analyse statistique 62
C. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 63
1. Profil des patients concernés par l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs 63
a. Caractéristiques générales et cliniques de la population 63
b. Caractéristiques comparées entre la population suivie par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et le reste de la population de réanimation 68
2. Intervention Equipe Mobile de Soins Palliatifs 72
a. Nombre d'interventions de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs 72
b. Délai entre l'admission du patient en réanimation et la première intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs 72
3. Outils aidant à la mise en œuvre du processus de limitation et d'arrêt des thérapeutiques 73
a. Expression de la volonté du patient 73
b. Utilisation du « formulaire éthique » mis en place dans le service afin d'assurer une meilleur traçabilité des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques 74
4. Limitation et arrêt des thérapeutiques en pratique 74
a. Prise de décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques 74
b. Nature des limitations thérapeutiques effectuées 74
c. Nature des arrêts de traitements 76
d. Variations de la posologie des médicaments sédatifs ou antalgiques en cas d'arrêt de la ventilation artificielle 77

III. DISCUSSION 79

A. LIMITES ET BIAIS 79
B. DECISIONS DE LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES 80
1. Equipe Mobile de Soins Palliatifs et instauration de mesures de limitation et arrêt des thérapeutiques 80
2. Analyse des différentes caractéristiques cliniques de la population concernée par l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs en vue de l'instauration de mesures de limitations et d'arrêt des thérapeutiques 81
3. Les différents modes d'expression de la volonté des patients 83
a. Expression directe de sa volonté 83
b. Désignation d'une personne de confiance ou avis des proches 84
c. L'existence de directives anticipées 85
4. Traçabilité des décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques 86
5. Nature des décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques 88
6. A propos de l'arrêt de la ventilation artificielle 90
7. A propos d'un cas de réanimation non-thérapeutique 93
C. EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS : UN INTERVENANT PARTICULIER 96
1. Facteurs limitant l'intervention des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs dans les services de réanimation en vue de l'instauration de mesures de limitations et d'arrêt des thérapeutiques 96
2. Intérêts de l'intervention des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs au sein des services de réanimation 98
a. Aide dans le processus décisionnel en vue de l'instauration de limitation et d'arrêt des thérapeutiques 98
b. Aider à la prise en charge des patients et de leurs proches 99
3. Impact de l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs sur le ressenti des proches et de l'équipe soignante 100

CONCLUSION 103

BIBLIOGRAPHIE 104

ANNEXES 110

A. ANNEXE I : GUIDE D'AIDE À LA REFLEXION CONCERNANT LE NIVEAU D'ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE (D'APRES LE GUIDE LATARÉA). 110
B. ANNEXE II : FICHE DE DÉCISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES TRAITEMENTS (D'APRES LE GUIDE LATARÉA) 112
C. ANNEXE III : LA CLASSIFICATION CMD RSS 114
D. ANNEXE IV: LE SCORE IGS II 115
E. ANNEXE V : L'ECHELLE DE MAC CABE 118
F. ANNEXE VI : SCORE SOFA (SCORE DE DÉFAILLANCE ORGANIQUE) 119
G. ANNEXE VII : FORMULAIRE ETHIQUE DU SERVICE DE REANIMATION DU CHR DE METZ-THIONVILLE .. 121

RESUME DE LA THESE 125

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Variation de l'âge et de l'IGS II en fonction de l'existence ou non de mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques. 31
Tableau 2 : Pathologies chroniques présentées par les patients hospitalisés en réanimation. Comparaisons en fonction de l'existence ou non de mesures de LAT. 32
Tableau 3 : Diagnostics à l'entrée 65
Tableau 4 : répartition des patients suivis par l'EMSP en fonction du détail de leur score SOFA (n = 34) 67
Tableau 5 : Caractéristiques quantitatives comparées des patients avec et sans intervention de l'EMSP 69
Tableau 6 : Caractéristiques qualitatives comparées des patients avec et sans intervention de l'EMSP 70
Tableau 7 : Diagnostics à l'entrée selon la classification CMD RSS (n = 1241; 15 données manquantes dans le groupe sans intervention de l'EMSP) 71
Tableau 8 : Nature des limitations (n = 33) 75
Tableau 9 : Nature des arrêts de traitements (n = 27) 76
Tableau 10: Arguments orientant le choix des médecins vers un arrêt de ventilation artificielle par extubation ou sevrage progressif 91

Figure 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge (n = 36) 64
Figure 2 : Répartition de la population en fonction du score de Mac Cabe (n = 36) 66
Figure 3 : Mode de sortie des patients (n = 36) 68
Figure 4 : Nombre d'interventions de l'EMSP (binôme médecin-IDE ou médecin seul) par patient (n = 36) 72
Figure 5 : Modes d'expression de la volonté des patients (n = 17) 73
Figure 6 : Modes d'arrêt de la ventilation artificielle (n =15) 77
Figure 7 : Attitudes thérapeutiques en cas d'arrêt de la ventilation artificielle (n = 15) 78
Figure 8 : Modifications de la posologie des médicaments sédatifs et morphiniques introduits à l'issue de l'arrêt de la ventilation artificielle 78
Figure 9 : Chemin clinico-éthique en vue d'une réanimation non-thérapeutique et de soins de préservation des organes après un accident vasculaire cérébral grave 94

ABREVIATIONS

ACR	arrêt cardio-respiratoire
AVC	accident vasculaire cérébrale
CMD-RSS	catégorie majeure de diagnostic-résumé de sortie standardisée
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
EER	épuration extra-rénale
EMSP	équipe mobile de soins palliatifs
IDE	infirmière diplômée d'état
IGS II	indice de gravité simplifié
LAT	limitation et arrêt des thérapeutiques
MCE	massage cardiaque externe
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFAR	**S**ociété Française d'Anesthésie et de Réanimation
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
SOFA	sequential organ failure assessment
SP	soins palliatifs
vs	versus

INTRODUCTION

Les limitations et arrêts des thérapeutiques en réanimation sont des situations fréquentes. Elles constituent, lorsque cela s'avère nécessaire, un moyen de lutte contre l'obstination déraisonnable. La principale interrogation suscitée par ces mesures est la détermination des différents facteurs justifiant leur mise en œuvre. En effet, chaque patient présente une histoire, une situation clinique qui lui est propre, ne permettant pas d'initier une démarche type. Même si, d'une part, les sociétés savantes de réanimation ont émis, au cours de la dernière décennie, des recommandations pour faciliter la mise en œuvre de ces mesures de limitations et d'arrêts des thérapeutiques, et même si, d'autre part le cadre législatif français, notamment grâce à la promulgation de la loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) a permis de clarifier cette procédure, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une décision difficile à prendre et mal formalisée au sein des équipes médicales et paramédicales.

En 2010, sous l'impulsion du Comité d'Ethique, une démarche institutionnelle au sein du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville a été mise en place en vue d'assurer une formalisation et une traçabilité des décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques (LAT). Dans ce contexte, une réflexion a été menée au sein du service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours dans l'optique de respecter au plus près le droit des malades en fin de vie et d'observer les termes de la loi Léonetti. Une attention toute particulière a été portée sur la nécessité d'avoir recours à des procédures collégiales avec l'intervention d'un médecin consultant sans lien hiérarchique avec le médecin référent du patient. La hiérarchie inhérente à tout service a conduit à rechercher un intervenant extérieur au service de réanimation pour mener à bien les processus de décisions collégiales. Peu à peu, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) est devenue l'interlocutrice privilégiée du service. Après vingt mois d'activité, nous avons décidé de faire un état des lieux de la collaboration entre l'EMSP et le service de réanimation médicale polyvalente du site de Bon-Secours de Metz en ce qui concerne les décisions de limitations et arrêts des thérapeutiques actives. Ainsi, nous essaierons, à travers ce travail, de déterminer l'intérêt de l'intervention de ces équipes en réanimation.

Dans un premier temps, lors d'une revue de la littérature, nous présenterons un rappel de généralités concernant la réanimation, les mesures de LAT, le questionnement éthique qu'elles suscitent, leur encadrement légal et les EMSP. Puis, nous exposerons notre étude en décrivant la méthodologie suivie, puis les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons ces résultats en les comparant à ceux présents dans la littérature avant de conclure.

I. GENERALITES

A. LA RÉANIMATION

Les services de réanimation ont été créés il y a un peu plus de soixante ans dans l'objectif de prendre en charge des patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu leur pronostic vital à plus ou moins brève échéance, en employant des méthodes de suppléance qui leur sont propres.

C'est au cours de l'épidémie de poliomyélite à Copenhague, au Danemark à l'hôpital Blegdam en 1952-1953 que les nouvelles techniques de réanimation ont émergé, notamment grâce à Björn Ibsen (1). Durant cette épidémie, 2722 patients furent contaminés. Parmi eux, 316 présentaient une paralysie respiratoire d'origine centrale. Initialement, ces défaillances respiratoires était suppléées à l'aide de respirateurs à pression négative (ou « poumon d'acier »), mais le taux de mortalité restait très élevé. Cette technique ne permettait pas de lever l'encombrement bronchique. En constatant cet échec, Ibsen eut alors l'idée de ventiler manuellement une jeune patiente de 12 ans trachéotomisée, lui permettant ainsi d'aspirer ses sécrétions et de lever le bronchospasme. En moins de 8 jours, ce procédé de ventilation manuelle en pression positive fut généralisé à l'ensemble des patients présentant une paralysie respiratoire centrale liée à la poliomyélite. Cette ventilation manuelle était alors assurée par les étudiants en médecine. Progressivement, ces étudiants furent remplacés par les premiers respirateurs en volume contrôlé à pression positive. Par la suite, Peter Safar, réanimateur américain, a permis de populariser la ventilation artificielle. Puis des évolutions technologiques ont permis d'offrir d'autres techniques de suppléance d'organes aux patients telles que l'épuration extra rénale ou la circulation extra corporelle… Elles nécessitent des connaissances et des savoir-faire particuliers et ont donc conduit à la création de services spécifiques : les services de réanimation.

Ces méthodes de suppléances modernes, développées suite à l'épidémie de poliomyélite danoise servent à pallier les défaillances d'organes en attendant l'efficacité éventuelle d'un traitement curatif spécifique ou bien la guérison spontanée de l'affection à

l'origine de cette prise en charge. Les différentes méthodes de suppléance ont évolué dans le temps, améliorant ainsi la survie des patients.

Comme le définit Grosbuis *et al.*(2), on peut attribuer trois objectifs au service de réanimation :

- empêcher la mort en surveillant et relayant les fonctions vitales déficitaires (c'est le cas de l'assistance ventilatoire, de l'épuration extra-rénale, des amines vasopressives…) ;
- lutter contre la maladie causale par l'intermédiaire des traitements curatifs ou actifs (c'est le cas de l'antibiothérapie, des chimiothérapies d'induction…) ;
- soulager la souffrance physique ou psychique liée à la maladie ou aux traitements grâce aux soins de base et aux traitements de confort (c'est le cas des antalgiques, des anxiolytiques, de la sédation, des anti-sécrétoires...).

Les traitements actifs ou de suppléances d'organes utilisés en réanimation peuvent souvent être qualifiés d'invasifs. S'ils s'avèrent être indispensables pour de nombreux patients en leur permettant ainsi de sortir de cette période où leur pronostic vital est engagé, pour d'autres patients, ils peuvent conduire à une évolution défavorable et ce malgré toutes les thérapeutiques instaurées. C'est face à ces situations que des décisions de limitations ou d'arrêt des thérapeutiques doivent être discutées pour le bien du patient et pour surseoir à toute obstination déraisonnable.

L'instauration de ces mesures ne doit pas faire oublier l'absolue nécessité de maintenir les soins de base et les traitements de confort.

B. LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES

La mise en route de mesures de limitations et/ou arrêt des thérapeutiques (LAT) peut être justifiée face à trois types de situation (3) :

- existence d'une situation d'échec thérapeutique, bien que la prise en charge ait été optimale, afin de ne pas prolonger une agonie ;

- existence d'un pronostic défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie ;

- existence d'un témoignage direct (patient conscient ou existence de directives anticipées) ou indirect (famille, proches ou personne de confiance) exprimant un refus d'instauration ou d'intensification de thérapeutiques.

Toutefois, comme rappelé précédemment, ces décisions de limitations thérapeutiques ne concernent que les traitements dits actifs. Ainsi, leur instauration ne doit en aucun cas compromettre le maintien voir le renforcement des traitements de confort et des soins de base au sein d'une prise en charge palliative. Les mesures de LAT s'inscrivent donc dans une volonté de refus de l'obstination déraisonnable mais elles ne doivent en rien être considérées comme un abandon des soins.

1. Principe de limitation et d'arrêt des thérapeutiques : définitions

Une limitation de traitement (4) correspond au refus d'instaurer et/ou d'intensifier une thérapeutique (curative ou de suppléance), en acceptant le risque d'anticiper la survenue du décès du patient. Dans cette situation, la thérapeutique déjà débutée est donc maintenue. Une des mesures les plus symboliques de limitation de traitement est le fait de ne pas débuter un massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardio-circulatoire.

Une mesure d'arrêt thérapeutique (4) correspond à l'interruption de traitements (curatifs ou de suppléance), en acceptant le risque d'anticiper la survenue du décès du patient. Force est de constater que la mise en place de mesures d'arrêt thérapeutique diffère d'une équipe à l'autre, mais qu'elle dépend également des particularités de la thérapeutique interrompue, en s'adaptant bien sûr à la singularité de chaque situation clinique et donc de chaque patient et de chaque famille. En pratique, l'application des procédures d'arrêt thérapeutique apparaît bien souvent plus progressive que brutale (par exemple, arrêt de la nutrition parentérale en maintenant l'hydratation, baisse progressive de la FiO_2 jusqu'à 21%, diminution progressive de la posologie des amines...).

2. Epidémiologie des limitations et arrêts des thérapeutiques

De nombreuses études ont été consacrées aux décisions de LAT au sein de la population hospitalisée en réanimation et ont permis de montrer la grande fréquence de ces mesures. Ces décisions de LAT sont retrouvées chez près de 10% des patients admis en réanimation et sont suivies du décès du patient dans plus de 50% des cas (5).

Dans leur étude réalisée auprès de dix services de réanimations de centres hospitaliers du grand ouest de la France en 1996, Robert *et al.* retrouvent des décisions de limitation de traitement chez 9% des patients admis en réanimation et un taux d'arrêt de traitement dans 4% des cas avec des taux de mortalité respectifs de 78,6% et 93,2% comparés à un taux de mortalité de 11,2% dans le reste de la population de réanimation (6).

Une autre étude française de Ferrand *et al.*, publiée en 2001, montre parmi les patients admis en réanimation un taux de limitation de traitement dans 4,6% des cas et un taux d'arrêt de traitement dans 6,4% des cas avec des taux de mortalité respectifs de 58,6% et 94,7% comparés à un taux de mortalité de 8,4% dans le reste de la population de réanimation. Les auteurs précisent dans cette étude que 53% des décès survenant en réanimation sont précédés de décisions de LAT (7).

A l'échelle européenne, Sprung *et al.*, dans une étude datant de 2003 portant sur 37 services de réanimation situés dans 17 pays d'Europe différents, montrent que 10% des patients admis en réanimation ont bénéficié de décisions de LAT avec un taux de mortalité pour ces patients de 72,6% (8).

A travers une étude américaine de 1997, Prendergast *et al.* précisaient que le nombre de patients décédés en réanimation ayant bénéficié au préalable de décisions de LAT apparaissait en augmentation. En effet, sur une période de 5 ans, ils ont relevé une augmentation de la fréquence des LAT chez les patients décédant dans les services de réanimation (en 1987-88, 51% des patients décédaient dans les suites de LAT contre 90% en 1992-93) (9). De plus ces décisions de LAT survenaient plus tôt dans la prise en charge des patients.

Toutefois, une autre étude menée par Prendergast *et al.* auprès de 131 services de réanimation en 1998, retrouvait des chiffres similaires aux données européennes et françaises

avec un taux de mortalité en réanimation de l'ordre de 9%. En cas de décision de LAT, le taux de mortalité était ici de 70% (10).

Au total, l'application de limitation et d'arrêt des thérapeutiques concerne une partie non négligeable de la population de réanimation de l'ordre de 10%. La fréquence de ces mesures semble en augmentation. De plus, le taux de mortalité apparaît plus important chez les patients ayant bénéficié d'une décision de LAT que dans le reste de la population de réanimation.

3. Application pratique des mesures de limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation

Dans la pratique, les mesures de limitation et d'arrêt de traitements les plus fréquemment appliquées dans les services de réanimation concernent (6,7):

- le recours à l'assistance cardiaque. La thérapeutique la plus souvent limitée est le fait de ne pas réaliser de massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardio-circulatoire. Il peut s'agir également de la non-réalisation de choc électrique externe, ou de la limitation de l'utilisation des inotropes ;

- le recours à l'assistance circulatoire. La mesure la plus symbolique est la limitation, voir l'arrêt des amines vasopressives. L'expansion volémique peut être également concernée ;

- le recours à l'assistance ventilatoire. Cette limitation peut reposer sur l'absence d'utilisation d'une ventilation non-invasive ou la non-réalisation d'une trachéotomie chez un patient bénéficiant déjà d'une IOT. En cas de mesure d'arrêt de la ventilation artificielle, deux techniques cohabitent. Le *terminal weaning* anglo-saxon consiste en une baisse de la FiO^2 jusqu'à 21%. Cette pratique se situe, en terme de fréquence, loin devant celle de l'extubation ou *terminal extubation* des Anglo-Saxons ;

- les méthodes de suppléance rénales. Ainsi, la dialyse, l'hémo-filtration ou l'épuration extra-rénale peuvent être arrêtées ;

- le recours à l'antibiothérapie ;
- le recours à la nutrition artificielle (par voie entérale ou parentérale) ;
- le recours à des transfusions.

Les situations cliniques des patients s'avèrent bien différentes en fonction entre autre de la thérapeutique limitée ou arrêtée. Malgré cette multiplicité de situations, on peut s'interroger sur l'existence de caractéristiques communes aux patients ayant bénéficié de LAT.

4. Caractéristiques communes aux patients justifiant la mise en œuvre de limitations et arrêts des thérapeutiques.

Les deux études françaises de Robert *et al.* et de Ferrand *et al.* ont révélé que les patients ayant bénéficié d'une décision de LAT présentaient, de manière significative, un âge et un score IGS II (correspondant à un score de gravité calculé lors de toute admission en réanimation et ayant un rôle pronostic) plus élevés que les autres patients de réanimation (6,7). Les caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Variation de l'âge et de l'IGS II en fonction de l'existence ou non de mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques.

Source Robert et al. (7) et Ferrand et al. (8)

	Références	**Pas de décision de LAT**	**Limitations traitements**	**Arrêt des traitements**
Age moyen (en années)	Robert *et al.*	53.4	67.8*	71.6*
	Ferrand *et al.*	59	73*	72*
IGS II moyen (indice gravité simplifié)	Robert *et al.*	33.1	55.1*	59.1*
	Ferrand *et al.*	29	50*	62*

$*p<0,001$

De plus, Ferrand *et al.* ont noté parmi les pathologies présentées par les patients ayant bénéficié d'une mesure de LAT un taux plus élevé de cirrhose, d'insuffisance cardiaque ou respiratoire et de cancers en comparaison aux autres patients admis en réanimation (7). Ces données sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Pathologies chroniques présentées par les patients hospitalisés en réanimation. Comparaisons en fonction de l'existence ou non de mesures de LAT.

Source Ferrand et al. (7)

	Pas de décision de LAT	**Limitation et arrêt des thérapies**
Cirrhose	3,8%	8,9%*
Insuffisance cardiaque (stade IV NYHA)	4,4%	11 ,5%*
Insuffisance respiratoire sans oxygénothérapie à domicile	9,3%	12,4%*
Insuffisance respiratoire sous oxygénothérapie à domicile	3,4%	6,6%*
Cancer en stade terminal (hors hémopathie maligne)	0,5%	5,6%*

** p<0,05%*

Sprung *et al.* trouvent des données similaires concernant l'âge des patients et les pathologies qu'ils présentent et ajoutent que les mesures de LAT sont également associées à une durée d'hospitalisation plus longue au sein des services de réanimation (8).

Pour conclure, les patients justifiant la mise en œuvre de limitation et arrêt des thérapeutiques sont plus âgés et présentent un score IGS II au moment de leur admission plus élevé que le reste de la population de réanimation. De plus, ils présentent un profil de pathologies particulier avec une fréquence plus importante de cirrhose, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance respiratoire ou de cancer à un stade terminal.

5. Différences entre «limitation» et «arrêt» des thérapeutiques.

La plupart des recommandations et des auteurs ne différencient pas de manière franche «limitation» et «arrêt des thérapeutiques» en raison de l'absence de distinction morale. C'est l'obligation de moyens qui rend équivalent limitation et arrêt de traitement. En effet, ces mesures sont instaurées afin d'éviter l'obstination déraisonnable pouvant être à l'origine de souffrances physiques et psychologiques pour le patient. Pour permettre d'atteindre cette finalité, il n'y a ainsi pas de différence morale entre faire le bien (soigner), ne pas faire le mal (se refuser d'introduire une thérapie qui relèverait de l'obstination déraisonnable, équivalent à une limitation) et empêcher le mal (arrêter ce qui relève de l'obstination déraisonnable) (2).

Toutefois, Sprung décrit des différences significatives dans la pratique de médecins : certains s'orientant préférentiellement vers une limitation de traitements, pendant que d'autres favoriseront un arrêt des thérapeutiques. Le choix des médecins entre arrêt et limitation des traitements semble être influencé par différents facteurs. Parmi les facteurs décrits comme influençant les pratiques médicales, on retrouve des critères géographiques et religieux (religion du médecin mais également du patient) (8). En effet, Sprung indique que les médecins catholiques, protestants ou athées pratiquent plus facilement l'arrêt des traitements que les médecins grecs orthodoxe, juifs ou musulmans. Par ailleurs les praticiens des pays sud-européens pratiquent nettement moins l'arrêt des thérapeutiques que leurs homologues du nord de l'Europe (17,9% pour le sud contre 47,4% pour le nord) qui s'orientent plutôt vers une limitation des thérapeutiques.

L'influence des critères géographiques et religieux dans le choix des praticiens entre arrêt et limitation de traitement est également soulignée par Vincent après l'analyse des pratiques de 504 médecins réanimateurs exerçant dans 16 différents pays d'Europe interrogés via un questionnaire (11). En effet, 93% des médecins répondeurs déclaraient limiter les traitements et 77% déclaraient arrêter les traitements. Les médecins ayant de fortes convictions religieuses et les médecins du sud de l'Europe mettaient en œuvre de façon moins fréquente des arrêts de traitements en comparaison avec leurs confrères nord-européens ou ayant des convictions religieuses moins affirmées.

Ainsi, si différentes études insistent sur l'impact de critères religieux et géographiques sur le choix des praticiens entre arrêt ou limitations thérapeutiques, nous pouvons nous interroger sur l'indépendance de ces deux critères. En effet, culturellement, les populations

des pays du sud de l'Europe apparaissent avoir des convictions religieuses nettement plus affirmées que les populations nord-européennes.

