

Du traitement intensif à la limitation de traitement Place de l'éthique et des soignants

Jean-Michel BOLES

Service de Réanimation médicale
Hôpital de la Cavale Blanche, CHU de Brest

EA 4686 « Ethique, professionnalisme et santé »
Université de Bretagne Occidentale, Brest

27^{ème} Congrès de la SKR
Paris, 16 - 17 janvier 2014

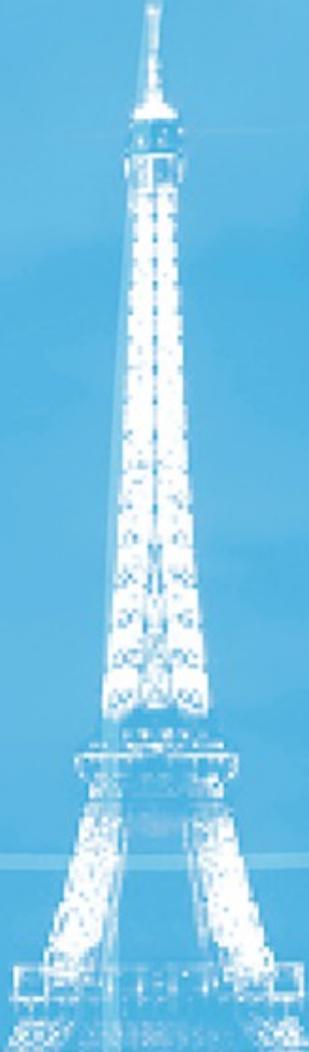


CHU
BREST



Déclaration de liens

**mon intervention
ne présente aucun conflit d'intérêt**



La « scène », le contexte

- Pronostic vital engagé
- Comorbidités
- Age

**Défaillances
viscérales**

- multiples
- potentiellement réversibles

- Suppléances sophistiquées
- Traitements et soins complexes

**Perte
d'autonomie**

- physique
- relationnelle
- décisionnelle

Fin de vie en réanimation

Répondre en 3 étapes

Reconnaitre

Types de situations

Décider

Ethicité

Accompagner

Démarche palliative

I. Reconnaître

- types de situations

La mort qui recule et la réanimation : de l'acharnement à l'obstination

- **Un « acharnement » légitime**
- objet: tenter de sauver ou de guérir un malade à qui l'on veut donner toutes ses chances
- Objectif et finalité de la réanimation
- **L'obstination déraisonnable**
- objet: prolonger artificiellement la vie biologique d'une personne qui ne peut guérir ou vivre
- Effet pervers de l'illusion de la toute puissance technologique

Action médicale : double souci thérapeutique et éthique