De plus, les différences de cadre législatif concernant ces décisions de LAT dans les divers pays Européens peuvent également expliquer les différences de pratiques entre le nord et le sud de l'Europe. En effet, la France se positionne pour un refus de l'obstination déraisonnable et de l'euthanasie. Au contraire, certains pays comme la Belgique et les Pays-Bas ont eux légiféré sur l'euthanasie et le suicide assisté (12,13), alors que l'Italie manque de lois spécifiques sur le sujet (14,15).

D'autre part, Meltorp et Nilstun ont permis de montrer que, même si les recommandations admettent qu'il n'y a pas de différences éthiques entre le fait de limiter et d'arrêter des thérapeutiques, cette absence de différence n'apparaît pas si évidente pour les médecins au quotidien. En effet, à la question «Y a-t-il une différence éthique entre limitation et arrêt de thérapeutiques actives ? », 50% des médecins interrogés par les auteurs répondent qu'il existe, selon eux, une différence (16).

Ces différences constatées au quotidien ne s'expliquent pas sur le plan moral mais seraient plutôt la conséquence d'une différence d'ordre psychologique. Grosbuis *et al.* expliquent ceci par l'existence d'une compassion des médecins vis à vis du patient, de ses proches et des soignants (2). Lorsqu'une thérapeutique est mise en œuvre, elle suscite un espoir de guérison, crée une attente. En revanche, lorsque cette dernière est devenue inefficace ou inutile, le fait de l'interrompre fait prendre conscience au patient et à son entourage de l'existence du caractère fatal ou extrêmement péjoratif de sa pathologie. Le patient peut ainsi perdre tout espoir. Cette perte pourrait alors être considérée comme contraire au principe de bienfaisance que nous redéfinirons plus tard. Ainsi, afin de respecter ce principe de bienfaisance, certains réanimateurs préfèrent privilégier une limitation de thérapeutiques. Selon certains auteurs, c'est donc par compassion que des médecins choisissent de limiter des thérapeutiques plutôt que de les interrompre.

Bien que les définitions des LAT soient de prime abord simples, leur instauration chez un patient admis en réanimation provoque inéluctablement de fortes interrogations au sein de l'équipe soignante. Ces interrogations se doivent de déboucher sur un questionnement éthique indispensable à la prise de toutes décisions concernant les limitations et arrêt des thérapeutiques.

C. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE AUTOUR DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REANIMATION

Une décision de limitation ou d'arrêt de traitement est une prise de position difficile pour une équipe soignante. Une des questions les plus redondantes mais également des plus importantes est « que faire pour bien faire ? ». Il n'y a pas de réponse universelle : chaque patient est dans une situation singulière et chaque situation doit donc induire une démarche éthique incluant l'ensemble des intervenants. Ce questionnement se fonde sur différentes notions éthiques que nous tenterons d'éclaircir.

1. Principes éthiques universels

a. Principes de bienfaisance et de non-malfaisance

La prise en charge d'un patient en réanimation et d'une manière générale dans n'importe quel service de soins repose sur deux grands principes que sont les préceptes de bienfaisance et de non-malfaisance.

Le principe de bienfaisance retrouve ses racines dans la doctrine d'Hippocrate et a pour objectif de favoriser le bien être du patient (17). Il consiste donc à prodiguer des thérapeutiques en vue d'obtenir un bénéfice pour le patient, soit en stabilisant ou en améliorant son état de santé, soit en réduisant son invalidité et surtout en soulageant ses souffrances d'ordre physique et psychologique.

Le principe de non-malfaisance se définit par l'obligation pour le médecin de ne pas nuire à la santé du patient, cette notion se retrouve également dans la doctrine d'Hippocrate «*rimum non nocere*» (17).

Ces deux préceptes sont complémentaires. Leur application est quotidienne dans toute pratique clinique lors de l'interrogation sur le rapport bénéfices/risques, qu'il s'agisse de la réalisation d'un examen complémentaire ou de l'administration d'un traitement. Dans certaines situations en réanimation, où le maintien de la vie est artificiel et les thérapeutiques invasives, nous devons nous interroger sur le caractère « bienfaisant » de certains traitements. En effet, malgré l'utilisation de traitements adaptés, l'état de santé de certains patients

n'évolue pas favorablement, conduisant à des situations d'échec thérapeutique. Dans de telles situations, une intensification ou une escalade thérapeutique peut être considérée comme de l'obstination déraisonnable, éloignant le soignant du principe de bienfaisance et apparaissant comme contraire au principe de non-malfaisance.

Dans ces cas particuliers, il nous paraît impératif de nous interroger sur l'opportunité d'instaurer des mesures de LAT. En effet, est-il nécessaire de poursuivre ou d'intensifier une thérapeutique alors que la survenue d'un handicap majeur ou du décès semble inéluctable ? Dans un contexte de pronostic défavorable et irréversible, les thérapies actives peuvent ne plus avoir de sens, voire même devenir préjudiciables pour le confort du patient ; ainsi nous devons alors nous questionner sur le caractère inutile ou futile de ces thérapeutiques.

Ce questionnement a permis de définir le concept de *futility* des Anglo-Saxons (18,19). Dans ce contexte, Schneiderman souligne que « le but ultime de tout traitement est l'amélioration du pronostic, du confort, du bien être, ou de l'état général. Un traitement qui ne peut pourvoir à de tels enjeux doit être considéré comme futile et ne doit, par conséquent, être instauré » (18). Cependant, selon la Société de Réanimation de Langue Française, ce terme de *futility* ne permet pas de définir, à lui seul, le caractère déraisonnable d'une thérapeutique ou d'un examen (3). Il conviendra en effet de distinguer et de hiérarchiser les éléments objectifs et les critères subjectifs lors de l'exposition des arguments permettant la détermination de ce caractère déraisonnable.

b. Le principe d'autonomie

Le principe d'autonomie du patient peut s'apparenter à l'autodétermination. Cela signifie que le patient prend lui-même ses décisions concernant sa santé : il peut donc accepter ou refuser un traitement. Dans un article de 2006, Pérotin définit une personne autonome comme un être à part entière capable « de délibérer au sujet de ses buts personnels et d'agir sous la direction de cette délibération » (20). Ainsi, selon ce principe, la volonté du patient doit primer sur toute décision médicale (à propos de l'instauration comme de l'arrêt d'un traitement).

La mise en œuvre de ce principe d'autonomie en réanimation suppose que le patient soit capable d'exprimer sa volonté (verbalement, à l'aide de directives anticipées ou par l'intermédiaire de sa personne de confiance).

c. Le principe de proportionnalité

La notion de proportionnalité est reprise en 2005 par Verspieren qui écrit qu'il « faut, notamment, parvenir à une décision qui soit relativement satisfaisante au regard des sciences médicales, mais aussi pleinement acceptable par le malade » (21). Elle correspond à la mise en adéquation des moyens investis au but recherché. Ainsi, ce principe de proportionnalité peut faire s'interroger sur les bénéfices attendus d'une thérapeutique de suppléance. Il permet de mettre en balance les bénéfices et les risques de ces traitements dans des situations où le pronostic est défavorable.

La réflexion autour de ces principes universels peut servir de base au questionnement éthique. Mais la démarche de LAT sera également influencée par la relation existante entre le médecin et son patient.

2. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient est la base de toute prise en charge. Le patient se présente au médecin avec un symptôme, une pathologie. Le médecin, lui, reçoit la plainte du patient et s'efforce de lui proposer une réponse adaptée (un examen, une thérapeutique… ou simplement un conseil, une écoute empathique).

Emanuel et Emanuel, en 1992, ont défini quatre types de modèles de relation médecins-patients (22) :

- le modèle paternaliste : dans cette relation, le médecin est considéré comme un « gardien ». Il est le détenteur d'un savoir, et compte tenu de ce savoir, il peut se substituer aux patients et à leurs valeurs pour leur bien-être ;

- le modèle informatif : dans ce type de relation, le médecin est considéré comme un « expert » et fournit ainsi aux patients des informations concernant leur pathologie et les divers traitements envisageables. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance de ces informations et après les avoir intégrées que les patients, en fonction de leurs valeurs personnelles, donneront éventuellement leur accord concernant leur prise en charge ;

- le modèle interprétatif : dans ce type de relation, le médecin a plutôt un rôle de « conseiller ». Il doit s'efforcer de découvrir les valeurs des patients et en fonction de ces dernières, il doit leur proposer une thérapeutique adaptée ;

- le modèle délibératif : il correspond au modèle le plus interactif. Le médecin a dans ce cas un rôle s'apparentant à celui d'un « professeur ». En effet, il renseigne les patients sur leur pathologie et répond à leurs interrogations concernant les thérapeutiques à entreprendre en se référant à leurs valeurs. Dans cette situation, un débat prend alors forme entre les interlocuteurs afin de préserver l'autonomie décisionnelle des patients.

Dans la pratique quotidienne de la médecine, ces quatre modèles relationnels sont bien souvent intriqués (23). Aucun modèle n'est idéal mais chacun d'entre eux peut s'adapter à un profil de patient, en fonction de ses capacités de compréhension, mais également pour un même patient selon l'évolution de sa pathologie. Un modèle relationnel pourra être remplacé par un autre. Ces modèles tendent, à l'exception du premier, à favoriser l'autonomie du patient. En effet, la relation médecin-patient se situe au-delà du traditionnel clivage qui existe entre le modèle paternaliste et autonomiste. Elle se base plus sur une troisième voie, comme le reprend Pérotin (20). Cette troisième voie repose sur l'analyse de la volonté du patient (exprimée directement ou indirectement) et l'administration d'une information claire à propos des risques encourus, auprès du patient ou de son entourage (en cas d'impossibilité de communication), reprenant ainsi les modèles interprétatifs et délibératifs énoncés précédemment.

Toutefois, il existe un problème majeur en réanimation : la plupart des patients se retrouvent dans l'incapacité de communiquer, et ainsi d'exprimer leur volonté du fait de leur pathologie ou des traitements institués (4,24). Comment peuvent-ils alors exercer leur

autonomie ? Quel modèle de relation s'impose-t-il ? Le modèle paternaliste est-il exclusif en réanimation ?

Afin de respecter au plus près la volonté des malades et d'éviter tout antagonisme entre paternalisme et autonomie, le médecin doit donc s'efforcer de chercher toutes traces exprimées de la volonté des patients, qu'elles soient écrites (directives anticipées) ou orales (témoignage de la personne de confiance, de la famille ou des proches). Ce n'est qu'après s'être documenté à propos des souhaits du patient qu'une démarche en vue de l'instauration de mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques pourra être initiée.

3. Détermination du caractère déraisonnable des actes : limites et opposition des principes

Dans certaines situations, les principes éthiques peuvent se confronter, notamment lorsqu'il s'agit de définir le caractère déraisonnable d'un examen ou d'un traitement. Sur quels critères se baser afin de déterminer si une action est déraisonnable ?

La détermination du caractère déraisonnable d'une thérapeutique ou d'un examen en réanimation se heurte à plusieurs contraintes. En effet, dans ce contexte bien particulier où les patients sont dans une très grande majorité des cas dans l'incapacité de pouvoir exercer leur autonomie, le recueil de la volonté de ces derniers est bien souvent difficile. De plus, on peut s'interroger sur les situations où le principe d'autonomie entre en conflit avec celui de bienfaisance ou de non-malfaisance. En effet, la volonté du patient peut aller à l'encontre de ce que le médecin considère comme bienveillant ou non-malfaisant. De cette confrontation découle un questionnement : jusqu'où la volonté du patient peut-elle influencer la décision médicale ?

Il existe selon Grosbuis *et al.* trois niveaux de détermination du déraisonnable (2). Premièrement, il convient de déterminer l'incurabilité et l'inutilité des traitements, c'est-à-dire de collecter des données objectives concernant la situation clinique du patient. Deuxièmement, il est nécessaire d'y ajouter des données intersubjectives (partagées par l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et familiaux). Elles correspondent à ce que chacun et tous évaluent comme impossible à concevoir pour soi-même

ou autrui. Troisièmement, il convient de prendre en compte les données subjectives concernant le patient, faisant référence au principe d'autonomie et donc à son autodétermination afin d'estimer ce qui lui semble possible ou non de supporter.

La compréhension et l'application de ces divers principes éthiques permet de mieux appréhender les difficultés rencontrées face à l'instauration de mesures de LAT, et permet d'offrir ainsi une aide décisionnelle, qui sera renforcée par l'instauration d'une délibération collective éventuellement suivie d'une discussion argumentative.

4. Délibération collective et discussion argumentative

Malgré la recherche d'arguments pour déterminer le caractère déraisonnable d'une thérapeutique, des divergences d'opinion vont émerger immanquablement, que cela soit au sein de l'équipe soignante, entre l'équipe soignante et les proches ou encore entre les proches et le patient. Ainsi, le processus décisionnel doit tenir compte de l'avis de tous en intégrant deux questionnements (4), le premier portant sur la décision qui doit être prise et le second sur les conditions d'application de cette décision.

Dans le cadre du processus décisionnel, certains auteurs insistent sur la nécessité d'instaurer une délibération collective éventuellement suivie d'une discussion argumentative (2, 4). En 1999, Mallet et Chekroud précisaient que « la délibération remet en cause le risque d'une éthique de la conviction et nous initie à une éthique de la discussion » (25).

La délibération collective est instaurée dans l'objectif de déterminer le caractère déraisonnable d'une thérapeutique. Elle est par définition pluridisciplinaire et fait intervenir l'ensemble des intervenants, médicaux et paramédicaux (infirmières, aides soignantes, psychologues, assistantes sociales, …). Cette procédure permet également de s'assurer que l'intention d'instaurer une mesure de LAT est bien corrélée au désir de bannir une obstination déraisonnable. Comme le précise David-Souchot, « cette étape de la discussion correspond à l'universalisation de l'action que l'on propose de faire. Elle permet de valider la compatibilité des orientations prises avec les valeurs du groupe et de la société » (4). Elle permet d'aligner les actes et les choix de l'équipe soignante. Elle permet donc d'exposer les diverses solutions possibles et de déterminer celle qui sera la plus bénéfique pour le patient.

Le but ultime est d'obtenir un consensus auprès de l'ensemble des intervenants en vue de l'application de mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques.

Une absence de consensus suite à une délibération collective doit amener le réanimateur à envisager dans un second temps une discussion argumentative. La discussion argumentative reprend les données de la délibération précédente en confrontant des arguments opposés, notamment moraux. Son objectif est, comme pour la délibération collective, l'obtention d'un consensus décisionnel pour assurer une prise en charge optimale du patient afin d'éviter toute obstination déraisonnable. Selon David-Souchot (4), cette discussion doit respecter plusieurs paramètres :

- le refus de la notion de hiérarchie, et la garantie du droit d'expression de tous les participants ;
- l'acceptation de l'avis, du ressenti de chacun ;
- le rejet de tout intérêt personnel ;
- le fait d'être prêt à renoncer à sa décision.

Il est important de souligner que l'information orale émise lors de ces processus doit être retranscrite dans le dossier médical, afin de s'assurer de la traçabilité de la décision prise.

Ces deux démarches à la base du processus décisionnel sont importantes et indispensables. Toutefois, leur mise en œuvre au quotidien se heurte à plusieurs facteurs limitants (4). Tout d'abord, il peut exister une contrainte liée à la situation elle-même. En effet, la complexité de cette situation peut être si importante que les interrogations suscitées trouvent difficilement des réponses. De plus, la notion de hiérarchie inhérente à tous services peut fausser le déroulement de ces processus décisionnels. Enfin, le manque de temps disponible pour ce type de délibération est un autre facteur limitant important à prendre en compte dans les services de réanimation. Lemaire insiste sur le caractère difficilement reproductible au quotidien de cette démarche car elle est trop procédurale et elle s'adapte difficilement aux situations d'urgence (26).

5. Limitation et arrêt des thérapeutiques, euthanasie et intentionnalité

Pour de nombreux médecins et beaucoup de nos concitoyens, une certaine confusion peut exister entre euthanasie passive et LAT (27). Cette confusion peut se fonder sur la difficulté d'appréhender la définition du terme euthanasie.

Le mot euthanasie provient étymologiquement du grec « eu » qui signifie bon et « thanatos » qui signifie mort. Jusqu'au début du 20e siècle, euthanasie était synonyme de bonne mort, autrement dit de mort douce, sans souffrance. Aujourd'hui, il existe de nombreuses définitions du terme euthanasie qui sont à l'origine d'une confusion à propos de sa signification. Le docteur Gomas, co-fondateur de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), a défini le terme d'euthanasie lors de son audition du 6 janvier 2004 devant la mission d'information parlementaire sur l'accompagnement de la fin de vie (28), comme « un acte délibéré par lequel un tiers entraîne directement la mort d'une personne malade ». Arduin P et Fragkou R. (27,29) déclarent que cette définition implique la réunion de plusieurs éléments distincts :

- l'acte, c'est-à-dire une activité (excluant les situations d'abstention, d'omission, de non-intervention). Cette activité doit faire intervenir deux types de personnes, le bénéficiaire et le tiers. Le bénéficiaire de l'acte correspond à la personne malade. Le tiers est l'auteur de l'euthanasie, il peut s'agir d'un médecin, d'un soignant, d'un membre de la famille ou d'un proche ;

- le caractère délibéré de l'acte, l'intention première du tiers étant de provoquer le décès du malade ;

- une relation de cause à effet entre l'acte et la survenue de la mort.

Cette définition ne fait plus de distinction entre euthanasie « active » et euthanasie « passive ». En effet, cette non-distinction permet de limiter ainsi les ambiguïtés liées aux dérives du terme « euthanasie ». Verspieren (30) insiste sur l'importance de ne pas catégoriser la pratique de l'euthanasie. Selon lui, « l'euthanasie consiste dans le fait de donner sciemment et volontairement la mort ; est euthanasique le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le but de mettre fin à ses souffrances ». Il précise plus loin dans le même ouvrage : « il devient indispensable, à mon avis, d'éviter d'affubler ce terme d'une

série d'épithètes. Le mot d'euthanasie ne convient pas par exemple, et beaucoup s'en rendent compte, pour qualifier la plupart des décisions d'abstention thérapeutique. Aussi, pour désigner une telle pratique, beaucoup emploient l'expression « d'euthanasie passive ». L'épithète « passive » vient atténuer la rigueur du substantif. Mais celui-ci demeure quand même, avec son contenu de causalité et de responsabilité vis-à-vis de la mort du malade. L'expression vient donc, dans la plupart des cas, embrouiller la réflexion ».

Le questionnement autour des LAT s'effectue autour du rejet de l'euthanasie et de l'acharnement thérapeutique, en réfléchissant sur l'intérêt des thérapeutiques en cours ou à venir. Il existe ainsi une grande diversité de voies permettant de concilier pratique médicale et éthique (31) qui se fondent sur l'accompagnement. Pour Gomez (32), « l'euthanasie comme l'acharnement thérapeutique sont les deux faces d'une même médaille : ils marquent l'impossibilité d'accepter la mort, soit en l'anticipant, soit en la retardant. La seule attitude qui laisse la mort venir est l'accompagnement ».

Ainsi, après avoir éclairci la définition même de l'euthanasie, on peut définir un acte d'euthanasique s'il est réalisé dans le but de provoquer le décès du patient. Se pose donc la question de l'intentionnalité ou de l'intention à l'origine de toute décision de LAT. Arduin (27) précise que « la distinction entre omettre et commettre n'a pas de pertinence éthique si l'intention est bien celle de tuer le malade. C'est l'intention de ne pas s'obstiner déraisonnablement ou de soulager le malade qui permet de porter un jugement éthique favorable aux actes en fin de vie ». Dans le cadre de l'euthanasie, l'intention est de provoquer le décès du patient. Au contraire, dans le cadre des mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques, l'intention est d'éviter l'obstination déraisonnable (33). La survenue du décès du malade est alors ici acceptée, reprenant ainsi le principe d'achèvement d'une vie. Ce principe reconnaît que lorsque la survenue du décès d'un patient paraît inéluctable, il n'est plus indiqué de poursuivre une thérapie qui ne ferait que prolonger l'agonie de ce dernier.

Afin de supprimer toute confusion entre euthanasie et LAT, et d'essayer d'objectiver l'intentionnalité de tout acte, il convient que toute décision de LAT soit précédée de l'élaboration d'une démarche éthique.

6. Démarche pour une décision éthique

Certains auteurs proposent une aide méthodologique concernant la mise en œuvre des mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques. Cette aide méthodologique se fonde sur le questionnement éthique que nous venons de détailler.

Meltorp et Nilsun (16) proposent ainsi une réflexion éthique issue de la combinaison de quatre principes généraux :

- l'acte : certains actes sont considérés comme bons quelles que soient leur conséquences ;
- les conséquences de cet acte : les actes ne sont bons que s'ils ont une conséquence bénéfique ;
- les motifs de cet acte : la bienfaisance du motif est l'élément essentiel, même si l'acte est accompli de mauvaise manière ou que les conséquences bénéfiques attendues ne surviennent pas ;
- la situation : l'éthique de la situation assure que c'est le contexte ou les circonstances qui permettent de distinguer les bonnes actions des mauvaises.

En 2001, Gomas indique quant à lui que la décision éthique doit comprendre trois temps (34):

- l'inventaire précis des données techniques, cliniques et des ressources humaines. Cet inventaire concerne le malade, sa maladie et son entourage. Il concerne également les acteurs du soin (médecin prescripteur et soignants) mais aussi le cadre déontologique, légal et le lieu du soin ;
- la délibération interdisciplinaire nécessitant un temps organisé et voulu. Elle correspond à un « espace de parole vraie, et de vraie parole » ;
- la décision, reposant sur l'élaboration d'un acte (en l'occurrence une décision de LAT). Suite à cette prise de décision, il conviendra d'organiser l'annonce de la décision au patient ou son entourage. Il faudra alors programmer une réévaluation, avec réalisation d'un nouvel inventaire.

Au final, la complexité inhérente à chaque situation impose une réflexion éthique préalable à toute décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques. Mais nous devons convenir que les bases de la réflexion éthique peuvent se révéler incertaines, la médecine n'étant pas une science exacte. Cette incertitude est reprise en 2005 par Benaroyo (35) qui déclare que « la réflexion éthique et la pratique nous apprennent que ces décisions ne sont jamais prescrites, qu'elles sont incertaines et risquées. Elles ne débouchent pas sur la bonne décision mais souvent sur la moins mauvaise ». Cela renforce la notion que toute décision doit être réévaluée dans le temps en fonction de l'évolution de la situation.

Face à la complexité des situations de décisions de LAT, et afin d'harmoniser les pratiques, le législateur français s'est vu dans l'obligation d'encadrer ces processus décisionnels et ce notamment par la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti. Certes, l'application de la loi ne se substitue en rien à un questionnement éthique, mais elle permet de poser un cadre, et d'éviter les dérives puisque tous les praticiens d'un même pays doivent s'y soumettre. Pérotin précise que les mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives demeurent des prises de position difficiles et qu'elles ne peuvent se réduire à l'application de critères légaux (36).

D. ENCADREMENT LÉGAL DES LIMITATIONS ET ARRÊTS DES THERAPEUTIQUES EN FRANCE ET RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES

Au vu de la complexité du processus décisionnel, l'Etat Français a promulgué des textes de loi relatifs aux droits des patients et à la fin de vie (qui s'appliquent au sein des services de réanimation mais également à tous les champs de la médecine). De plus, les sociétés savantes ont émis des recommandations ayant pour objectifs de servir d'outil de réflexion à la mise en place de ces mesures de LAT.

Le cadre légal français permet de souligner l'importance de l'autonomie des malades et le respect de la dignité de ces derniers en leur apportant des droits et en clarifiant la pratique médicale, notamment la pratique des LAT, lors des situations de fin de vie (37,38).

1. Encadrement légal

a. Avant 2005

Le législateur a fixé les grandes lignes encadrant la prise en charge des patients :

- en affirmant le refus de l'obstination déraisonnable et de l'euthanasie ;
- en garantissant l'accès aux soins palliatifs pour tout patient le justifiant ;
- en fixant les bases de la relation médecins-patients.

Le refus de l'obstination déraisonnable est inscrit dans l'article 37 du Code de Déontologie Médicale datant de 1995, et modifié en 2010 par le décret 2010-107 (39). Il fixe les diverses missions du médecin en précisant notamment que ce dernier doit s'efforcer de soulager les souffrances physiques et morales de son patient.

Le refus de l'euthanasie est quant à lui inscrit dans l'article 38 de ce code (40). Il proscrit le fait pour un médecin de provoquer délibérément la mort de son patient, en précisant qu'il est dans l'obligation d'accompagner le mourant jusqu'au dernier moment.

Afin de permettre au patient d'être accompagné jusqu'au dernier moment de sa vie et ce quel que soit l'endroit, le législateur a promulgué la loi du 9 juin 1999 (41). Cette dernière garantit l'accès aux soins palliatifs à toute personne le nécessitant.

Toutefois, ces textes de loi ne tiennent pas compte de l'information et de la volonté du patient. C'est la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, qui est venue fixer les règles de la relation médecin-patient en privilégiant l'autonomie face au « paternalisme » médical (42).

Elle reprend donc plusieurs points de la relation médecin-patient mais ne s'applique pas uniquement aux décisions de fin de vie. Une première partie précise l'importance de la recherche du consentement du patient :

- elle définit comme indispensable le consentement éclairé du patient avant tout acte qu'il soit diagnostic ou thérapeutique ;

- elle assure à tout patient le droit d'être informé sur son état de santé, et le cas échéant, elle garantit le respect de la volonté du patient de ne pas être informé « sauf lorsque des tiers sont exposés à des risques de contagion » ;

- elle garantit le respect de la décision du patient, et ce même si cette décision peut faire encourir le décès de ce dernier. Dans ce cas, le médecin doit « tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables ».

Une seconde partie introduit la notion de personne de confiance qui pourra s'exprimer au nom du patient, lorsque celui-ci est dans l'incapacité de communiquer, et qui sera consultée pour tout acte. Elle précise qu'il ne s'agit que d'un avis consultatif et qu'aucune décision médicale ne doit incomber à la personne de confiance ou aux proches y compris dans le cadre de LAT.

Pour mémoire, la personne de confiance doit être désignée par le patient. Il peut s'agir de toute personne majeure (un parent, un proche, le médecin traitant…). Lorsque le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer, la personne de confiance est consultée avant d'envisager tout acte, sauf en cas d'urgence ou en cas d'impossibilité. Cette désignation est faite par écrit et est révocable à tout moment. Si aucune personne de confiance n'a été désignée, le médecin devra systématiquement s'enquérir de l'avis de la famille ou à défaut d'un proche.

Comme nous l'avons détaillé, avant 2005, les textes légaux mettent en exergue des règles générales concernant la prise en charge des patients en affirmant le refus de l'obstination déraisonnable, de l'euthanasie, mais aussi en garantissant l'accès aux soins palliatifs pour les patients. De plus, ils renforcent l'autonomie décisionnelle des patients. En revanche, pour le cas nous concernant, il convient de souligner qu'avant 2005, il n'existait pas d'encadrement législatif clairement défini des limitations et arrêts des thérapeutiques.

b. Après 2005 : apport de la loi du 22/04/05, relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti

La médiatisation du cas de Vincent Humbert (37,38) est à l'origine de l'élaboration de la loi du 22 avril 2005. Au début des années 2000, ce jeune patient âgé de 20 ans devenu tétraplégique suite à un accident de la voie publique, est devenu l'emblème des courants pro-

euthanasie, en revendiquant devant les médias et les autorités son droit à mourir. En l'absence de réponse favorable à sa requête, sa mère a décidé de transgresser l'interdit de donner la mort et de lui administrer une substance létale. Suite à cette injection, Vincent Humbert est entré dans un coma profond et il a alors été hospitalisé dans un service de réanimation. Après avoir mené une réanimation active, les médecins ont pris la décision d'arrêter les thérapeutiques actives le 26 septembre 2003 mais ils ont également effectué une injection de chlorure de potassium entraînant le décès de Vincent Humbert. Par la suite, devant l'émotion suscitée par cette affaire où se mêlent obstination déraisonnable et euthanasie, le député Jean Léonetti a été chargé de mener une mission d'information parlementaire sur l'accompagnement de la fin de vie. Cette mission est à l'origine d'un projet de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie déposé à l'Assemblée Nationale le 26 octobre 2004.

La loi Léonetti réaffirme tout d'abord le refus de l'acharnement thérapeutique ou de l'obstination déraisonnable et indique la nécessité d'un renforcement de l'accès aux soins palliatifs (43).

De plus, elle introduit un autre point important qu'est la notion de directives anticipées dont l'objectif est le suivant : permettre au médecin d'appréhender les volontés d'un patient se retrouvant dans l'impossibilité de s'exprimer concernant son projet thérapeutique, en particulier dans les situations de fin de vie. Des directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure. Un décret du 06/02/06 en précise les modalités de rédaction, de conservation et leur durée de validité (44) :

- modalités de rédaction : manuscrites, datées et signées avec identification précise de l'auteur (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si la personne est dans l'impossibilité de les rédiger tout en gardant des possibilités de communication, deux personnes (comprenant la personne de confiance lorsqu'elle est désignée) doivent attester que le patient est dans l'incapacité de rédiger lui-même ce document et qu'il est bien l'expression de « sa volonté libre et éclairée ». Il conviendra de joindre une attestation comportant les noms et prénoms des témoins à ces directives. Ces directives peuvent être modifiées à tout moment selon les mêmes modalités ;

- modalités de conservation : les directives anticipées doivent être facilement accessibles afin de permettre au médecin de les consulter aisément. Elles

peuvent donc être conservées dans le dossier médical du patient chez son médecin traitant, ou chez tout autre médecin de son choix, ou encore dans le dossier médical lors d'une hospitalisation. Si le patient le désire, il peut lui-même conserver ses propres directives ou les confier à la personne de confiance, un membre de sa famille ou un proche. Le cas échéant, il convient de faire préciser dans le dossier médical du patient (en ville ou en milieu hospitalier) l'existence de ces directives et les coordonnées de la personne qui les conserve. En cas de mise en œuvre de mesures de LAT, le médecin doit interroger la personne de confiance, la famille, un proche ou à défaut le médecin traitant sur l'existence possible de ses directives anticipées s'il n'en a pas eu connaissance avant (il est également garant de leur authenticité et de leur validité) ;

- durée de validité : elle est de trois ans, une fois leur rédaction effective. Leur renouvellement se fait par simple décision de confirmation signée par l'auteur. De plus, « dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte ».

Outre les directives anticipées, la loi du 22 avril 2005 éclaire grandement la démarche à suivre concernant les limitations et arrêts de traitement. En effet, elle permet de distinguer deux types d'attitudes selon l'état de conscience du patient :

- le patient capable d'exprimer sa volonté : deux types de situations coexistent.

    - lorsque le patient est en fin de vie, le médecin se doit de répondre à deux obligations. Premièrement, il doit respecter la volonté du patient après lui avoir fourni une information sur les conséquences de son choix. Deuxièmement, il se doit de garantir la dignité de son patient en lui dispensant des soins palliatifs afin d'assurer la qualité de sa fin de vie.

    - lorsque le médecin fait face à un patient qui n'est pas en situation de fin de vie et qui souhaite interrompre une thérapeutique, il se doit alors de

tout mettre en œuvre pour essayer de le convaincre (loi du 4 mars 2002). Il peut ainsi faire appel à tiers consultant. Dans ce cas, avant toutes prises de décision, le patient doit réitérer sa requête après un « délai raisonnable ». Cette notion de délai raisonnable est toutefois abstraite et reste à l'appréciation du médecin ;

- le patient est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté : le médecin doit prendre connaissance des directives anticipées si elles ont été rédigées. De plus, il doit également consulter l'avis de la personne confiance, ou à défaut celui de la famille ou d'un proche. La loi précise également que l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout avis non-médical, à l'exclusion des directives anticipées.

Cette loi introduit la notion de procédure collégiale, à réaliser préalablement à toutes mesures de LAT. Un décret du 6 février 2006 précise les modes d'application de cette procédure collégiale (45) : cette décision est prise obligatoirement par le médecin en charge du patient « après consultation de l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant ». Il est rappelé qu'il ne doit exister aucun lien de hiérarchie entre le médecin responsable du patient et le médecin consultant. Lors de cette procédure collégiale, il est nécessaire d'avoir pris connaissance des volontés du patient exprimées via des directives anticipées, ou à défaut via la personne de confiance, la famille ou un proche. Si l'un de deux médecins l'estime nécessaire, un second consultant peut être amené à intervenir dans cette procédure collégiale.

En dernier lieu, cette loi reconnaît le droit pour tout patient «en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable» de recevoir un traitement adapté à ses symptômes même si celui-ci peut avoir comme conséquence d'accélérer la survenue de sa mort. Bien entendu, le médecin doit en tenir informer le patient, la personne de confiance puis la famille ou les proches.

Il est nécessaire que l'ensemble de ces décisions soit notifié de façon claire dans le dossier médical du patient.

La loi fixe un cadre s'appliquant à l'ensemble des praticiens français. Cet encadrement législatif permet d'éviter les dérives et d'homogénéiser les pratiques. Il a été complété par des recommandations des sociétés savantes.

2. Recommandations des sociétés savantes

Dès 1996, la Société de Réanimation de Langue Française ou SRLF a constitué un groupe de travail dirigé par le Dr Grosbuis au sein de son comité d'éthique afin de fournir une base aidant à la réflexion pour l'instauration des LAT en réanimation adulte (2).

A partir de ce travail de réflexion et compte tenu des textes de loi en vigueur, la SRLF a publié en 2002 des recommandations (5) visant à encadrer un processus décisionnel difficile en fixant les « missions » des divers intervenants : médecins et équipe de soins, patients, personne de confiance, famille ou proche.

Elles préconisent, en cas de difficultés liées à la clinique, aux manques de compréhension des proches ou en cas de conflits le recours à un tiers extérieur pour avis consultatif. Ce tiers extérieur, ou consultant, peut être un médecin spécialiste (oncologue, médecin de soins palliatifs, pneumologue, psychiatre…), un médecin généraliste ou un comité d'éthique clinique. Ce consultant doit donner un avis motivé sur la situation après avoir pris connaissance du dossier médical et examiné le patient.

Elles précisent le caractère indispensable d'une argumentation de la décision de limitations et d'arrêts des thérapeutiques et les modalités d'application de cette décision. Cette argumentation repose évidemment sur les données anamnestiques, cliniques, biologiques et pronostiques de chaque patient.

De plus, elles insistent sur l'absolue nécessité de rechercher un consensus, même si cela ne peut être considéré comme une garantie éthique.

Suite à la loi du 22 avril 2005, la SRLF a publié en 2010 une actualisation des recommandations concernant l'encadrement des pratiques de LAT en réanimation adulte (3). Elle a édité un guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique (annexe I). Ce guide propose d'une part de recenser l'ensemble des intervenants

participant à la réflexion collégiale ayant lieu autour du patient. D'autre part, il aide à identifier les problématiques soulevées par la situation clinique de ce dernier et propose une argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements. De plus, il permet de notifier l'avis du médecin référent et précise le niveau de consensus obtenu auprès des participants et l'adhésion ou non du patient et de ces proches à la stratégie proposée.

A l'issue de la réflexion collégiale, si une décision d'instauration de LAT est prise, la SRLF propose de consigner cette décision dans la « fiche de décision de limitation ou arrêt des traitements » (annexe II). Ce second formulaire reporte l'avis du consultant extérieur requis et permet de lister les mesures de LAT, d'accompagnement et les différents traitements de confort à entreprendre. Il s'interroge également sur la possible nécessité de recourir à l'action des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs, notamment en cas de questionnement sur les traitements de confort ou encore pour accompagner les proches et les équipes soignantes.

La Société française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a également émis des recommandations à propos des LAT (46). Ces recommandations sont élaborées à partir d'une réflexion autour de la loi Léonetti. Elles distinguent, comme la loi le préconise, les situations concernant les patients possédant leurs capacités de communication des patients hors d'état d'exprimer leur volonté. De plus, la SFAR participe au débat en comparant l'attitude des états à travers le monde vis-à-vis de la fin de vie (47).

Ainsi, la loi et les recommandations des sociétés savantes encadrent les décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques. Encore faut-il qu'elles soient connues du monde de la réanimation, diffusées et appliquées dans les services. Il existe malheureusement bien souvent une méconnaissance de la loi au sein des équipes soignantes et du grand public. Il semble donc nécessaire de poursuivre une mission de diffusion et d'information qui peut notamment passer par l'intervention des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs au sein des services.

E. EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

Avant de préciser les conditions de leur création et les missions des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), nous pensons qu'il est important de citer la définition des soins palliatifs fixée par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) en 1996 : « les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent aux malades en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. L'information et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leurs pratiques cliniques, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués ».

1. Création des équipes mobiles

Dans les années 70, les soins palliatifs modernes ont été créés au sein des hospices. Ce courant a été initié au Royaume-Uni par Cicely Saunders. La première EMSP a vu le jour à Londres en 1974, puis ces équipes se sont diffusées dans toute l'Angleterre puis à travers toute l'Europe.

Le vieillissement de la population à l'origine de la multiplication des pathologies chroniques et dégénératives, ainsi que l'épidémie de VIH des années 1980 ont contribué à l'expansion des problématiques de fin de vie et à l'essor des équipes mobiles. Ce développement a différé d'un pays européen à l'autre en fonction des différences culturelles, historiques et législatives (48).

Les soins palliatifs et des équipes mobiles se sont développés sur le territoire français suite à la publication en 1984 d'un article où Vespieren dénonçait la pratique de l'euthanasie dans les hôpitaux. Cet article a entraîné une prise de conscience des autorités et la création du Comité Consultatif d'Ethique Médicale. Par la suite, un groupe de travail ministériel a été créé, ce qui a permis l'élaboration de la Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale dite circulaire Laroque. Cette circulaire demeure le texte de référence ayant permis l'essor des soins palliatifs en France. Le 9 juin 1999, la loi Kouchner garantissant l'accès aux soins palliatifs à tous les patients le nécessitant a été votée à l'unanimité. La circulaire n°2002-98 du 19 février 2002 (49) qui a résulté du constat de l'inégalité d'accès aux soins palliatifs en fonction des départements et des régions, fixe les missions des EMSP.

2. Définition et missions des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

L'EMSP est une équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire se déplaçant au chevet des patients et/ou auprès des équipes soignantes suite à une demande formulée par les professionnels de santé. Leur activité est transversale, elles jouent un rôle de conseil et de soutien. Ces EMSP peuvent être assimilées à un vecteur de l'esprit palliatif dans les services, assurant ainsi le respect des droits de patients en fin de vie, notamment le respect de la bonne utilisation et l'application de la loi Léonetti. Elles participent ainsi à l'expansion de la pensée palliative au sein des établissements de santé. De par leur transversalité, les activités des EMSP reposent sur la collaboration avec les équipes de soins sans se substituer à ces équipes (50).

La circulaire du 19 février 2002 précise les missions des EMSP en les définissants comme des « conseillères » auprès des autres services soignants (49). Leur rôle est multiple :

- elles évaluent la situation clinique du patient en identifiant les diverses problématiques rencontrées par l'équipe de soins (somatique, psychologique, spirituelle et relationnelle) ;

- elles proposent, mais n'imposent pas, un projet de soins si cela s'avère nécessaire ;

- elles participent au questionnement éthique soulevé par la complexité et la singularité de la situation du patient, aidant ainsi au processus décisionnel ;

- elles évaluent l'évolution de la situation et adaptent leurs propositions en fonction de cette évolution ;

- elles permettent également la mise en place d'un soutien psychologique vis-à-vis de l'équipe soignante, du patient et de ses proches ;

- elles assurent et améliorent la mise en relation des divers intervenants (services sociaux, personnels médicaux et paramédicaux, patients, familles et proches).

De plus, cette circulaire précise l'intérêt de ces EMSP dans la diffusion, l'intégration et le développement de la démarche palliative au sein des établissements de santé et de la population générale.

En assurant ces diverses missions de consultant/conseiller, il apparaît que l'intervention des EMSP comme tiers en vue de l'instauration de décisions de LAT en réanimation peut être légitime. En effet, ces équipes peuvent participer à la démarche éthique afin d'aider les réanimateurs à déterminer le caractère déraisonnable d'une thérapeutique. De plus, leurs connaissances concernant le processus de fin de vie permettent une prise en charge adaptée des patients, des familles et des proches (avant, pendant ou après les décisions de LAT).

Depuis leur création, au cours des années 50, les services de réanimation ont connu un essor remarquable, permettant ainsi la survie de nombreux patients. Cet essor s'est fondé sur le développement de techniques de suppléances d'organes de plus en plus performantes.

Toutefois, il a aussi mené à l'apparition de situations complexes. En effet, dans certaines situations singulières, la survie des patients s'effectue au prix de lourds handicaps introduisant la notion d'acharnement thérapeutique. Afin d'éviter toute obstination déraisonnable, des mesures de limitations et/ou d'arrêt des thérapeutiques ont été développées. Ces mesures imposent le recentrage des soins sur le confort et le soulagement du patient.

En 2005, le législateur français a clarifié l'encadrement des LAT et introduit la nécessité de consultation d'un médecin extérieur à l'équipe. Néanmoins, il est évident que les mesures de limitations ou arrêts des thérapeutiques demeurent des prises de positions difficiles et qu'elles ne peuvent se réduire à l'application de critères légaux. Ainsi, il est indispensable de mener une démarche éthique en s'adaptant à la singularité de chaque situation.

Par leurs compétences dans la gestion des symptômes pénibles en fin de vie et leurs connaissances tant sur le plan légal qu'éthique, les EMSP semblent avoir une place légitime dans les réflexions autour des LAT. C'est en observant la collaboration de plus en plus étroite entre le service de réanimation polyvalente de Metz et l'EMSP du CHR de Metz-Thionville que l'idée d'une étude spécifique a émergé.

II. ETUDE

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Comme nous l'avons vu, la mise en place de mesures de LAT est un sujet complexe. Elle nécessite le respect d'une procédure codifiée dans le but d'éviter toute obstination déraisonnable et de respecter au plus près la volonté du patient.

Depuis 2011, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est devenue l'intervenant principal du service de réanimation polyvalente de Metz lors des décisions collégiales de limitations et d'arrêts des thérapeutiques. Face à ce constat, plusieurs questions apparaissent : quels sont les patients concernés ? Sont-ils représentatifs des patients habituellement rencontrés dans les études concernant les LAT ? Quelles démarches sont mises en place ? L'intervention de l'EMSP est-elle légitime dans ce contexte ? Existe-t-il une augmentation des limitations thérapeutiques ?...

Afin de répondre à toutes ces interrogations, nous avons donc décidé de réaliser une étude dans le but d'évaluer l'action de l'EMSP au sein du service de réanimation. Notre objectif principal était de déterminer les caractéristiques des patients concernés par une intervention de l'EMSP, ceci pour les comparer avec le reste de la population de réanimation et avec les principales cohortes de la littérature concernant la mise en place de LAT. Nos objectifs secondaires étaient de répertorier les actions mises en place par l'EMSP ainsi que leurs conséquences. Enfin, en dernier lieu, nous espérions pouvoir recueillir les éléments susceptibles de mener une réflexion concernant la légitimité de l'EMSP en tant que tiers extérieur dans le processus décisionnel conduisant aux mesures de LAT.

B. METHODE ET MATERIELS

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective réalisée dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours du CHR Metz-Thionville.

a. Critères d'inclusion

Tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours du CHR de Metz-Thionville entre le 01/01/11 et le 31/08/12 et ayant bénéficié d'au moins une consultation de l'EMSP au cours de leur séjour ont été inclus.

b. Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

c. Procédure

Les patients ont été colligés en confrontant les données des dossiers médicaux du service de réanimation durant la période étudiée et les comptes rendus de consultation de l'EMSP.

Nous avons comparé les caractéristiques de notre population cible (suivie par l'EMSP) avec celles des autres patients hospitalisés en réanimation sur la même période, en exploitant les données médicales fournies par le département d'informatique médicale du CHR.

2. Présentation du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, du service de réanimation polyvalente du site de Bon-Secours et de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Le CHR de Metz-Thionville est un établissement hospitalier intercommunal fondé en 1976 suite au regroupement des activités des Centres Hospitaliers de Metz et de Thionville.

Sa capacité actuelle d'accueil est de 1948 lits répartis sur plusieurs sites.

a. Les services de réanimation du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville

L'activité de réanimation est organisée autour de deux services distants d'une trentaine de kilomètres :

- le premier est situé au sein de l'hôpital Bel Air de Thionville et n'est pas concerné par notre étude ;
- le second, concerné par notre enquête, est situé dans l'enceinte de l'hôpital Bon-Secours à Metz. Ce service de réanimation, inauguré en 1998, a une capacité de 16 lits. Au cours de l'année 2011, le nombre total d'entrée a été de 725 et le nombre de journées d'hospitalisations réalisées de 4811, soit un taux d'occupation moyen de 81,23%. Parmi les patients hospitalisés dans ce service, 124 sont décédés, soit un taux de mortalité de l'ordre de 24%.

b. Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Régionale Metz-Thionville

L'EMSP est implantée sur le site de l'hôpital Beauregard à Thionville. Durant l'année 2011, le binôme médecin/IDE (infirmière diplômée d'état) de l'EMSP a suivi 482 patients, soit 1587 consultations dans 68 services (dont certains hors CHR, dans le cadre d'une convention), avec un nombre moyen de 3,6 consultations par patient. L'âge moyen des patients suivis était de 70 ans (minimum 7 ans et maximum 103 ans).

3. Paramètres mesurés

Nous avons décidé de relever, pour l'ensemble de la population de réanimation, les paramètres suivants:

- données épidémiologiques (âge, sexe) ;
- diagnostic principal selon la classification CMD-RSS (Catégorie Majeure de diagnostic-Résumé de Sortie Standardisée) (annexe III) ;
- score de gravité traduit par le score IGS II (annexe IV) ;
- durée du séjour dans le service de réanimation ;
- mortalité des patients à la sortie de l'hospitalisation de réanimation.

Afin de pouvoir comparer notre effectif avec le reste de la population de réanimation, nous avons choisi d'utiliser la classification CMD-RSS. L'utilisation des autres types de classification telle que la DP-RUM (Diagnostics Principaux-Résume d'Unité Médicale) ou DP-RSS (Diagnostics Principaux-Résumé de Sortie Standardisée) n'a pas été retenue, en raison du faible effectif de notre population et de la grande hétérogénéité des libellés diagnostics ne rendant pas possible cette comparaison. De plus nous avons préféré utiliser la classification CMD-RSS à la CMD-RUM (Catégorie Majeur Diagnostic-Résumé d'Unité Médicale) afin de réduire la part de CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » qui n'est pas assez précise.

Pour les patients ayant bénéficié de l'intervention de l'EMSP durant leur séjour dans le service de réanimation, les caractéristiques supplémentaires suivantes ont été relevées :

- Caractéristiques cliniques:
    - diagnostics à l'entrée ;
    - comorbidités, avec en particulier l'évaluation du score Mac Cabe (annexe V) ;
    - défaillances d'organes au moment de l'intervention de l'EMSP, grâce à l'utilisation du score SOFA (annexe VI).

- Outils aidant à la mise en œuvre du processus de limitations et arrêts des thérapeutiques :
    - recherche de la volonté du patient (expression directe, directives anticipées, entretien avec la personne de confiance désignée ou avec la famille) ;
    - remplissage du « formulaire éthique » (annexe VII).
- Intervention de l'EMSP :
    - nombre de consultations de cette équipe (binôme médecin/IDE, psychologue et ergothérapeute) ;
    - délai entre la date d'admission et la date d'intervention de l'EMSP.
- Les limitations et arrêts des thérapeutiques en pratique :
    - taux de prises de décisions de LAT ;
    - nature des limitations réalisées ;
    - nature des arrêts effectués ;
    - attitudes thérapeutiques observées en cas d'arrêt de la ventilation artificielle, avec en particulier les variations de posologie des médicaments sédatifs et morphiniques.

4. Analyse des résultats

Dans un premier temps, nous allons effectuer une description des caractéristiques des patients ayant bénéficié de l'intervention de l'EMSP.

Dans un deuxième temps, nous effectuerons une comparaison des caractéristiques des patients suivis par l'EMSP face au reste de la population de réanimation, nous permettant

d’extraire ainsi l’existence de points communs ou de différences (âge, sexe, score IGS II, diagnostics d’entrée, durée de séjour, mode de sortie).

Dans un troisième temps, nous décrirons la collaboration entre EMSP et réanimateurs dans la mise en place de mesures de LAT.

5. Analyse statistique

Le travail d'analyse statistique a été réalisé avec l'aide du logiciel SAS 8.0.

Les variables qualitatives à 2 classes (à savoir le sexe et le décès au cours du séjour de réanimation) ont été comparées à l'aide du test du Chi 2.

Les variables qualitatives à plus de 2 classes (à savoir l'âge une fois classé en trois catégories et les diagnostics à l’entrée) ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher.

Les variables quantitatives (à savoir l’âge, la durée de séjour en réanimation et le score IGS II) ont été comparées à l'aide du test de Student.

C. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. Profil des patients concernés par l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Cette équipe a été amenée à intervenir auprès de 19 patients dans le service de réanimation du site Bon-Secours à Metz en 2011, pour 35 consultations. Pour les 8 premiers mois de l'année 2012, l'EMSP est intervenue auprès de 17 patients, représentant 41 consultations. On note une très nette augmentation du chiffre d'interventions de l'EMSP puisqu'en 2009, l'EMSP était intervenue en réanimation auprès de 2 patients pour 3 consultations et en 2010, 4 patients pour 5 consultations.

Sur la période étudiée, à savoir du 1er janvier 2011 au 31 août 2012, l'EMSP de Thionville est intervenue auprès de 36 patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours.

a. Caractéristiques générales et cliniques de la population

- Sexe : notre population est constituée de 27 hommes et 9 femmes soit respectivement 75% et 25 % de la population ;
- Age : la répartition en fonction de l'âge est résumée dans la figure 1 ;

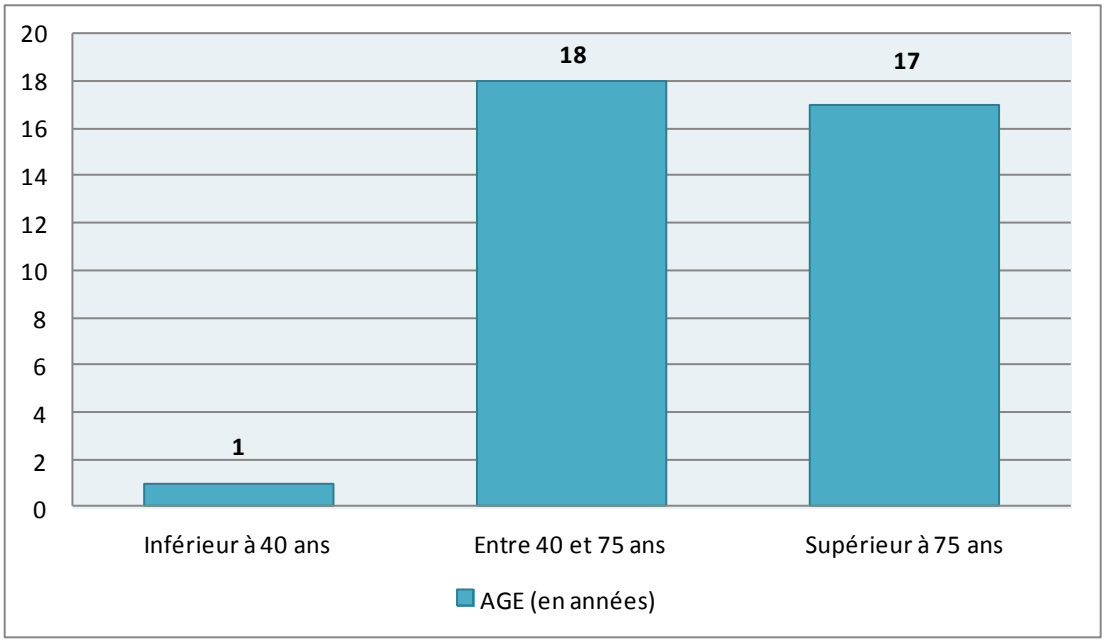

Figure 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge (n = 36)

- Durée de séjour moyenne : elle est de 17,9 jours avec un écart-type de 14 ;
- Les diagnostics à l'entrée des patients concernés par l'intervention de l'EMSP sont présentés dans tableau 3 ;

Tableau 3 : Diagnostics à l'entrée

		Effectif (n = 36)	
		N	**%**
Arrêt cardio-respiratoire		12	33,33
Syndrome de détresse respiratoire aiguë		7	19,45
Choc septique		5	13,9
Coma		3	8,33
Post chirurgie	**Post chirurgie digestive**	3	8,33
	Post chirurgie cardiaque	2	5,55
Troubles neurologiques graves	**AVC**	1	2,78
	Infection cérébrale	1	2,78
Autres		2	2,78

Parmi les deux patients présentant des troubles neurologiques graves, nous pensons important de préciser une situation clinique singulière. En effet, pour une patiente, âgée de 68 ans, l'objectif de son transfert en réanimation n'était pas l'amélioration de son état clinique mais l'attente de son passage en mort cérébrale en vue d'un prélèvement multi-organe. Cette dernière présentait en effet un volumineux hématome cérébelleux associé à une dilatation ventriculaire pour lequel aucune indication neurochirurgicale n'a été retenue.

- Comorbidités associées pour certains patients :
    - un patient présente une hémopathie maligne ;
    - trois patients présentent une pathologie néoplasique ;

- deux patients présentent un AVC associé ;

- L'état antérieur de la population dans les 3 mois précédant son admission en réanimation a été évalué grâce à l'échelle de Mac Cabe. Parmi nos 36 patients, 21 patients présentaient un score Mac Cabe à 0, 10 présentaient un score de 1, et 3 présentaient un score de 2 (figure 2). Nous n'avons pas pu déterminer de score pour deux patients car il était impossible de recueillir leurs antécédents.

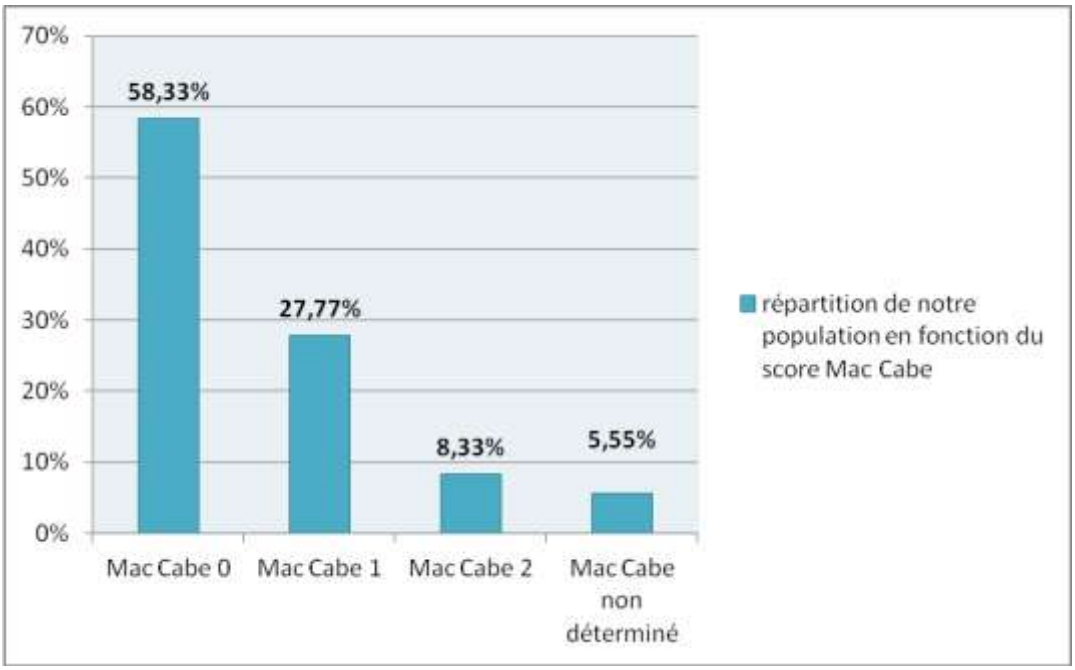

Figure 2 : Répartition de la population en fonction du score de Mac Cabe (n = 36)

- Score IGS II : l'IGS II moyen est de 60,9 avec un écart-type de 17,4.

- Score SOFA au moment de la première intervention de l'EMSP : le SOFA moyen est de 7,23, avec un écart-type de 2,53. Pour deux patients, ce score n'a pu être calculé. Il est important de souligner :

  - une répartition homogène des patients concernant le score SOFA sur le plan respiratoire et rénal ;

  - l'existence d'une majorité de patients présentant un score SOFA de 0 et 1 sur le plan hépatique, cardio-vasculaire et de la coagulation ;

- l'existence d'une majorité de patients présentant un score SOFA de 4 sur le plan neurologique (tableau 4).

Tableau 4 : répartition des patients suivis par l'EMSP en fonction du détail de leur score SOFA (n = 34)

Score SOFA	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Respiratoire	8,8%	26,5%	29,4%	23,5%	11,8%
Coagulation	58,8%	17,6%	20,7%	2,9%	0%
Hépatique	88,3%	8,8%	2,9%	0%	0%
Cardio-vasculaire	79,4%	20,6%	0%	0%	0%
Système nerveux	11,8%	2,9%	8,8%	23,5%	53%
Rénal	35,3%	32,3%	20,6%	11,8%	0%

- mode de sortie de réanimation (figure 3) : 26 de nos patients sont décédés au cours de leur séjour, soit 72,22% de notre population. Les 10 autres patients ont été transférés dans d'autres services hospitaliers : 7 patients ont été transférés dans un autre service du CHR (3 sont décédés après leur transfert), les 3 autres ont été envoyés dans des services extérieurs au CHR (un patient est décédé par la suite).

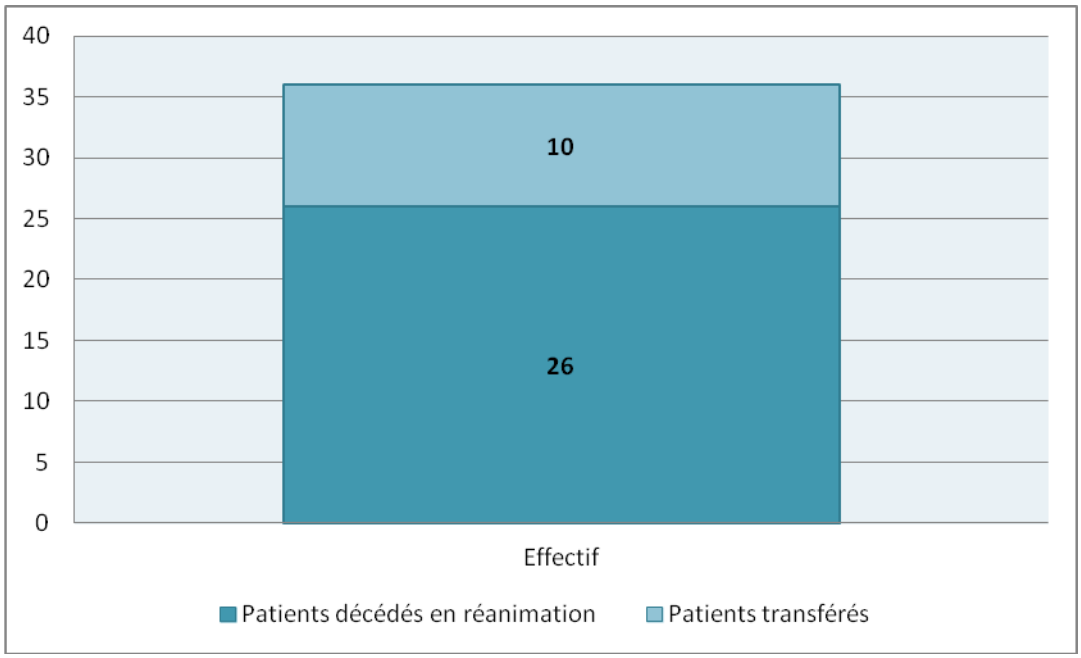

Figure 3 : Mode de sortie des patients (n = 36)

b. Caractéristiques comparées entre la population suivie par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et le reste de la population de réanimation

Nous avons effectué une analyse comparative entre la population des 36 patients suivis par l'EMSP et le reste de la population des patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de l'hôpital Bon-Secours sur la période du 01/01/12 au 31/08/12 inclus.

Le nombre total de patients admis sur cette période dans le service de réanimation ciblé est de 1256.

Les résultats de la comparaison des caractéristiques quantitatives sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques quantitatives comparées des patients avec et sans intervention de l'EMSP

	Intervention EMSP (n = 36)	**Pas d'intervention EMSP (n = 1220)**	
Age (en années)	65,4 [11,7]	63,7 [15,9]	p = 0,0434
Durée de séjour en réanimation (en jours)	17,9 [14]	5,6 [8,5]	p < 0,0001
IGS II	60,9 [17,4]	51,5 [23,6]	p = 0,0002

Moyenne [Ecart-type]

Les patients suivis par l'EMSP sont de manière significative plus âgés, dans un état plus grave à l'admission et hospitalisés plus longtemps que le reste de la population de réanimation.

Les résultats de la comparaison des caractéristiques qualitatives sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Caractéristiques qualitatives comparées des patients avec et sans intervention de l'EMSP

		Intervention EMSP (n = 36)	Pas d'intervention EMSP (n = 1220)	Comparaison EMSP/non EMSP
Sexe (homme)		27 (75)	732 (60)	p = 0,083
Décès en réanimation		26 (72,22)	281 (23,05)	p < 0.0001
Age (en années)	< 40 ans	1 (2,78)	105 (8,61)	p = 0,0060
	Entre 40 et 75 ans	18 (50)	714 (58,52)	
	> 75 ans	17 (47,22)	401 (32,87)	

Effectif (Pourcentage)

La mortalité est donc significativement plus élevée pour notre population.

Les résultats de la comparaison entre les diagnostics à l'entrée classés selon la classification CMD-RSS sont présentés dans le tableau 7. Il faut souligner que les diagnostics à l'entrée pour 15 patients du groupe n'ayant pas bénéficié de l'intervention de l'EMSP n'ont pas été retrouvés.

Tableau 7 : Diagnostics à l'entrée selon la classification CMD RSS (n = 1241; 15 données manquantes dans le groupe sans intervention de l'EMSP)

	Intervention EMSP (n = 36)	**Pas d'intervention EMSP (n = 1205)**	**p**
Affections de l'appareil circulatoire	17 (47,22)	349 (28,96)	0,935
Affections de l'appareil respiratoire	6 (16,67)	213 (17,68)	
Affections du système nerveux	4 (11,11)	152 (12,61)	
Affections du tube digestif	3 (8,33)	135 (11,2)	
Affections du rein et des voies urinaires	1 (2,78)	86 (7,17)	
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2 (5,56)	39 (3,24)	
Traumatismes, allergies et	1 (2,78)	36 (2,99)	
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1 (2,78)	18 (1,49)	
Autres	1 (2,78)	177 (14,69)	

Effectif (Pourcentage)

Ainsi, notre étude n'a pas pu mettre en évidence de différence significative entre les diagnostics principaux à l'entrée des patients ayant bénéficiés de l'intervention de l'EMSP et ceux n'en ayant pas bénéficiés.

2. Intervention Equipe Mobile de Soins Palliatifs

a. Nombre d'interventions de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Le nombre moyen de consultations médicales réalisées par l'EMSP est de 2,11 consultations par patient avec un écart-type de 1,33. Ces données sont résumées dans la figure 4.

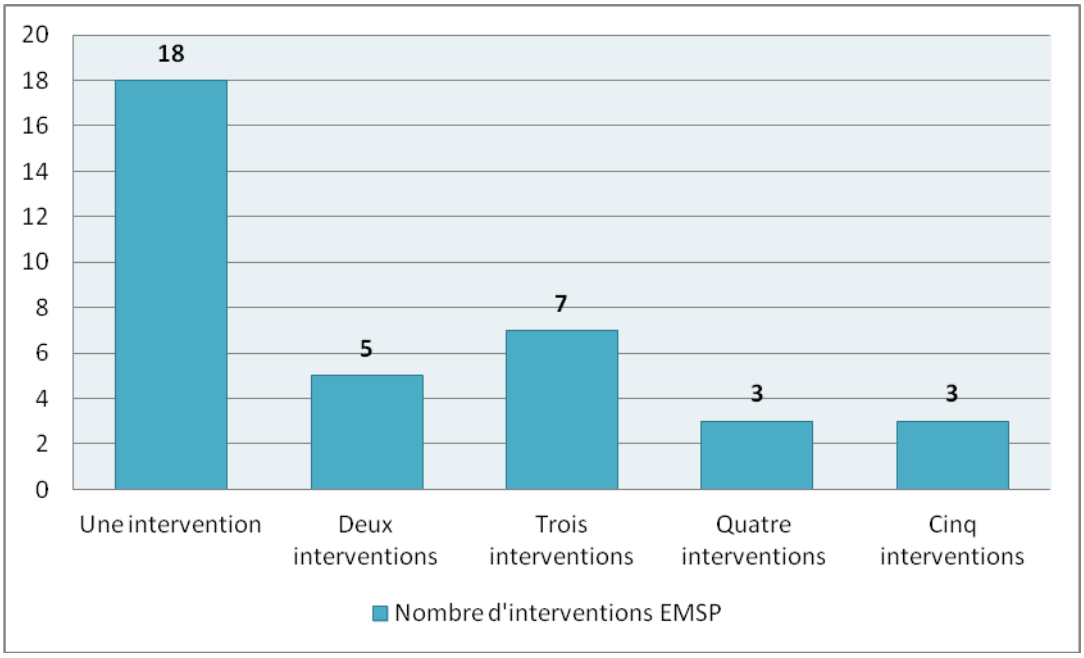

Figure 4 : Nombre d'interventions de l'EMSP (binôme médecin-IDE ou médecin seul) par patient (n = 36)

Les psychologues de l'EMSP sont intervenus auprès de 11 patients et familles et les ergothérapeutes auprès de 2 patients.

b. Délai entre l'admission du patient en réanimation et la première intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

L'EMSP est intervenue auprès de nos 36 patients après un délai moyen par rapport à la date d'admission en réanimation de 14,94 jours (l'écart-type étant de 13 jours). Ce délai peut aller de 3 à 56 jours.

3. Outils aidant à la mise en œuvre du processus de limitation et d'arrêt des thérapeutiques

a. Expression de la volonté du patient

La volonté des patients a pu être retrouvée dans 17 cas. Les divers modes d'expression de la volonté des patients sont résumés au sein de la figure 5 (expression directe, informations recueillies auprès des familles, existence de directives anticipées ou désignation d'une personne de confiance).

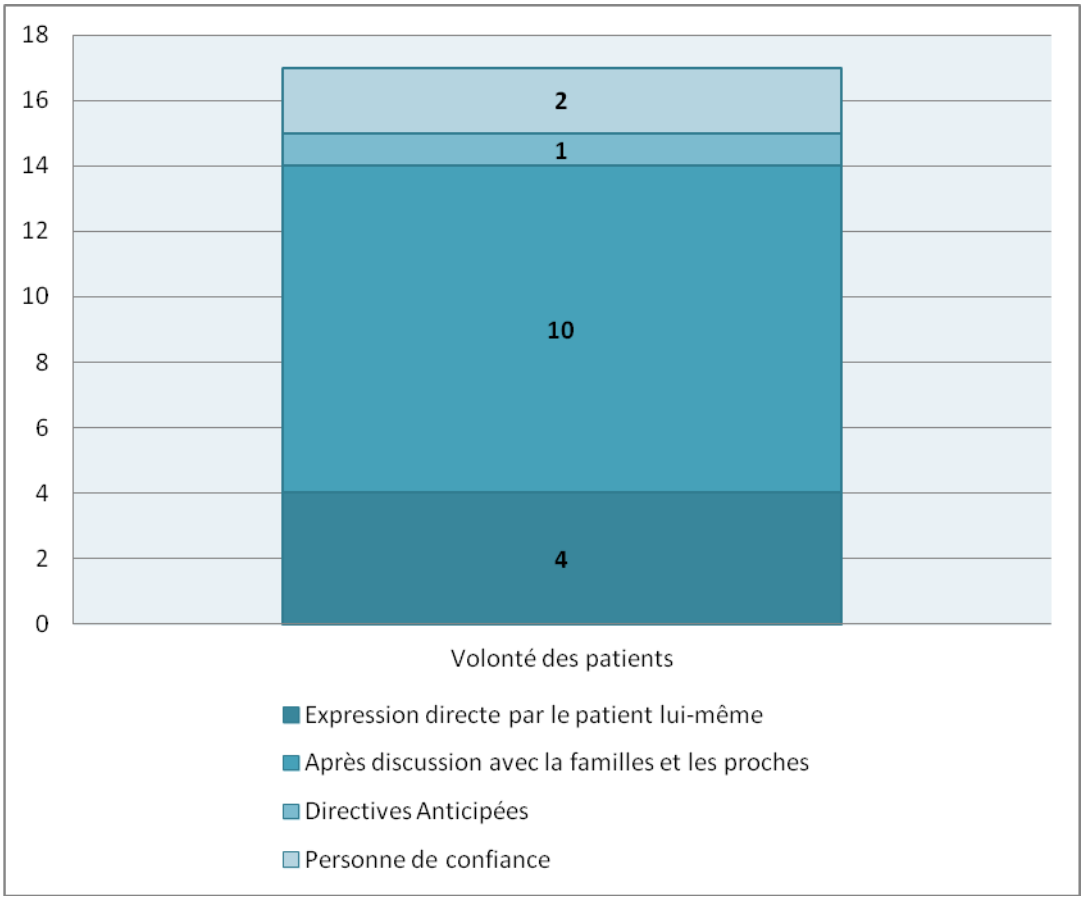

Figure 5 : Modes d'expression de la volonté des patients (n = 17)

b. Utilisation du « formulaire éthique » mis en place dans le service afin d'assurer une meilleur traçabilité des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques

Sur nos 36 patients concernés par l'intervention de l'EMSP en vue de l'instauration de mesures de LAT, le « formulaire éthique » a été rempli dans 77,77 % des cas.

4. Limitation et arrêt des thérapeutiques en pratique

a. Prise de décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques

Suite au passage de l'EMSP, des mesures de LAT ont été entreprises pour 33 patients, ce qui représente 91,66% de notre population. Parmi ces 33 patients, 100% ont bénéficié de mesures de non-réascension thérapeutique et 75,75% ont bénéficié de mesures d'arrêt de thérapeutiques.

b. Nature des limitations thérapeutiques effectuées

Ces résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Nature des limitations (n = 33)

	Effectif (n)	Pourcentage
Limitation massage cardiaque externe	32	96,96 %
Limitation choc électrique externe	31	93,93%
Limitation épuration extra-rénale	28	84,84%
Limitation amines vasopressives	26	78,78%
Limitation transfusion	20	60,60%
Limitation de l'expansion volémique	17	51,51%
Limitation trachéotomie	15	45,45%
Limitation antibiothérapie	12	36,36%
Limitation intubation oro-trachéale	10	30,30%
Limitation VNI	8	24 ,24%
Limitation nutrition artificielle	5	15,15%

c. Nature des arrêts de traitements

Ces résultats sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Nature des arrêts de traitements (n = 27)

	Effectif (Nombre de patients/ Nombre de patients recevant la thérapeutique avant son arrêt (pourcentage)	**Pourcentage par rapport à l'ensemble des patients concernés par LAT**
Arrêt de la nutrition artificielle	18 / 31 (58%)	54,54%
Arrêt de la ventilation artificielle	15 / 28 (53,57%)	45,45%
Arrêt de l'antibiothérapie	11 / 18 (61,11%)	33,33%
Arrêt de l'épuration extra-rénale	4 / 4 (100%)	12 ,12%
Arrêt des amines	1 / 2 (50%)	3,03%
Arrêt de l'hydratation artificielle	0 / 33 (0%)	0%

L'arrêt de la ventilation artificielle peut s'effectuer de plusieurs façons, soit en effectuant une baisse progressive de la FiO_2, soit en effectuant une extubation terminale qui peut être ou non précédée d'une baisse progressive de la FiO_2 :

- 3 patients ont bénéficié d'une baisse progressive de la FiO_2 ;
- 8 ont bénéficié d'une extubation terminale ;
- 4 d'une extubation terminale précédée d'une baisse progressive de la FiO^2 (voir figure 6).

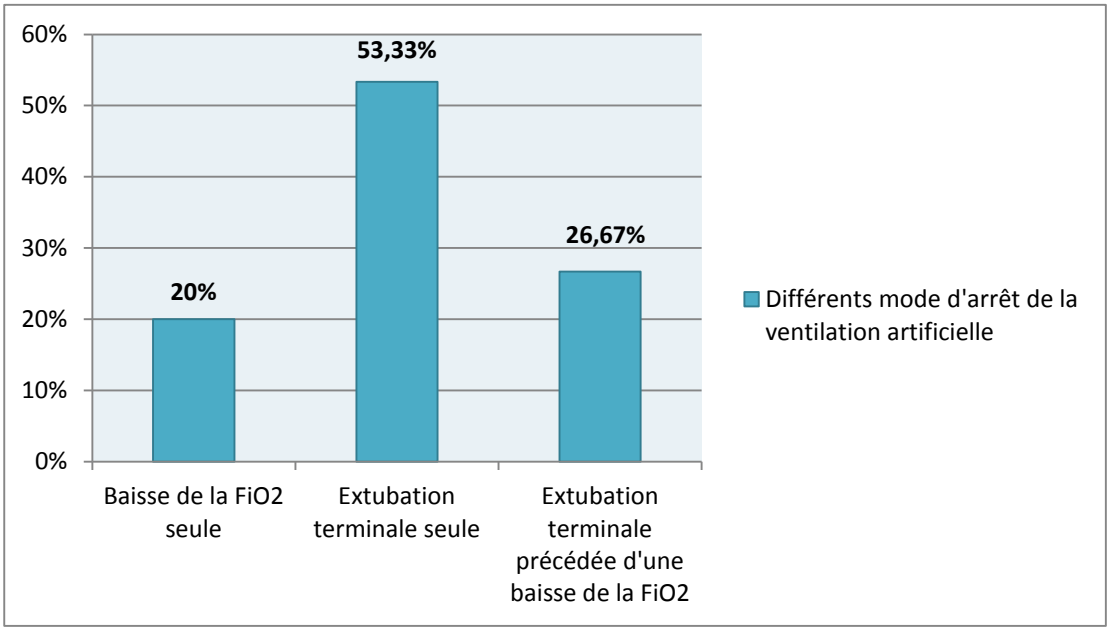

Figure 6 : Modes d'arrêt de la ventilation artificielle (n =15)

De plus, nous avons constaté que le monitorage des patients a été arrêté dans 21,21% des cas et les examens complémentaires dans 39,39% des cas.

d. Variations de la posologie des médicaments sédatifs ou antalgiques en cas d'arrêt de la ventilation artificielle

La ventilation artificielle a été arrêtée dans 45,45% (n=15) des cas concernés par des mesures de LAT. En cas d'arrêt de la ventilation artificielle, diverses attitudes thérapeutiques ont été observées. Ces attitudes thérapeutiques sont présentées dans la figure numéro 7. De plus, pour les 14 patients ayant bénéficiés de l'introduction d'un médicament sédatif ou morphinique, nous avons noté une stabilité de la posologie de ces médicaments pour 7 d'entre eux et une majoration de la posologie pour 8 d'entre eux. Ces variations de posologies sont représentées par la figure 8.

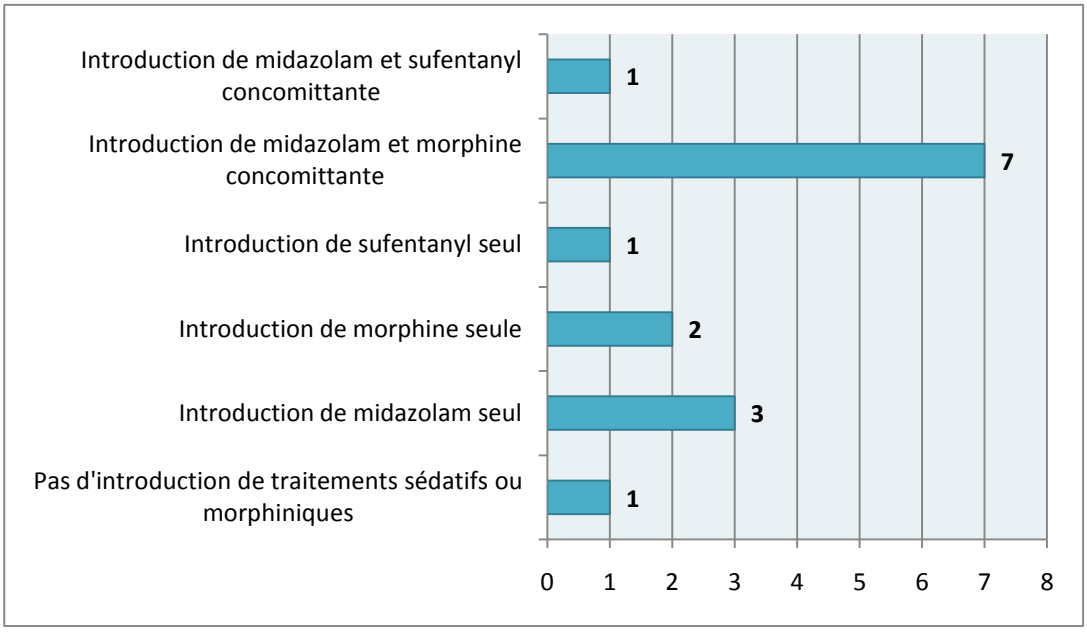

Figure 7 : Attitudes thérapeutiques en cas d'arrêt de la ventilation artificielle (n = 15)

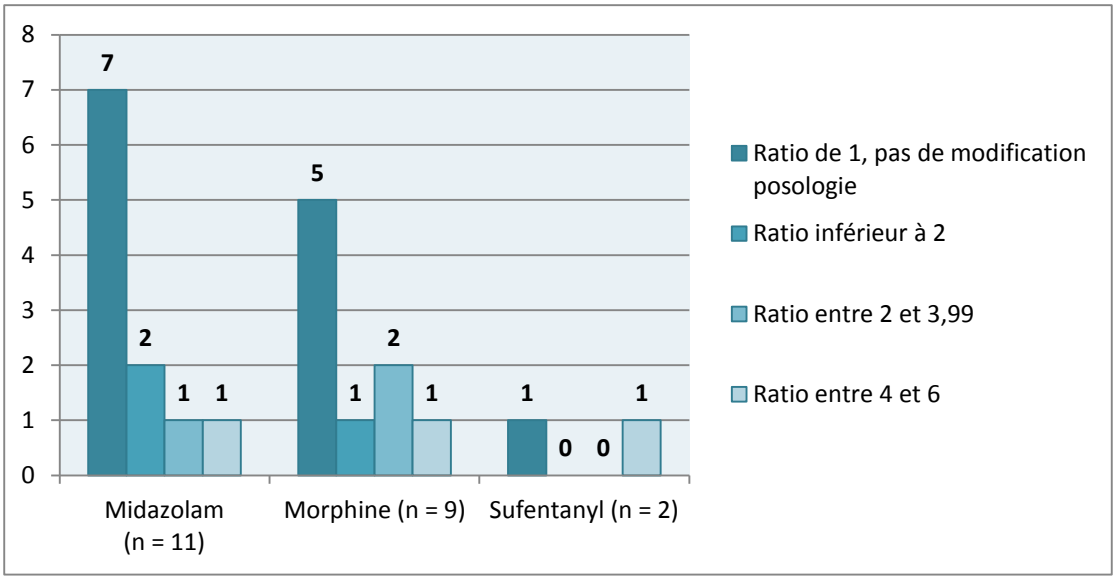

Figure 8 : Modifications de la posologie des médicaments sédatifs et morphiniques introduits à l'issue de l'arrêt de la ventilation artificielle

III. DISCUSSION

A. LIMITES ET BIAIS

Notre étude, comme toutes les études rétrospectives, présente des limites. En premier lieu, certaines données n'ont pas pu être retrouvées malgré l'analyse des dossiers de réanimation, des comptes-rendus de l'EMSP et les recherches par l'intermédiaire du département d'informatique médicale du CHR. Nous constatons notamment que les diagnostics principaux de 15 patients (faisant partie du groupe non suivi par l'EMSP) n'ont pu être inclus dans l'analyse comparative. De même, certains scores de défaillance d'organes ou de comorbidités n'ont pu être calculés en raison de données manquantes.

D'autre part, il s'agit d'une population sélectionnée puisque nous avons fait le choix de nous intéresser uniquement aux patients du service de réanimation ayant bénéficié d'au moins une consultation de l'EMSP. En effet, force est de constater que ces patients ne reflètent pas de façon exhaustive l'ensemble des LAT prises au sein du service, car notre cohorte ne recense probablement pas :

- les patients ayant bénéficiés d'une LAT avec intervention d'un tiers extérieur autre que l'EMSP ;
- les patients pour lesquels une décision de non-escalade thérapeutique est décidée sans recours à un tiers extérieur.

Il serait intéressant dans une autre étude, prospective cette fois, de relever tous les patients ayant bénéficiés de mesures de LAT et d'observer la proportion de patients concernés par au moins une intervention de l'EMSP.

B. DECISIONS DE LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES

1. Equipe Mobile de Soins Palliatifs et instauration de mesures de limitation et arrêt des thérapeutiques

Dans notre étude, l'EMSP est intervenue auprès de 36 patients, soit 2,86% de la population de réanimation, au cours de 76 consultations, en vue de l'instauration de mesures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques. Ces données se situent dans la moyenne de celles retrouvées dans la littérature. En effet, dans un poster présenté au 15ème congrès de la SFAP en juin 2009, Guisset *et al.* décrivent et analysent les situations de collaboration entre EMSP et réanimateurs au sein du CHU de Bordeaux. Dans cette étude rétrospective portant sur 532 dossiers de patients admis en réanimation sur une période de 6 mois, l'EMSP est intervenue auprès de 11 patients en vue de l'instauration de LAT (soit 54 consultations), représentant ainsi 2,07% de la population (51).

Toujours dans notre étude, 33 patients ont été concernés par l'instauration de LAT, soit 2,67% de la population concernée. Ceci peut apparaître bien inférieur aux données retrouvées dans la littérature, où les LAT concernent environ 10% des patients admis dans les services de réanimation (5,7,8). Cette différence de près de 7% peut être expliquée par le fait que l'EMSP n'est pas contactée pour toutes les décisions de limitations et arrêts des thérapeutiques. En effet, lors de la réflexion collégiale, les réanimateurs peuvent faire appel à un tiers extérieur autre que l'EMSP (par exemple : autres spécialistes tel qu'un neurologue, un oncologue…). Il semble légitime d'adapter à la particularité de chaque situation les compétences spécifiques du médecin consultant appelé comme tiers extérieur.

De plus, il est possible que toutes les décisions de LAT n'aient pas fait l'objet d'une procédure collégiale. En effet, dans certains cas, les LAT sont prises sans l'avis de tiers extérieur. Ces cas particuliers concernent par exemple des cas d'urgences ou des situations de LAT pouvant paraître « évidentes » (patient en phase agonique ou terminale de sa maladie…). En 2000, Lemaire évoque cette difficulté d'application de la procédure collégiale faisant intervenir un tiers extérieur au quotidien, notamment face aux situations d'urgences (26). Les délais d'intervention des tiers (EMSP ou autres spécialistes) étant parfois trop importants, les médecins impliqués dans la prise en charge (urgentistes, réanimateurs…) peuvent être amenés

à prendre des décisions de LAT sans faire appel à un intervenant extérieur. Les mesures de LAT sont alors prises en concertation entre plusieurs médecins de la même équipe, en respectant le principe de réflexion collégiale.

Toutefois, il est important de préciser à nouveau qu'aucune décision d'instauration de mesures de LAT n'est facile à prendre, que chaque cas présente ses particularités et que tous nécessitent un questionnement éthique adapté.

2. Analyse des différentes caractéristiques cliniques de la population concernée par l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs en vue de l'instauration de mesures de limitations et d'arrêt des thérapeutiques

Les patients concernés par l'intervention de l'EMSP en vue de l'instauration de mesures de LAT sont significativement plus âgés, présentent un score IGS II à l'admission plus élevé (témoignant d'une gravité plus importante), une durée de séjour plus longue et une mortalité plus importante que le reste de la population de réanimation. Ces éléments concordent avec les données de la littérature (6–8, 10).

La différence d'âge entre les patients faisant l'objet de mesures de LAT et le reste de la population de réanimation peut probablement s'expliquer par la fréquence plus élevée de comorbidités chez les patients âgés (52). Ainsi, la notion de « fragilité » (fréquemment utilisée en gériatrie) peut nous aider à définir cette population âgée. Elle correspond à un processus de vulnérabilité croissante conduisant le patient vers un déclin fonctionnel et serait secondaire aux effets conjugués du vieillissement, de pathologies intercurrentes et du manque d'activités (53, 54). Cette population « fragile » aura plus de difficultés à surmonter une défaillance d'organe et plus de risques de complications avec parfois de véritables « cascades pathologiques ». Elle présentera donc plus de risques de dépendance à une suppléance d'organe et sera ainsi probablement plus fréquemment concernée par des mesures de LAT.

Concernant l'impact de la durée d'hospitalisation, il est communément reconnu que plus une hospitalisation se prolonge, plus la probabilité de complications augmente (55, 56). Ainsi, la survenue d'infections nosocomiales ou de complications iatrogènes pourra aggraver le pronostic du patient. Mais il faut également souligner ce qui peut apparaître comme une

évidence : les patients présentant une atteinte plus grave et de ce fait un pronostic plus péjoratif, vont avoir le plus souvent une hospitalisation plus longue.

Nous pouvons également noter que les patients suivis par l'EMSP ont un score IGS II plus élevé que le reste de la population de réanimation. Cela signifie qu'ils présentent une gravité clinique et paraclinique significativement supérieure au reste de la population de réanimation (p = 0,0002). Cette relation entre IGS II élevé et décisions de LAT est également retrouvé dans les articles de Robert *et al.* et Ferrand *et al.*(6, 7).

Si les patients concernés par des décisions de LAT ont un score IGS II plus élevé, une question émerge : ce score de gravité doit-il à l'inverse influencer la prise de décision de LAT ? L'interprétation du score IGS II doit se faire avec une certaine précaution : il s'agit avant tout d'un outil épidémiologique permettant d'évaluer globalement la gravité et de stratifier les patients. De plus, il faut rappeler que l'âge est un paramètre prépondérant de celui-ci. Les scores de comorbidités (Mac Cabe), de gravités (IGS II) et de défaillance d'organe (SOFA) utilisés par les services de réanimation servent principalement à caractériser les patients et à les distribuer dans des groupes de pronostic homogène. Ils n'ont pas été conçus pour évaluer le pronostic à l'échelle individuelle mais plutôt à l'échelle d'une population de malades. Ils ne tiennent pas compte de l'évolution au cours du séjour (57, 58) et n'apporteront probablement aucune aide pour l'instauration de mesures de LAT (24).

Concernant les diagnostics principaux, la comparaison entre les patients concernés par l'intervention de l'EMSP et le reste de la population de réanimation ne montre pas de différence significative. Cependant, il est important de souligner des différences avec les cohortes de la littérature, dans lesquelles on retrouve une plus grande fréquence de cirrhose, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance respiratoire et de cancer (7, 8).

Le diagnostic le plus fréquemment rencontré dans notre population est celui de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) avant l'admission en réanimation. En effet, 12 patients ont présenté un ACR, soit 33,3 % de l'effectif. Cette prépondérance des ACR avant l'admission en réanimation est également notée dans l'étude Lataréa de Ferrand *et al*. Dans celle-ci, 12 % des patients concernés par des LAT avaient présenté un ACR contre 3 % des patients du groupe témoin (p<0,001) (7). Cette situation paraît logique compte tenu du risque pour ces patients de développer un coma post-anoxique, dont le pronostic est extrêmement sombre (59), avec dans près de 90% des cas une évolution défavorable (dépendance sévère au quotidien, état

neurovégétatif, coma persistant, décès) (60). Ce pronostic péjoratif fait que les patients ayant présenté un ACR sont plus concernés par les décisions de LAT en réanimation.

Ainsi, malgré la mise en évidence de caractéristiques cliniques spécifiques que sont l'âge avancé, un score IGS II élevé et une durée de séjour prolongée, il nous apparaît difficile de ne retenir comme critères d'instauration de LAT ou encore comme critères d'intervention de l'EMSP ces seuls trois paramètres. La décision d'instauration de mesures de LAT ne doit se faire qu'en jugeant de l'évolution clinique globale du patient au cours de son séjour et doit dépendre d'éléments médicaux objectifs (par exemple : la dépendance au respirateur, aux catécholamines…). C'est la perception à la fois du pronostic défavorable et de l'irréversibilité des pathologies qui doit guider l'instauration de mesures de LAT.

3. Les différents modes d'expression de la volonté des patients

Parmi les 36 patients auprès desquels l'EMSP est intervenue, la volonté du patient n'a pu être retrouvée que dans 17 cas (soit 47,22 %). Or, la recherche de cette volonté est primordiale avant toute décision d'instauration de LAT et doit être prise en compte au cours de la procédure collégiale (43).

a. Expression directe de sa volonté

Dans notre étude, 4 patients sur 17 (soit 23,5 %) ont pu exprimer directement leur volonté. Ce chiffre est plus important que les données retrouvées dans la littérature où seulement 5 % des patients adultes hospitalisés en réanimation sont capables d'exprimer leur souhait concernant leur prise en charge thérapeutique (4,24). Cependant, notre population ayant bénéficié de LAT n'est pas forcément comparable à une population correspondant à l'ensemble des patients hospitalisés en réanimation.

Ce résultat est probablement biaisé par le faible effectif de notre population. Cependant, on peut tout de même se demander si l'intervention de l'EMSP ne conduit pas à rechercher de façon plus fréquente l'avis du patient. En effet, l'intervention de l'EMSP vise entre autre à s'assurer de l'application d'une démarche éthique et légale adaptée et donc à

s’assurer du recueil, si possible, de la volonté du patient. De plus, l’intervention de l’ergothérapeute rattachée à l’EMSP apporte une compétence spécifique dans la mise en place de techniques de communication non-verbale (par exemple, les tableaux de communication). Ceci permet de recueillir, chez certains patients, leur avis et ce, malgré la présence de troubles de communication.

b. Désignation d’une personne de confiance ou avis des proches

Dans deux cas seulement, la volonté du patient a été identifiée via la parole de la personne de confiance désignée.

Plusieurs explications existent :

- la probable méconnaissance de la possibilité de désignation d’une personne de confiance prévue par l’article L1111-6 du code de Santé Publique créé par la Loi du 4 mars 2002, dite loi « Kouchner » (42) ;

- l’absence d’anticipation notamment lors d’entrée directe du patient en réanimation, avec parfois des troubles de la communication rendant la désignation de la personne de confiance impossible ;

- l’absence de connaissance de la volonté du patient par la personne de confiance, en particulier si le sujet de la fin de vie n’avait jamais été abordé au préalable.

Pour 10 de nos patients (soit 27,8 %), c’est la famille qui nous a transmis leur volonté. Toutefois, comme le souligne Azoulay *et al.*, la procédure de recherche de la volonté du patient à travers l’avis des membres de sa famille expose ces derniers à un traumatisme psychique (61). Les auteurs proposent donc de rechercher « une acceptation éclairée plutôt qu’un consentement éclairé », l’objectif étant de fournir aux familles une information médicale adaptée à leur niveau de connaissance sur les pathologies présentées par leur proche. Ainsi, l’accord des familles doit être sollicité après leur avoir proposé une conduite à tenir et leur avoir précisé que seul le médecin est responsable de la décision médicale finale.

c. L’existence de directives anticipées

Un seul patient avait rédigé des directives anticipées. Ce faible taux peut probablement s’expliquer de plusieurs manières. Il résulte tout d’abord du fait de la méconnaissance de la loi Léonetti et des démarches nécessaires à la rédaction de ces directives. Il s’explique ensuite par la difficulté qui existe à exprimer par écrit ses volontés concernant sa fin de vie. Il s’agit d’un acte demandant une longue réflexion et maturation. Il est rare qu’une personne bien portante s’interroge sur sa fin de vie. Cette réflexion s’inscrit plus aisément dans un contexte de maladie grave et évolutive telle qu'une pathologie cancéreuse, une maladie neuro-dégénérative ou une insuffisance d'organe chronique non-curable. Or les hospitalisations en réanimation font bien souvent suite à un évènement aigu sans que le patient ne se soit jamais interrogé sur ses désirs concernant sa fin de vie.

Ainsi le caractère aigu et brutal de l’hospitalisation en réanimation n’est souvent pas propice à la rédaction de directives anticipées.

Enfin, même pour des patients capables de s’exprimer, il peut être difficile voire impossible de se confronter à la question de leur propre mort. Il est donc encore plus difficile de se prononcer sur une limitation des thérapeutiques. On peut prendre comme exemple une étude de 2009 de Danel-Brunaud *et al*. qui consiste en une enquête auprès de 35 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique sans trouble de la conscience ni syndrome démentiel. Dans cette étude, 48% des patients suivis étaient incapables d’anticiper les complications vitales survenant au cours de l’évolution de leur pathologie et n’avaient émis aucune directive concernant les attitudes thérapeutiques à prendre lors de la phase terminale de leur maladie. Selon les auteurs, « cette attitude respecte leur possible incapacité à se confronter à la question existentielle de la mort » (62). Certes, cette étude s’intéresse uniquement au cas de patients atteint de sclérose latérale amyotrophique et à leur participation à une discussion anticipée sur la réanimation respiratoire et les soins de fin de vie. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur la généralisation de cette réflexion à tous les patients en fin de vie, en particulier ceux atteints de maladies neuro-dégénératives ou de néoplasies et qui peuvent être concernés par une mesure de LAT.

4. Traçabilité des décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques

L'initiation de mesures de LAT, comme nous l'avons rappelé, nécessite l'instauration d'une procédure collégiale. Celle-ci doit prendre en compte trois paramètres :

- la volonté du patient, quel que soit son mode d'expression (directement, via l'existence de directives anticipées, via la désignation d'une personne de confiance ou auprès d'un proche) ;
- les avis paramédicaux et médicaux provenant de l'équipe soignante ;
- les avis des confrères extérieurs appelés en tant que consultants.

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (43) et le manuel V 2010 révisé en 2011 d'accréditation par la Haute Autorité de Sante (63) impose la traçabilité de ce processus décisionnel dans le dossier du patient. C'est pour assurer cette traçabilité que le service de réanimation du CHR de Metz-Thionville a mis en place un formulaire éthique au sein du dossier médical informatisé du patient. Ce formulaire est composé de 4 parties (annexe VII) :

- la première résume la volonté du patient concernant les choix thérapeutiques (exprimée de manière directe ou indirecte par la famille, les proches ou la personne de confiance ou encore par des directives anticipées) ;
- la deuxième demande aux praticiens d'identifier les problématiques rencontrées chez le patient (comme l'existence d'une encéphalopathie post-anoxique par exemple) ;
- la troisième permet de retranscrire l'information médicale donnée au patient ou à ses proches concernant la prise de décision et l'application de la procédure aboutissant à des mesures de LAT. Elle contient également des informations concernant le patient et ses proches (comme par exemple les coordonnées de la personne à contacter, l'élargissement des horaires de visite et du nombre de visiteurs, le culte du patient…) :
- la quatrième concerne la décision de LAT elle-même. Elle permet de rendre compte de la collégialité de cette décision, puisque les intervenants doivent être

identifiés. Elle répertorie les différentes thérapeutiques qui seront limitées ou arrêtées. De plus, cette quatrième partie fait apparaître, si cela s'avère nécessaire, la possibilité d'introduire une sédation analgésie.

Ce formulaire nous apparaît plus simple dans sa mise en application au quotidien que celui proposé par la SRLF. Cette simplicité permet d'alléger la traçabilité de cette procédure.

Concernant les patients pour lesquels des décisions de LAT ont été discutées, ce formulaire a été rempli dans 78% des cas. Ces résultats sont plus importants que ceux retrouvés dans une étude de Saussac *et al*. Dans cette étude rétrospective, menée au CHU de Bordeaux sur la traçabilité des décisions de LAT en unité de soins palliatifs réalisée en 2010 auprès de 70 patients, les mesures de LAT tracées représentaient 53% de la population étudiée (64). Ces auteurs soulignent ainsi l'existence de lacunes dans la traçabilité de la procédure collégiale nécessaire à toute décision de LAT et s'interrogent sur les difficultés d'articulations entre « le respect de la loi, la dynamique des pratiques, la visée éthique et les limites de la pratique notamment de disponibilité ». Ils soulignent également l'importance de l'information et de la formation des professionnels de santé à propos la prise en charge de la fin de vie. En effet, plus les connaissances des soignants concernant le cadre légal de la fin de vie et des LAT seront importantes, plus l'évidence d'une traçabilité efficace leur apparaîtra.

Il est important de noter, que pour les situations où cette collégialité n'a pas été tracée, des échanges ont probablement été réalisés de manière moins formelle (par exemple sous forme d'entretien entre médecins et personnels paramédicaux). En effet, pour tous les patients de l'étude, il y a forcément eu discussion avec l'EMSP en tant qu'intervenant extérieur.

Enfin, nous pouvons émettre deux critiques à propos du remplissage du formulaire. Tout d'abord, nous avons noté une confusion quasi systématique lors la désignation de la personne de confiance. A l'exception de deux cas, il y a eu une assimilation entre la personne de confiance et la « personne à contacter ». Ensuite, nous avons constaté que lorsque le formulaire éthique était rempli, il l'était uniquement au moment de l'évaluation initiale faite par l'EMSP. A aucun moment, le formulaire n'était de nouveau rédigé lors des consultations ultérieures (qu'elles aboutissent ou non à un renforcement des mesures de LAT). Ainsi, il serait souhaitable qu'il existe une mise à jour de celui-ci à chaque réévaluation afin d'assurer la traçabilité de l'évolution du projet thérapeutique.

5. Nature des décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques

Pour les 33 patients concernés par des mesures de LAT, le taux de mortalité est de 72%. Il est significativement supérieur à celui du reste de la population de réanimation qui est de 23% (p<0,0001). Nos données sont superposables avec celles de la littérature où on retrouve un taux de mortalité en cas de décisions de LAT entre 70 et 78% selon les études (7,8,10). Toutefois, le taux de mortalité observé est légèrement sous-estimé puisqu'il ne concerne que les patients décédés dans notre service de réanimation. En effet, parmi les 10 patients transférés après leur prise en charge par le service de réanimation, 4 sont décédés, ce qui porte notre taux de mortalité à 83%.

Dans notre étude, 33 patients sont concernés par des mesures de limitations de thérapeutiques et 27 patients par des mesures d'arrêts des thérapeutiques. Le plus souvent, l'instauration des mesures de LAT se fait de manière progressive. En effet, 74 % des cas d'arrêt des thérapeutiques sont précédés de mesures de limitations. Dans un premier temps, les limitations mises en place sont surtout des mesures de « non-réascension » thérapeutique. Il s'agit ensuite de prendre des décisions d'arrêt thérapeutique, ce qui signifie supprimer des techniques de suppléances d'organe en place. Ce séquençage des mesures de LAT se retrouve dans l'étude Lataréa de Ferrand *et al.* et dans celle de Robert *et al.* dans lesquelles respectivement 76% et 61% des décisions d'arrêt des thérapeutiques sont précédées de mesures de limitations (6,7). Grosbuis *et al.* apportent une justification à la progressivité dans l'arrêt des thérapeutiques. Cet arrêt progressif peut aider les proches comme les soignants à accepter la survenue probable du décès du patient. Il leur permet d'envisager un travail psychologique concernant le deuil à venir. Ainsi, « le motif de l'arrêt progressif des traitements est le respect de la sensibilité aussi bien des proches que des soignants dans une situation très difficile à vivre pour eux-mêmes s'ils adhèrent à la décision qui a été prise, la progressivité de l'arrêt est justifiée moralement par le principe de bienfaisance » (2).

Concernant les différentes modalités de limitations des thérapeutiques, nos résultats sont comparables à ceux de Robert *et al.* en ce qui concerne la non-réalisation du massage cardiaque externe (MCE) (97 % dans notre étude *versus* 93 %) et la non-suppléance rénale (85 % dans notre étude *vs* 91 %). Pour les autres modalités de limitations thérapeutiques, telle que la limitation des amines, du remplissage vasculaire, de l'antibiothérapie, de l'intubation orotrachéale et de la nutrition artificielle, les chiffres que nous avons retrouvés ne sont pas

superposables (6). Ces différences peuvent être expliquées par un biais de recrutement, avec notamment une prépondérance de patients ayant présenté un arrêt cardio-respiratoire. Quand on prend par exemple le cas de la limitation du recours à l'intubation orotrachéale, elle est 50% moins fréquente dans notre étude que dans l'étude de Robert *et al.* (30% des cas *vs* 61% (6)). Mais il faut souligner que beaucoup de nos patients étaient déjà intubés (28 sur 36), ce qui explique en partie le faible taux de limitation d'intubations. De plus, nous rappelons que notre population présente un biais de sélection (elle ne représente pas l'ensemble des patients concernés par des mesures de LAT mais uniquement les patients ayant bénéficiés d'une consultation de l'EMSP). Ce biais minore probablement la fréquence de limitations à certains types de suppléance comme la limitation de la ventilation artificielle.

Concernant les modalités d'arrêt des thérapeutiques, nous rapportons dans notre étude des chiffres d'arrêts d'antibiothérapie et d'hydratation artificielle comparables à ceux de l'étude de Robert *et al.* On note principalement deux différences marquantes avec les données de la littérature :

- l'arrêt des amines vasopressives, après l'intervention de l'EMSP, survient dans 1 cas sur 33 (soit 3%) dans notre étude *vs* 204 cas sur 807 (soit 25%) dans l'étude de Ferrand *et al.* (7).Il s'agit probablement d'une différence liée au faible nombre de patients concernés et au recrutement de notre enquête où seulement 2 patients (soit 6%) présentent une défaillance hémodynamique ;

- l'arrêt de la nutrition artificielle dans notre population survient dans 58% des cas *vs* 36 % dans l'étude de Robert *et al.* (6). Cette différence est probablement en lien direct avec les compétences particulières de l'EMSP sur la fin de vie. En effet, ces équipes sont amenées à intervenir dans des services divers, comme en oncologie et en gériatrie, et sont ainsi souvent confrontées au questionnement de l'intérêt du maintien d'une nutrition artificielle. Cette pratique peut donc expliquer la plus grande proportion d'arrêt de nutrition au sein de notre cohorte.

6. A propos de l'arrêt de la ventilation artificielle

Dans notre cohorte, la ventilation artificielle a été interrompue pour 15 patients sur 36 (soit dans 45,5 % des cas), avec pour 12 d'entre eux une extubation terminale, précédée ou non d'une baisse progressive de la FiO_2. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Nous pensons que cette différence peut s'expliquer par une plus grande proportion d'ACR dans notre étude (représentant 33,3% de notre effectif *vs* 12 % pour l'étude Lataréa de Ferrand *et al.* (7)). En analysant le SOFA au moment de l'arrêt de la ventilation artificielle, nous constatons que 9 de ces patients présentent un SOFA de 4 et 5 présentent un SOFA de 3 sur le plan neurologique alors qu'ils présentent pour la plupart un SOFA de à 0, 1 ou 2 sur le plan respiratoire. Ce résultat met en exergue l'absence de défaillance respiratoire associée à une défaillance neurologique au premier plan justifiant l'arrêt de la ventilation artificielle.

On note que, dans la littérature, l'extubation est la moins répandue des techniques d'arrêt de la ventilation artificielle. Elle est pratiquée dans 5% des cas dans l'enquête multicentrique française Lataréa (7) et dans 9% des cas dans l'enquête multicentrique européenne Ethicus (8). Cette faible fréquence peut s'expliquer par la crainte d'induire des symptômes respiratoires pénibles et par le risque d'accélérer la survenue du décès lors de l'extubation. En 1994, Faber-Langendoen *et al.* ont questionné les médecins afin de savoir sur quels arguments et selon quelles modalités ils réalisaient un arrêt de la ventilation artificielle (65). Les résultats obtenus suite à cette enquête sont résumés dans le tableau 10.

Tableau 10: Arguments orientant le choix des médecins vers un arrêt de ventilation artificielle par extubation ou sevrage progressif

Source: Faber-Langendoen K et al.(65)

Paramètres	En faveur de l'extubation	En faveur du sevrage progressif
Transparence de la méthode	72%	-
Caractère moins « actif » de la méthode	-	49%
Meilleure acceptation de la méthode par les soignants	-	41%
Perception de la famille	34%	63%
Amélioration du confort du patient	34%	65%
Diminution de la dyspnée	25%	54%
Evitement du stridor post-extubation	-	38%

Les partisans de l'extubation terminale mettent en exergue la non-prolongation de l'agonie du patient par cette méthode. En effet, elle est sans ambiguïté et restaure ainsi le déroulement naturel de la fin de vie. Toutefois, la survenue d'un stridor au moment de l'extubation peut être perçue par les familles comme une source d'inconfort chez le patient, limitant ainsi l'usage à cette méthode.

A l'opposé, les défenseurs du sevrage progressif mettent en avant le caractère plus contrôlé de cette technique, notamment grâce au maintien de la liberté des voies aériennes permettant ainsi la réalisation d'aspirations trachéo-bronchiques. De plus, cette méthode peut créer une « distance émotionnelle » aussi bien pour les proches que les soignants entre l'arrêt de la ventilation artificielle et la survenue du décès du patient.

Aussi, selon Fartoukh *et al.*, « les controverses éthiques et techniques concernant les deux modalités d'arrêt de la ventilation artificielle que sont l'extubation et le sevrage progressif tiennent non pas tant à l'intentionnalité qui est la même, à savoir la lutte contre l'obstination déraisonnable, mais à la visibilité de l'acte d'arrêt de soins et à ses conséquences en termes de confort du patient et de perception de la transparence du processus décisionnel par la famille et les soignants » (66).

Dans notre étude, les arguments orientant vers le sevrage progressif ou l'extubation terminale n'ont pas pu être retrouvés à la lecture des dossiers médicaux.

Quelle que soit la méthode d'arrêt de ventilation artificielle utilisée, le maintien du confort du patient est le principal objectif. Celui-ci s'appuie sur une technique de sédation-analgésie à doses suffisantes qui doit être constamment réévaluée et adaptée à l'état clinique du patient (67, 68).

Dans notre population, seul un patient n'a pas bénéficié de molécules sédatives et/ou analgésiques du fait de son état clinique. Tous les autres se sont vus administrer soit un analgésique, soit un sédatif, soit les deux de façon concomitante. Ces médicaments ont été introduits après une évaluation clinique dépistant des signes d'inconfort tant sur le plan algique que respiratoire.

Pour 5 patients, la posologie de ces médicaments est restée stable dans le temps jusqu'à la survenue du décès. Dans 9 cas, la posologie a été majorée (d'un ratio de 2 pour 3 patients, d'un ratio compris entre 2 et 3,99 pour 3 autres et enfin d'un ratio compris entre 4 et 6 pour les 3 derniers). Ces augmentations ont été justifiées par l'existence de symptômes inconfortables. Toutefois, ces médicaments antalgiques et sédatifs ont un effet dépresseur sur le plan respiratoire. Cela pose donc la question de l'intentionnalité. En effet, cette prescription se fait-elle dans l'optique de soulager les souffrances du patient à l'agonie ? Ou alors se fait-elle dans un objectif euthanasique ? Ce questionnement souligne l'importance d'une traçabilité des motifs d'introduction et de majoration de posologie de ces médicaments. Selon Fartoukh *et al.* « une parfaite lisibilité de l'action médicale est à ce moment essentielle. La confiance des patients et de leurs familles, et plus généralement le soutien de la société, en dépendent » (66).

L'hétérogénéité des attitudes thérapeutiques peut être interprétée de plusieurs manières. Tout d'abord, elle peut être le reflet d'une prise en charge variant en fonction des praticiens. Dans ce contexte, elle soulève la question de la nécessité d'établir un protocole de service afin d'homogénéiser les pratiques. Ce protocole pourrait se baser sur l'utilisation systématique d'une association de benzodiazépines et de morphiniques, permettant une anxiolyse ainsi qu'un contrôle optimal des symptômes algiques et respiratoires (69). Ce protocole devra souligner l'importance d'anticiper la survenue de symptômes et d'évaluer de manière répétée la situation. L'élément essentiel sera d'assurer la corrélation entre le dosage de ces substances et l'état clinique du patient (67).

Au contraire, cette hétérogénéité peut être considérée comme le reflet de l'adaptation des thérapeutiques à la singularité de chaque cas, qui ne serait pas prise en compte par un protocole de service. Dans notre enquête, la grande variabilité des pratiques est probablement le reflet de l'intervention « personnalisée » que peut offrir l'EMSP, du fait de son expertise dans les situations de fin de vie.

7. A propos d'un cas de réanimation non-thérapeutique

Notre étude nous a conduit à revenir sur une situation bien particulière qu'est la réanimation non-thérapeutique. En effet, l'EMSP a été consultée pour une patiente admise en réanimation suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) grave. L'objectif de la prise en charge était non pas d'obtenir une amélioration de son état clinique mais de suppléer aux défaillances d'organes afin d'envisager, en cas de passage en état de mort cérébrale, un prélèvement multi-organes dans le but d'un don d'organes.

Cette possible indication de transfert en réanimation est détaillée dans les recommandations émises par la SRLF en 2010 (70), malgré l'absence de législation encadrant cette situation particulière. Selon ces recommandations, « devant un coma grave à la suite d'un infarctus ou d'une hémorragie cérébrale, en l'absence de toutes ressources thérapeutiques et lorsque l'évolution vers une mort encéphalique est probable, il est possible d'admettre en réanimation le patient dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes ». On parle ainsi de réanimation non-thérapeutique.Elle ne peut se faire qu'après avoir recueilli la volonté du malade et de ses proches et obtenu un accord pour le prélèvement des organes

de l'Agence de Biomédecine. Dans un article de 2011, Martin-Lefevre *et al.* précisent les indications d'admission de ce type de patients en réanimation et leur prise en charge (71). De plus, le comité de réflexion éthique nancéien hospitalo-universitaire (CRENHU) propose un « chemin clinico-éthique » (figure 9) afin de garantir le respect d'une procédure en vue de l'initiation d'une réanimation non-thérapeutique et de soins de préservation des organes après un AVC grave (72).

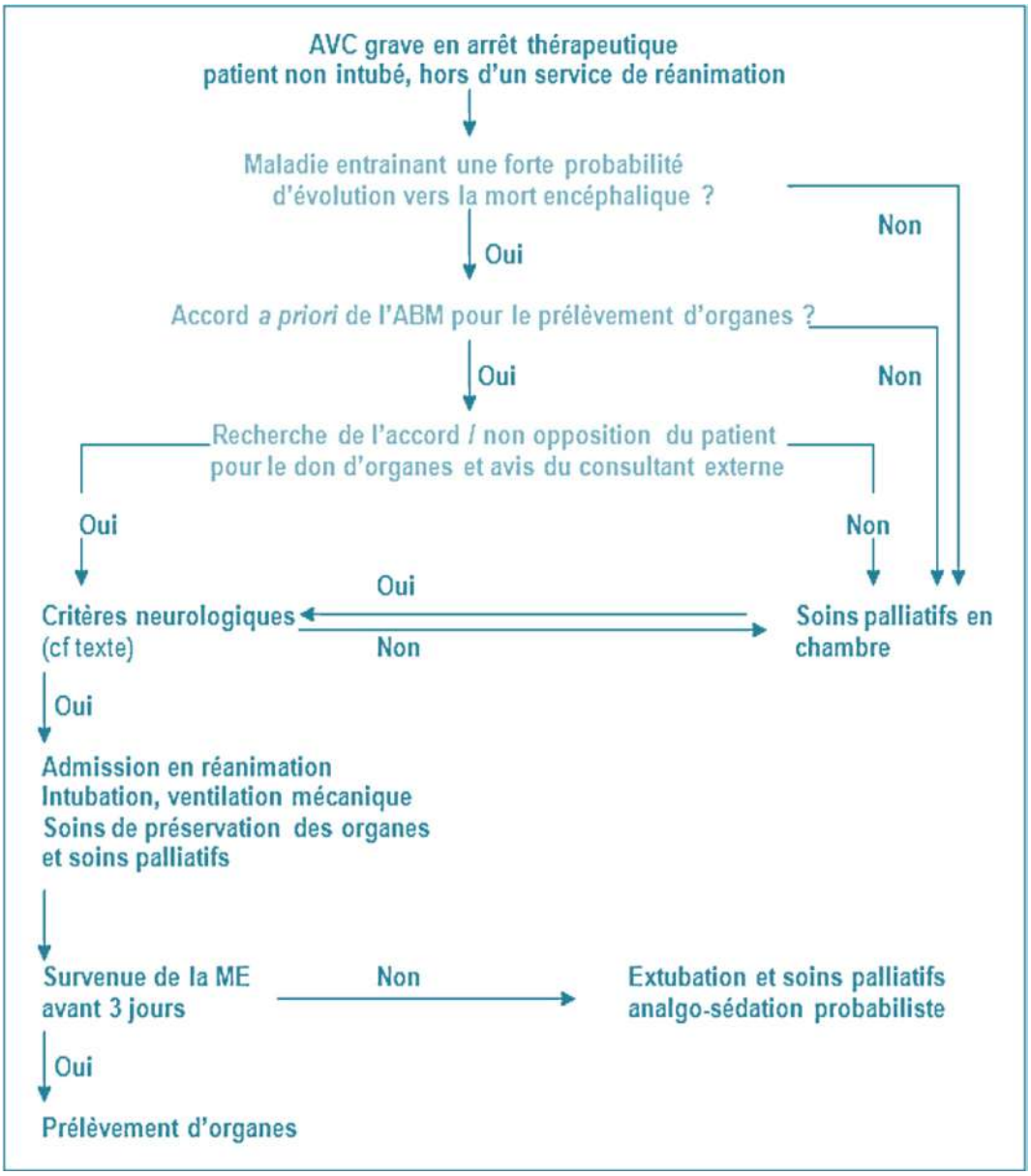

Figure 9 : Chemin clinico-éthique en vue d'une réanimation non-thérapeutique et de soins de préservation des organes après un accident vasculaire cérébral grave

Source : Baumann A et al.(72)

Dans notre étude, l'aide de l'EMSP a été requise face à plusieurs problématiques. Il semble en effet que la prise en charge initiale n'ait pas répondu aux recommandations concernant la réanimation non-thérapeutique :

- les proches de la patiente (non-communicante) n'avaient pas reçu une information adéquate sur le motif d'hospitalisation et la recherche d'une opposition de la patiente au don d'organes n'avait pas été réalisée ;

- après évaluation clinique et paraclinique dans le service de réanimation, il s'avérait que la patiente n'avait qu'une faible probabilité de passage en état de mort encéphalique.

Nous rappelons que l'un des problèmes majeurs de ce genre de situation est l'évaluation du risque de passage en mort encéphalique en l'absence de score prédictif fiable. Toutefois, dans le cadre d'une conférence d'experts, De Groot *et al* ont essayé de définir la « mort encéphalique imminente » grâce à l'identification de plusieurs critères cliniques (73). Ils retiennent ainsi comme critères cliniques de « mort encéphalique imminente » un score de Glasgow côté à 3 et la disparition d'au moins 3 sur 6 des réflexes du tronc cérébral.

De plus, ces auteurs soulignent l'importance de la communication avec les proches dans ce type de procédure. Les réanimateurs se doivent de rechercher auprès des proches une éventuelle opposition du patient au don d'organes, et ce avant tout geste de réanimation. En l'absence d'opposition de ce dernier, l'instauration ou la poursuite des techniques de réanimation en vue du prélèvement multi-organes ne peuvent se faire qu'avec l'accord des proches (70).

Certes, il est parfois difficile dans l'urgence de recueillir l'ensemble des éléments préalables à une réanimation non-thérapeutique. Cependant, l'évaluation clinique neurologique et la recherche de l'accord à la fois de l'Agence de Biomédecine et du patient sont des éléments primordiaux à prendre en compte avant tout geste de réanimation. L'objectif est de ne pas infliger au patient des traitements et investigations invasives sans qu'un prélèvement d'organe ne soit effectivement réalisable. Dans le cas de notre patiente, la faible probabilité d'évolution vers un état de mort encéphalique ainsi que l'opposition de la patiente au don d'organes recueilli auprès de ses proches n'auraient pas dû conduire à la mise

en place d'une réanimation. Après un processus collégial, la prise en charge s'est orientée vers un arrêt des thérapeutiques de suppléance d'organes et le décès de la patiente.

C. EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS : UN INTERVENANT PARTICULIER

Dans le cadre des mesures de LAT, il est assez rare que les réanimateurs fassent intervenir comme tiers extérieur les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (4). En effet, dans la plupart des cas, l'avis de confrères-réanimateurs travaillant dans le même centre hospitalier est sollicité. La particularité géographique du CHR de Metz-Thionville fait que les deux services de réanimation polyvalente sont distants d'une trentaine de kilomètre, ce qui rend les déplacements des médecins réanimateurs d'un site à l'autre pour participer à des processus collégiaux compliqués. Certes, il existe sur le site de Metz un service de réanimation de chirurgie cardio-thoracique. Cependant les deux services font partie d'une même entité administrative avec un chef de service commun. Il existe donc une notion de hiérarchie entre les médecins des deux services, rendant l'appel des réanimateurs de chirurgie cardio-thoracique comme tiers extérieurs contraire à la loi. Ainsi, au fur et à mesure, une collaboration entre EMSP et réanimation polyvalente est née.

1. Facteurs limitant l'intervention des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs dans les services de réanimation en vue de l'instauration de mesures de limitations et d'arrêt des thérapeutiques

La rareté des interventions des EMSP dans le cadre du processus décisionnel en vue de l'instauration de LAT en service de réanimation est expliquée selon certains auteurs par des objectifs de soins initiaux opposés (4,74). En effet, les services de réanimation ont été créés dans le but de sauver ou de prolonger la vie des patients grâce à diverses techniques de suppléance d'organes. A l'opposé, les services de soins palliatifs ont comme objectif principal le soulagement des souffrances physiques ou psychologiques et l'acceptation de la survenue de la mort du patient.

Toutefois, l'instauration de mesures de LAT en réanimation signifie que les médecins admettent le caractère déraisonnable des thérapeutiques nécessaires pour suppléer certaines fonctions vitales et acceptent ainsi une situation d'échec thérapeutique. Dans ces situations, la survenue probable du décès du patient est prise en compte. Ainsi, les traitements initiés sont donc focalisés sur le confort du patient et l'amélioration de sa qualité de vie. Il existe donc finalement une concordance entre les objectifs de soins de ces deux services.

D'autre part, la faible fréquence des interventions des EMSP en réanimation peut être expliquée par la méconnaissance du rôle et des missions de ces équipes par les soignants de réanimation. En effet, dans une étude menée en 2008 basée sur des entretiens réalisés auprès de 11 soignants de 6 professions différentes (aides-soignantes, assistantes sociales, cadres de santé, infirmières, kinésithérapeutes et médecins) de 2 services de réanimation du CHU de Bordeaux, Paternostre souligne le fait que l'EMSP est « un partenaire potentiel imparfaitement connu et mal reconnu » (75).

De plus, si le milieu de la réanimation méconnait le fonctionnement et le rôle des EMSP, il reste un milieu d'intervention relativement anecdotique pour les EMSP. En effet, en analysant le bilan d'activité de l'EMSP du CHR de Metz-Thionville en 2011, nous constatons que les patients suivis en réanimation ne représentent que 2,14% des consultations totales de ces équipes et 3,88% des consultations totales du binôme médecin/IDE. Il convient également de rappeler que les thérapeutiques de réanimation (notamment de suppléance d'organes), de même que certaines caractéristiques des patients (faible proportion de patients atteints d'un cancer, faible taux de patients communicants…) sont spécifiques de ce milieu et demandent une adaptation des connaissances des membres de l'EMSP.

Ainsi, afin de rendre optimale la collaboration entre ces deux services, il est important d'améliorer la connaissance mutuelle des EMSP et des services de réanimation.

2. Intérêts de l'intervention des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs au sein des services de réanimation

Malgré une méconnaissance réciproque de leur fonctionnement et l'existence de prime abord de différences dans les objectifs de soins, il apparaît que les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs et les réanimateurs peuvent collaborer dans le cadre de décisions de LAT. En effet, les médecins des EMSP peuvent apporter une aide aux réanimateurs dans ces situations complexes à deux niveaux. Elles peuvent :

- participer au processus décisionnel en vue de l'instauration de LAT ;
- conseiller les réanimateurs afin d'optimiser la prise en charge des patients et de leur famille dans cette situation.

a. Aide dans le processus décisionnel en vue de l'instauration de limitation et d'arrêt des thérapeutiques

Dans le cadre du processus collégial, le cadre législatif français demande avant toute décision de LAT l'avis d'un tiers extérieur, sans imposer l'appartenance de celui-ci à une spécialité particulière. L'intervention dans ce cadre des médecins de l'EMSP peut être bénéfique sur plusieurs aspects comme le précise Viallard en 2009 (76) car elle peut :

- apporter un regard extérieur, sans lien avec le milieu de la réanimation, avec une expertise spécifique concernant la fin de vie et notamment le cadre législatif attenant (fixé en particulier par la loi Léonetti (43)) ;
- participer à la collégialité nécessaire aux décisions de LAT. L'EMSP va ainsi « faciliter l'émergence d'une démarche éthique ayant le souci de l'autre comme de soi-même » et aider à la résolution des conflits qui peuvent apparaître au sein de l'équipe de soins, entre l'équipe et l'entourage du patient ou encore au sein des proches (77) ;
- prendre part à l'information du patient et de son entourage ;

- s'assurer de la bonne compréhension par le patient, son entourage et l'équipe soignante de l'intérêt des mesures de LAT tout en précisant qu'il ne s'agit pas d'un abandon de soins, mais bien d'une réorientation des soins centrée sur le soulagement des symptômes pénibles et le confort du patient.

b. Aider à la prise en charge des patients et de leurs proches

Les compétences particulières des EMSP concernant les soins de confort peuvent être mises à profit dans la prise en charge des patients de réanimation concernés par les mesures de LAT.

En effet, les interventions de l'EMSP ont comme but premier de dépister les symptômes pénibles chez les patients en fin de vie (qu'ils concernent la douleur, l'anxiété, l'encombrement bronchique…) et de proposer le cas échéant des adaptations thérapeutiques. Les patients hospitalisés en réanimation qui présentent bien souvent des troubles de la vigilance amènent les soignants à devoir utiliser des échelles d'hétéro-évaluation, notamment dans l'évaluation de la douleur. Même si l'utilisation de ces échelles fait partie du cursus de formation initiale des médecins et des infirmières, il semble légitime que des formations complémentaires ou des remises à niveau puissent avoir lieu sur le terrain et notamment par l'intermédiaire de l'EMSP.

Dans notre étude, le dépistage de signes d'inconfort, lors de l'intervention de l'EMSP, est systématique, avec si nécessaire des propositions d'adaptation des thérapeutiques axées sur le confort.

Au-delà de l'expertise du binôme médecin-IDE, un des avantages de la collaboration EMSP et réanimateurs est de pouvoir apporter au service de réanimation les compétences de professionnels tel que les psychologues et les ergothérapeutes. En effet, le service de réanimation de Metz étant dépourvu de psychologue, l'intervention de la psychologue de l'EMSP auprès des patients, de leurs proches voire de l'équipe soignante au cours des processus de LAT apporte un bénéfice certain. Cela permet ainsi une prise en charge globale du patient et de son entourage avec une écoute spécifique. L'ergothérapeute de l'EMSP peut quant à elle participer à l'amélioration du confort du patient par des techniques d'installation ou encore par l'apport de techniques de communication non-verbale. Le but est parfois aussi

de préserver ou de développer l'autonomie restante des patients. Dans notre étude, nous avons noté 11 interventions de la psychologue et 2 interventions de l'ergothérapeute en réanimation. Ces chiffres restent relativement faibles, avec probablement une sous-estimation de leurs compétences pouvant toujours être liée à une méconnaissance des différents membres d'une EMSP.

De par leurs connaissances spécifiques sur la fin de vie, les EMSP assurent une fonction d'accompagnement. Celle-ci se caractérise par une écoute, une transmission de l'information et un soutien pour le patient, ses proches mais également pour l'équipe soignante. La disponibilité de ces équipes permet un suivi tout au long des processus de LAT (du stade de discussion jusqu'après le décès du patient s'il survient, afin d'accompagner les proches dans leur deuil). Ce suivi semble préférable aux consultations ponctuelles car il permet ainsi de réévaluer dans le temps le bien fondé des thérapeutiques en cours, le confort du patient, mais également de réévaluer la décision de LAT en elle-même.

Viallard précise que les EMSP « participent au prendre-soin : soit en aidant à la prise de décision, à la réalisation et à l'accompagnement d'une décision, soit en apportant une aide médico-technique » (76). Elles permettent ainsi une amélioration des conditions de fin de vie en réanimation.

Plusieurs articles anglo-saxons décrivent le rôle des EMSP et leur intérêt au sein des services de réanimation en permettant par exemple une meilleure gestion des symptômes pénibles, une amélioration de la satisfaction de la famille des patients, une réduction de la durée de séjour et un meilleur vécu des situations complexes de LAT par les équipes de soins (78–82).

3. Impact de l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs sur le ressenti des proches et de l'équipe soignante

Certaines études ont notamment été menées afin d'évaluer l'impact de l'intervention des EMSP sur le bien-être ou la satisfaction dans la prise en charge du patient auprès de ses proches et de l'équipe soignante. Elles évaluent ainsi la qualité des soins en fin de vie grâce à un questionnaire, le « Quality of Dying and Death in the ICU » (ou ICU-QODD). Ce

questionnaire est destiné aux familles et aux soignants. Il est composé de 11 items cotés de 0 (expérience terrible) à 10 (expérience presque parfaite). Le premier item porte sur l'impression de contrôle de la douleur du patient, le second sur sa capacité à se nourrir et le troisième sur son confort respiratoire. Les autres items se rapportent plus à la quiétude du patient, au partage des derniers instants avec ses proches et à sa spiritualité. O'Mahony *et al* ont utilisé ce questionnaire pour évaluer le ressenti des familles et des équipes de réanimation à propos de la fin de vie de patients concernés par des mesures de LAT (81). Ils ont constaté une discordance entre la perception des familles et celle de l'équipe soignante de réanimation. Le niveau de quiétude du patient perçu par les familles est plus faible que celui perçu par les infirmières, et ce, de manière significative. Il en va de même concernant le niveau de confort respiratoire du patient. Ces résultats mettent ainsi l'accent sur l'intérêt d'une intervention précoce de l'EMSP, ce qui permet de mieux contrôler des symptômes pénibles telles que la douleur et la dyspnée et d'apporter un soutien psychique aux familles dans l'accompagnement de leur proche mourant. En 2008, Curtis *et al* ont également utilisé ce questionnaire pour évaluer l'apport de l'intervention de l'EMSP dans le cadre de procédures de LAT (82). Ils ont soumis l'ICU-QODD aux familles de patients hospitalisés en réanimation ainsi qu'aux infirmières de ce service, avant et après intervention de l'EMSP. Ils ont noté une amélioration de ce score chez les infirmières de manière significative et chez les proches mais de manière non-significative, laissant suggérer le caractère bénéfique de l'action de l'EMSP dans ses situations complexes. Toutefois, afin d'améliorer la satisfaction des familles, ces auteurs insistent sur la nécessité de renforcer la communication entre les proches et les réanimateurs.

Dans notre étude, l'évaluation de l'impact bénéfique de l'intervention de l'EMSP sur des points comme le ressenti des familles, de l'équipe soignante à propos de la prise en charge des symptômes d'inconfort et sur la qualité de la fin de vie des patients n'a pas été effectuée. Cette évaluation pourrait être réalisée dans le cadre de la mise en place d'un questionnaire d'évaluation qui serait soumis à l'ensemble du personnel du service de réanimation du site Bon-Secours et éventuellement aux familles ou en effectuant une étude prospective.

En 2006, Levy et Curtis définissent trois conditions pour améliorer la prise en charge des fins de vie en réanimation (83) :

- l'existence d'une collaboration/communication entre les réanimateurs et les spécialistes des soins palliatifs ;

- l’existence d’une communication au sein de l’équipe de réanimation ;
- l’excellence dans l’évaluation et la gestion des symptômes de fin de vie (douleur, dyspnée, anxiété…).

Ces conditions doivent être réunies pour permettre une prise en charge optimale des patients de réanimation. Selon eux, l’instauration de limitations et/ou d’arrêt des thérapeutiques doit consister en une prise en charge palliative pure axée principalement sur les soins et traitement de confort. Cela permet de replacer le patient, ses valeurs, sa volonté, au centre du projet de soins, tout en lui apportant, ainsi qu’à ses proches, un soutien d’ordre psychologique, spirituel et social. Ce soutien impose la mise en place d’une communication régulière et claire assurée par la mise en œuvre de rencontres interdisciplinaires avec les familles axées sur la prise de décisions partagées.

CONCLUSION

C’est autour de ces situations de limitations et d’arrêt des thérapeutiques que se concentrent essentiellement les difficultés d’appréhension de la fin de vie dans les services de réanimation. En effet, les LAT peuvent apparaître comme le seul recours pour des patients dont la vie n’est plus qu’artificielle. Elles permettent de lutter contre l’obstination déraisonnable et de respecter la dignité du patient en fin de vie en lui apportant accompagnement et confort.

De très nombreuses études se sont intéressées aux LAT en réanimation. Certaines ont permis de faire un état des lieux des pratiques (permettant d’extraire des données épidémiologiques et de prouver une certaine évolution des pratiques) tandis que d’autres ont été consacrées à la complexité du processus décisionnel aboutissant à ces décisions (notamment sur le plan éthique et juridique).

Toutefois, même si le législateur et les sociétés savantes ont tenté d’encadrer ce processus décisionnel, la prise en charge des patients concernés par des mesures de LAT n’en reste pas moins singulière. En pratique, ce processus doit prendre en compte la spécificité de chaque situation, de chaque patient, de chaque famille et de chaque membre de l’équipe soignante.

Il apparaît dans notre étude que la participation des EMSP permet de favoriser la communication entre les différents intervenants, mais aussi de réduire les soins futiles. De plus, elle rend possible une meilleure identification de la volonté du patient, facilite la mise en place d’une démarche éthique et recentre les soins du patient sur le confort et l’accompagnement. Enfin, les EMSP se proposent de soutenir les familles confrontées au deuil et constituent un appui pour les équipes soignantes.

L’évaluation du bénéfice de la collaboration entre EMSP et réanimateurs semblerait intéressante, notamment au niveau du ressenti des soignants et des proches, et pourrait faire l’objet d’un travail complémentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Reisner-Sénélar L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. Intensive Care Med. 2011;37(7):1084‑1086.

2. Grosbuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y, et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. Réan Urg. 2000;9:11‑25.

3. Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation de la Société de réanimation de langue française. Réanimation. 2010;19:679‑698.

4. David-Souchot V. Limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) pour les patients incompétents hospitalisés en service de réanimation adulte: Éthique et responsabilité de l'équipe soignante. Droit, Déontologie & Soin. 2004;4(4):449‑487.

5. Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation. 2002;11:442‑9.

6. Robert R, Ferrand E, L' Association des Réanimateurs du Centre-Ouest. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation: expérience de dix centres. Réan Urg. 1996;5:611‑16.

7. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet. 2001;357(9249):9‑14.

8. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 2003;290(6):790‑797.

9. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Respir Crit Care Med. 1997;155(1):15‑20.

10. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 1998;158(4):1163‑1167.

11. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med. 1999;27(8):1626‑1633.

12. Vincent J-L. End-of-life practice in Belgium and the new euthanasia law. Intensive Care Med. 2006;32(11):1908‑1911.

13. Van der Maas PJ, Van der Wal G, Haverkate I, De Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. N Engl J Med. 1996;335(22):1699‑1705.

14. Zamperetti N, Proietti R. End of life in the ICU: laws, rules and practices: the situation in Italy. Intensive Care Med. 2006;32(10):1620‑1622.

15. Zamperetti N, Piccinni P. End of life in the Intensive Care Unit. Minerva Anestesiol. 2010;76(7):541‑547.

16. Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Intensive Care Med. 1997;23(12):1264‑1267.

17. Gavrin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. Crit Care Med. 2007;35(2S):S85‑94.

18. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949‑954.

19. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. Ann Intern Med. 1996;125(8):669‑674.

20. Pérotin V. Les enjeux de la parole médicale. Med Pal. 2006;5(2):91‑95.

21. Patrick Verspieren. Malade et médecin, partenaires. Études. 2005;402(1):27‑38.

22. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221‑2226.

23. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. Crit Care Med. 2001;29(2S):S24‑25.

24. Azoulay E. Limitations des thérapeutiques actives en réanimation. Rev Mal Respir. 2006;23(13S):S29‑45.

25. Mallet D, Chekroud H. Soins palliatifs : d'une éthique de conviction à l'apprentissage de la discussion. Revue des maladies respiratoires. Supplément [Internet]. Masson; [cité 9 oct 2012]. p. 3S197‑3S200. Disponible sur: http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1707754

26. Lemaire F. Limitations et arrêts de traitements actifs en réanimation : un autre point de vue. Réan Urg. 2000;9:3‑7.

27. Arduin P-O. L' intention morale au cœur du questionnement éthique concernant les pratiques médicales en fin de vie. Éthique & Santé. 2006;3(4):188‑195.

28. Rapport n°1708 fait au nom de la mission d'information parlementaire d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, Président et Rapporteur M. Léonetti Jean, TomeII, Audition du Dr Jean-Marie Gomas, médecin généraliste, co-fondateur de la SFAP, procès verbal de la séance du 06 janvier 2004. 413‑4.

29. Fragkou R. De l'euthanasie aux soins palliatifs : la nécessité d'une réponse au-delà du strict droit positif. Médecine & Droit. 2012;114:76‑92.

30. Verspieren P. Face à celui qui meurt: Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement. Paris: Desclée de Brouwer; 1999.

31. Beloucif S. Questions éthiques et fin de vie. Médecine & Droit. 2011;106:84‑90.

32. Gomez M. L'euthanasie, une fausse solution. La lettre de l'Espace éthique AP-HP automne- hiver 1999/2000. 9-10-11 (Fins de vie et pratique soignantes):100.

33. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. Crit Care Med. 2001;29(2S):S52‑55.

34. Gomas J.M. Démarche pour une décision éthique (D.D.E). Presse Med. 2001;30(19):973‑5.

35. Benaroyo L. Responsabilité éthique au quotidien: La narration au cœur du soin. Éthique & Santé. 2005;2(2):76‑81.

36. Pérotin V. Tout ce que vous vouliez savoir sur la loi Léonetti. Med Pal. 2012;11(3):148‑157.

37. Therouse F, Margraff A. Fin de vie, quand le législateur réaffirme les principes d' autonomie et de dignitéde la personne humaine. Éthique & Santé. 2006;3(1):49‑54.

38. Gignon M, Manaouil C, Jardé O. La nouvelle approche de la fin de vie : loi du 22 avril 2005 et les décrets du 6 février 2006. Ann Fr Anesth Reanim. 2007;26(3):252‑258.

39. Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance maladie. Décret n°2010-107 du 29 janvier 2010 portant Code de déontologie médicale. JO du 30 janvier 2010. 1869.

40. Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale. JO du 8 septembre 1995. 13305.

41. Loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. JO du 10 juin 1999. 8487‑89.

42. Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 5 mars 2002. 4118‑59.

43. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JO du 23 avril 2005.

44. Décret n°2006-119 du 06 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. JO du 07 février 2006.

45. Décret n°2006-120 du 06 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JO du 07 février 2006.

46. Lienhart A, Puybasset L, Beloucif S, Boulard G. Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Ann Fr Anesth Reanim. 2006;25(11–12):4‑8.

47. Beydon L, Pelluchon C, Beloucif S, Baghdadi H, Baumann A, Bazin J-E, et al. Fin de vie, euthanasie et suicide assisté : une mise au point de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Ann Fr Anesth Reanim. 2012;31(9):694‑703.

48. Markstein C. Promouvoir le développement et l'intégration des équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital – Résultats de la recherche et recommandations. Med Pal. 2004;3(3):113‑125.

49. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Bulletin Officiel n° 2002-12.

50. Le Moing M, Robin V. Collaboration ou substitution? Med Pal. 2007;6(6):311‑313.

51. Guisset et al. Situations complexes de Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA) en réanimation: une collaboration entre un service de réanimation et une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) Posters. Med Pal. 2009;8(3):167‑178.

52. Conférence de consensus: Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. JEUR. 2004;17(3, Part 2):183‑201.

53. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella J-L, Gauvain J-B, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. Gérontol Soc. 2004;109(2):31.

54. Tliba L, Menoret N, Bastumer BL. Le processus de fragilité, facteurs de risque et prévention. Soins Gérontol. 2011;89:17‑20.

55. Pleven V, Fadel F, Harang J-V. Analyser et maîtriser la iatrogénie en réanimation. Soins. 2010;55(746):46‑47.

56. Bogé A, Lorgis L, Dautriche A, Bonnet M, Gudjoncik A, Buffet P, et al. Les admissions pour iatrogénie sévère en unité de soins intensifs de cardiologie : étude prospective sur 7244 patients. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie [Internet]. [cité 13 févr 2013]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003392812001394

57. Timsit J, Fosse J, Troché G, Lassence AD, Alberti C, Garrouste-Orgeas M, et al. Accuracy of a composite score using daily SAPS II and LOD scores for predicting hospital mortality in ICU patients hospitalized for more than 72 h. Intensive Care Med. 2001;27(6):1012‑1021.

58. Timsit J-F, Fosse J-P, Troche G, De Lassence A, Alberti C, Garrouste-Orgeas M, et al. Calibration and discrimination by daily Logistic Organ Dysfunction scoring comparatively with daily Sequential Organ Failure Assessment scoring for predicting hospital mortality in critically ill patients. Crit Care Med. 2002;30(9):2003‑2013.

59. Prise en charge des patients adultes souffrant d'un coma chronique postanoxique : résultats de l'enquête de la SRLF. Réanimation. 2009;18(7):640‑648.

60. Daubin C, Bornstain C, Graftieaux J-P, Thirion M, Régnier B. Avis de la CE-SRLF sur la démarche de prise de décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques chez l'adulte en coma postanoxique après un arrêt cardiaque. Réanimation. 2012;21(5):637‑644.

61. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171(9):987‑994.

62. Danel-Brunaud V, Laurier L, Parent K, Moreau C, Defebvre L, Jacquemin D, et al. Les enjeux de la loi Leonetti : participation des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique à une discussion anticipée sur la réanimation respiratoire et les soins de fin de vie. Rev Neurol. 2009;165(2):170‑177.

63. Manuel V 2010 de certification des établissements de santé - les éléments de verification. HAS. Version avril 2011.

64. Saussac C, Burucoa B, Paternostre B. La traçabilité des décisions de limitations et d'arrêts de traitements en unité de soins palliatifs sous le regard de la loi Leonetti : étude rétrospective au CHU de Bordeaux de janvier à mai 2010. Med Pal. 2012;11(6):300‑305.

65. Faber-Langendoen K. The clinical management of dying patients receiving mechanical ventilation. A survey of physician practice. Chest. 1994;106(3):880‑888.

66. Fartoukh M, Brun-Buisson C, Lemaire F. Extubation chez 5 patients en fin de vie en réanimation. Presse Med. 2005;34(7):495‑501.

67. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing Intensive Life-Sustaining Treatment — Recommendations for Compassionate Clinical Management. N Engl J Med. 1997;336(9):652‑657.

68. Truog RD, Cist AFM, Brackett SER, Burns JP, Curley MAQR, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2001;29(12):2332‑2348.

69. Wilson WC SN. Ordering and administration of sedatives and analgesics during the withholding and withdrawal of life support from critically iii patients. JAMA. 1992;267(7):949‑953.

70. Bollaert P-E, Vinatier I, Orlikowski D, Meyer P. Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par le réanimateur (nouveau-né exclu), (hémorragie méningée exclue): Recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de réanimation de langue française, Avec la participation du groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP), de la société française neurovasculaire (SFNV), de l'association de neuro-anesthésie et réanimation de langue française (ANARLF), de l'agence de la biomédecine (ABM). Réanimation. 2010;19(6):471‑478.

71. Martin-Lefevre L, Jacob J-P, Pessionne F. Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Rev Neurol. 2011;167(6–7):463‑467.

72. Baumann A, Ducrocq X, Audibert G, Coudane H, Mertes P-M, Claudot F. Réanimation non thérapeutique en fin de vie pour préservation des organes en vue d'un don : problèmes éthiques et légaux. Presse Med. 2012;41(10):530‑538.

73. Groot YJ de, Jansen NE, Bakker J, Kuiper MA, Aerdts S, Maas AIR, et al. Imminent brain death: point of departure for potential heart-beating organ donor recognition. Intensive Care Med. 2010;36(9):1488‑1494.

74. Byock I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S302‑S305.

75. Paternostre B. Représentations de la fin de vie, de l'arrêt des traitements, de la collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs pour des situations complexes de limitations et arrêts de thérapeutiques actives en réanimation. Med Pal. 2009;8(4):185‑191.

76. Viallard M-L. Apports possibles d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs dans les situations de limitation et d'arrêt de traitement actif. Med Pal. 2009;8(1):3‑6.

77. Schneiderman LJ. Effect of ethics consultations in the intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S359‑S363.

78. Billings JA, Keeley A. Merging cultures: Palliative care specialists in the medical intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S388‑S393.

79. Campbell ML. Palliative care consultation in the intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S355‑S358.

80. Treece PD, Engelberg RA, Shannon SE, Nielsen EL, Braungardt T, Rubenfeld GD, et al. Integrating palliative and critical care: Description of an intervention. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S380‑S387.

81. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. Palliat Med. 2010;24(2):154‑165.

82. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt T, et al. Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. Am J Respir Crit Care Med. 2008;178(3):269‑275.

83. Levy MM, Curtis JR. Improving end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2006;34(Suppl):S301.

ANNEXES

A. ANNEXE I : GUIDE D'AIDE À LA REFLEXION CONCERNANT LE NIVEAU D'ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE (D'APRES LE GUIDE LATARÉA).

Discussion n°:		Date :	
Initiateur de la réflexion (fonction et identification) :			
Réflexion(s) informelle(s) ayant précédé cette discussion : Oui | Non			
Niveau d'engagement thérapeutique ce jour : ○ Maximal ○ Ne pas réanimer un ACR (NTBR) ○ Limitation thérapeutique			
Consultation du patient et des proches concernant le niveau d'engagement thérapeutique avant présente discussion			
Patient : ○ inapte à consentir (coma ou sédation) ○ consulté en accord avec la stratégie ○ consulté en désaccord avec la stratégie			
Proches : ○ consultés et en accord avec la stratégie ○ consultés en désaccord avec la stratégie ○ niveau d'information insuffisant ○ défaut de qualité des entretiens ○ absence de proches connus ou joignables			
Intervenants de la réflexion collégiale (*: participation indispensable si présent)			
Fonction	Identification	Fonction	Identification
* Médecin senior en charge du patient	Nom :	Chirurgien	Nom :
* Interne en charge du patient	Nom :	Médecin référent	Nom :
* Infirmier(e) en charge du patient	Nom :	Cadre infirmier	Nom :
* Aide-soignant(e) en charge du patient	Nom :	Autres paramédicaux	Noms :
Autre médecin senior	Nom :	Médecin traitant	Nom :
Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion			
○ Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle ○ Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur ○ Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle ○ Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle		○ Rénal et métabolique nécessitant l'épuration extra rénale ○ Hépatique ○ Hématologique nécessitant transfusions répétées	
Contexte clinique			
Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation			
Il n'existe plus de stratégie curative possible			Oui | Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours			Oui | Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion			Oui | Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme			Oui | Non
L'age est particulièrement avancé			Oui | Non
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion			Oui | Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée			Oui | Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée			Oui | Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée			Oui | Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient			Oui | Non
La souffrance physique du patient est incontrôlée			Oui | Non
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique			Oui | Non
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique			Oui | Non
Il ne doit pas être tenu compte dans la réflexion d'une iatrogénie (potentielle)			Oui | Non
Commentaire :			

Avis du médecin ou du chirurgien référent du patient (différent du consultant extérieur de la procédure Leonetti)	
Un avis du médecin ou du chirurgien référent serait utile :	Oui | Non | NA
… au cas où l'avis recherché serait impossible, pour quelle(s) raison(s) :	Non disponible | Non souhaité | Injoignable
… au cas, où l'avis serait possible, quelle argumentation du médecin/chirurgien référent :	
Il n'existe plus de stratégie curative possible	Oui | Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours	Oui | Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable	Oui | Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme	Oui | Non
L'age est particulièrement avancé	Oui | Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée	Oui | Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée	Oui | Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée	Oui | Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient	Oui | Non
Commentaire :	

Niveau de consensus

Consensus au sein de l'équipe : Oui | Non

Prévoir autre réunion dans les 48h : Oui | Non

Le patient sera impliqué dans cette réflexion : Oui | Non, juste informé | Non, du tout | NA

Les proches seront impliqués de cette réflexion : Oui | Non, juste informés | Non, du tout | NA

Commentaire :

Stratégie proposée

- ○ Engagement thérapeutique maximal argumenté
- ○ Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données
- ○ Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR)
- ○ Limitation des traitements et démarche palliative
- ○ Arrêt des traitements et démarche palliative

Après consultation …

Le patient est : ○ inapte à consentir ○ en accord avec la stratégie ○ en désaccord avec la stratégie

Les proches sont : ○ en accord avec la stratégie ○ en désaccord avec la stratégie ○ non vus

Un autre entretien est prévu (dans un délai maximum de 48h) le .....

Commentaire :

Décision après les différentes consultations

- ○ Engagement thérapeutique maximal argumenté
- ○ Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données
- ○ Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR) → Remplir fiche de décision LAT
- ○ Limitation des traitements et démarche palliative → Remplir fiche de décision LAT
- ○ Arrêt des traitements et démarche palliative → Remplir fiche de décision LAT

B. ANNEXE II : FICHE DE DÉCISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES TRAITEMENTS (D'APRES LE GUIDE LATARÉA)

Nom du médecin responsable de la décision : .....

1. *Décision proposée :* ○ *une limitation des traitements* ○ *un arrêt des traitements*
2. Respect de la procédure de réflexion collégiale :

   Date et n°de la réflexion collégiale: .....

   Le médecin responsable assure :

   ○ avoir consulté l'équipe de soins concernant la décision et ses modalités

   ○ avoir consulté le patient conscient et apte à consentir concernant la décision et ses modalités

   ○ ne pas avoir consulté le patient car celui-ci était inconscient ou inapte à consentir

   ○ s'être assuré de l'existence potentielle de directives anticipées ou de souhaits antérieurement exprimés par le patient

   ○ avoir consulté la personne de confiance (si désignée) concernant la décision et ses modalités

   ○ avoir consulté la personne référente et les proches concernant la décision et ses modalités

   ○ assure avoir consigné les motifs et l'identité des intervenants
3. Avis du consultant extérieur :

   Nom, fonction et service du consultant : .....

   Patient examiné : Oui | Non

   Anamnèses antérieure et présente considérées comme suffisantes : Oui | Non

   Argumentation de la décision considérée comme suffisante et cohérente : Oui | Non

   Modalités de la décision prise considérées comme cohérentes et adaptées : Oui | Non

   Conclusion signée de l'avis du consultant :

   Accord avec la décision prise : Oui | Non

   Désaccord avec la décision prise justifiant un autre avis : Oui | Non

   Commentaire éventuel:

4. Décision définitive :

   ○ Limitation des traitements et démarche palliative

   ○ Arrêt des traitements et démarche palliative

   ○ Pas de décision de limitation ou d'arrêt en l'absence de consensus

Modalités de la stratégie de limitation ou d'arrêt des traitements

Traitements limités ou arrêtés	
Pas de massage cardiaque externe en cas d'ACR	Oui | Non
Pas d'intubation quelle que soit la situation	Oui | Non | NA
Extubation	Oui | Non | NA
Abstention ou ablation de la canule de trachéotomie quelle que soit la situation	Oui | Non
Limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FIO2	Oui | Non | NA
Limitation de la ventilation mécanique par limitation du mode ventilatoire	Oui | Non | NA
Arrêt de la ventilation mécanique	Oui | Non | NA
Non mise en place de VNI quelle que soit la situation	Oui | Non | NA
Arrêt de la VNI	Oui | Non | NA
Limitation ou non introduction des vasopresseurs	Oui | Non
Arrêt des vasopresseurs	Oui | Non | NA
Limitation ou non introduction de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration)	Oui | Non
Arrêt de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration) quelque soit la situation	Oui | Non | NA
Abstention d'un monitorage de la PIC quelle que soit la situation	Oui | Non

Abstention, limitation ou arrêt de toute transfusion quelle que soit la situation	Oui | Non
Abstention ou arrêt de toute antibiothérapie quelle que soit la situation	Oui | Non
Décision de surseoir à tout acte chirurgical quelle que soit la situation	Oui | Non
Abstention ou arrêt de toute nutrition parentérale	Oui | Non
Abstention ou arrêt de toute nutrition entérale	Oui | Non
Arguments pour une consultation de l'équipe mobile de soins palliatifs	
Difficultés à établir un traitement de confort	Oui | Non | NA
Accompagnement du patient	Oui | Non | NA
Accompagnement des proches	Oui | Non | NA
Accompagnement de l'équipe (groupe de parole)	Oui | Non
En conclusion, est-il souhaité un recours à l'équipe mobile de soins palliatifs	Oui | Non
Traitements de confort	
Protocole de titration de morphiniques et/ou hypnotiques sans limite de posologie, QSP confort	Oui | Non
Morphiniques avec posologie maximale prévue (en mg/h)	Oui | Non
Benzodiazépines avec posologie maximale en mg/h	Oui | Non
Scopolamine patch | SC	Oui | Non
Arrêt monitoring	Oui | Non
Arrêt des examens	Oui | Non
Accompagnement	
Liberté des horaires de visite (H24)	Oui | Non
Elargissement des horaires de visite ; préciser :	Oui | Non
Proposition aux proches d'être présents lors du décès	Oui | Non
Proposition aux proches ou au patient d'une visite du représentant du culte	Oui | Non
Justification éventuelle du type de démarche palliative :	

Date et signature du médecin responsable :

C. ANNEXE III : LA CLASSIFICATION CMD RSS

CMD_RSS	Libellé_CMD_RSS
5	Affections de l'appareil circulatoire
4	Affections de l'appareil respiratoire
1	Affections du système nerveux
6	Affections du tube digestif
11	Affections du rein et des voies urinaires
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
18	Maladies infectieuses et parasitaires
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
13	Affections de l'appareil génital féminin
2	Affections de l'œil
12	Affections de l'appareil génital masculin
22	Brûlures
19	Maladies et troubles mentaux

D. ANNEXE IV: LE SCORE IGS II

L'indice de gravité simplifié (IGS) II est le score de gravité de réanimation le plus utilisé en Europe et en France. Il permet comme son nom l'indique d'évaluer la gravité des patients admis en réanimation durant les 24 premières heures à partir des données les plus péjoratives. Au total 15 paramètres vont être cotés de 1 à 26 points :

- âge : en année au dernier anniversaire ;
- fréquence cardiaque : prendre en compte la valeur la plus défavorable sur les 24 heures, que soit une bradycardie ou une tachycardie. Lorsque le rythme cardiaque varie de l'arrêt (11 points) à la tachycardie > 160 (7 points), il convient de compter 11 points ;
- pression artérielle systolique : utiliser la même méthodologie que la fréquence cardiaque. Lorsque la PAS varie de 60 à 210 mm Hg, il convient de compter 13 points ;
- température : le chiffre le plus élevé est à prendre en compte ;
- rapport PaO_2/FiO_2 uniquement en cas de ventilation mécanique ou de CPAP (prendre en compte la valeur la plus basse). Si le patient n'est pas ventilé, compter 0 ;
- diurèse : si le patient est hospitalisé en réanimation moins de 24 heures, il convient d'extrapoler les chiffres sur 24 heures ;
- urée sanguine : prendre en compte la valeur la plus élevée en mmol/l ou g/l ;
- globules blancs : prendre la valeur la plus mauvaise (haute ou basse) selon l'échelle du score ;
- kaliémie : prendre la plus mauvaise valeur (haute ou basse) selon l'échelle du score ;

- natrémie : prendre la plus mauvaise valeur (haute ou basse) selon l'échelle du score ;

- bicarbonatémie : prendre la valeur la plus basse ;

- bilirubinémie : prendre la valeur la plus haute ;

- score de Glasgow : prendre la valeur la plus basse. En cas de sédation, prendre en compte le score estimé avant la sédation, obtenue grâce aux données de l'interrogatoire et à l'examen clinique ;

- maladies chroniques : trois types maladies chroniques entrent dans la cotation du score IGS II. Il y a tout d'abord le SIDA, défini par un patient HIV positif présentant une ou des complications cliniques telles qu'une pneumocystose, un sarcome de Kaposi, un lymphome, une tuberculose ou une toxoplasmose. Ensuite, il y a les pathologies hématologiques malignes telles qu'un lymphome, une leucémie aiguë ou un myélome multiple. Il y a enfin les pathologies carcinologiques métastatiques dont les métastases ont été prouvées par chirurgie ou imagerie ;

- type d'admission : 3 types d'admission sont distingués. Tout d'abord, il y a les malades médicaux correspondant aux malades non-opérés dans la semaine précédant leur admission en réanimation. Puis il y a les malades chirurgicaux (c'est-à-dire opérés dans la semaine précédant ou suivant leur admission en réanimation) qui sont distingués en 2 catégories : ceux ayant subi une chirurgie programmée (intervention prévue au moins 24 heures à l'avance) et ceux ayant subi une chirurgie non-programmée (intervention non-programmée 24 heures avant).

Variables Points:	26	13	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18
Age (années)												< 40						40 - 59				60 - 69	70 - 74	75 - 79		≥ 80
F.C (batt/min-1)				< 40							40 - 69	70 - 119				120 - 159		≥ 160								
T.A. systolique (mmHg)		< 70						70 - 99				100 - 199		≥ 200												
Température (C°)												< 39			≥ 39											
Seulement si V.M. ou CPAP, PaO2 (mmHg) /FiO_2				< 100	100 - 199		≥ 200																			
Diurèse (l/jour)				< 0,500					0,500 - 0,999			≥ 1,000														
Urée (mmol/l) (g/l)												< 10,0 < 0,60					10,0 - 29,9 0,60 - 1,79				≥ 30,0 ≥ 1,80					
Globules blancs ($10^3/mm^3$)			< 1,0									1,0 - 19,9			≥ 20,0											
Kaliémie (mmol/l)										< 3,0		3,0 - 4,9			≥ 5,0											
Natrémie (mmol/l)								< 125				125 - 144	≥ 145													
HCO3- (mmol/l)							< 15			15 - 19		≥ 20														
Bilirubine (µmol/l) (mg/l)												<68,4 <40,0				68,4 - 102,5 40,0 - 59,9				≥ 102,6 ≥ 60,0						
Score de Glasgow (Pts)	<6	6 - 8				9 - 10		11 - 13				14 - 15														
Maladies chroniques																				Cancer méta.	Hem. mal.				SIDA	
Type d'admission												Chir. prog.					Méd.		Chir. urg.							
Total																										

E. ANNEXE V : L'ECHELLE DE MAC CABE

Cette échelle permet de mesurer l'état antérieur du patient dans les 3 mois précédant son admission en réanimation. Elle permet de classer les patients en trois catégories :

- les patients Mac Cabe 0 correspondent à des patients ne présentant pas de maladie mortelle ;
- Les patients Mac Cabe 1 correspondent à des patients présentant une maladie mortelle à 5 ans. Il s'agit de patients présentant une insuffisance cardiaque de stade III NYHA, une insuffisance respiratoire sous O_2 à domicile, un cancer non-métastasé ou une hypertension portale :
- les patients Mac Cabe 2 correspondent à des patients présentant une maladie mortelle à un an. Il s'agit de patients présentant une insuffisance cardiaque de stade IV NYHA, une insuffisance respiratoire déjà ventilée, un cancer métastasé ou une décompensation hémorragique de cirrhose.

F. ANNEXE VI : SCORE SOFA (SCORE DE DÉFAILLANCE ORGANIQUE)

Score SOFA	0	1	2	3	4
PaO_2 / FIO_2	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200 avec Vent. Art.	≤ 100 avec Vent. Art.
Plaquettes	> 150 10^3/mm ^{3}	≤ 150 10^3/mm ^{3}	≤ 100 10^3/mm ^{3}	≤ 50 10^3/mm ^{3}	≤ 20 10^3/mm ^{3}
Bilirubine	< 20 µmol/L	20 – 32 µmol/L	33 – 101 µmol/L	102 – 204 µmol/L	> 204 µmol/L
Hypotension	absence	MAP < 70 mm Hg	Dopa ≤ 5 Ou Dobutrex	Dopa > 5 Ou Epin ≤ 0,1 Ou Norepi ≤ 0,1	Dopa > 15 Ou Epin> 0,1 Ou Norepi> 0,1
Score de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Créatinine Ou Diurèse	< 110 µmol/L	110 - 170	171 - 299	300 – 440 ou < 500 ml/jour	> 440 ou < 200 ml/jour
Total = ……					

Réf : Vincent *et al*. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction / failure. Intensive Care Med. 1996;22:707-710

	0	1	2	3	4
Respiratoire	20%	27%	32%	46%	64%
Cardio-vasculaire	22%	32%	55%	55%	55%
Coagulation	35%	35%	35%	64%	64%
Système nerveux	26%	35%	46%	56%	70%
Foie	32%	34%	50%	53%	56%
Rénal	25%	40%	46%	56%	64%

Mortalité, en % selon le score et l'organe atteint (1643 malades)

Réf : Vincent *et al*. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction / failure. Intensive Care Med. 1996;22:707-710

G. ANNEXE VII : FORMULAIRE ETHIQUE DU SERVICE DE REANIMATION DU CHR DE METZ-THIONVILLE

Pôle 5 - Formulaire éthique

Afficher le journal des ses | Nouvelle session | 29/01/2013 16:39 | Actualiser

Directive anticipée

Position du patient connue

Volonté du patient

Position famille

Position personne de confiance

Problèmes posés

Informations patient / famille

Patient prévenu des limitations thérapeutiques

Famille prévenue des limitations thérapeutiques

Présence famille souhaitée

Prévenir famille

Coordonnées personne de référence

Elargissement des horaires de visite

Elargissement du nombre de visiteurs

Culte du patient

Demande de visite de culte ☐

Décision collégiale

A la date du

En présence de

Il est décidé de

- Ne pas faire MCE ☐ CEE ☐ EER ☐
  Intubation ☐ Trachéotomie ☐ VNI ☐
  Amines ☐ Remplissage ☐ Transfusion ☐
  Traitement ☐ ATB ☐ Nutrition ☐
- Arrêter les traitements en cours
  EER ☐ Intubation ☐ Ventilation méca. ☐
  Amines ☐ Traitement ☐
  ATB ☐ Nutrition ☐
- Limiter les doses d'amines à
- Introduire si nécessaire Sédation. ☐ Analgésie. ☐
- Arrêter le monitorage
- Arrêter les examens complémentaires

Contact coordination

VU

NANCY, le **13 mars 2013**	NANCY, le **13 mars 2013**
Le Président de Thèse	Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur P.E. BOLLAERT	**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **15 mars 2013**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Les situations de limitations et arrêt des thérapeutiques (LAT) sont fréquentes en réanimation. Face à la complexité de ces situations, la législation française impose la mise en œuvre d'une procédure collégiale faisant intervenir un tiers extérieur.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les patients ayant bénéficié d'au moins une intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) lors de leur hospitalisation en réanimation au CHR Bon-Secours à Metz entre le 1er janvier 2011 et le 31 août 2012.

Résultats et discussion : L'EMSP est intervenue auprès de 36 patients au cours de la période concernée, représentant 76 consultations. Le taux de mortalité de ces patients en réanimation est de 72%. L'intervention de l'EMSP a permis de recueillir la volonté du patient dans 47,22% des cas. 74% des mesures d'arrêts des thérapeutiques sont précédées de mesures de limitations. La nutrition artificielle a été interrompue dans 54,5% des cas et la ventilation artificielle dans 45,4% des cas, ces taux plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature peuvent probablement être en lien avec les compétences particulières de l'EMSP sur la fin de vie.

Conclusion : Il apparaît dans notre étude que la participation de l'EMSP permet de favoriser la communication entre les différents intervenants. L'intervention de l'EMSP a permis de réduire les soins futiles. De plus, elle permet une meilleure identification de la volonté du patient, facilite la mise en place d'une démarche éthique et recentre les soins du patient vers le confort et l'accompagnement. Elle se propose de soutenir les familles confrontées au deuil et les équipes soignantes.

TITRE EN ANGLAIS : WITHHOLDING AND WITHDRAWING OF LIFE-SUSTAINING THERAPIES IN INTENSIVE-CARE UNITS : an example of collaboration between palliative care mobile team and intensive care unit physicians.

THESE DE MEDECINE GENERALE—ANNEE 2013

MOTS-CLES : limitation thérapeutique ; arrêt thérapeutique ; soins palliatifs ; réanimation ; collégialité.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex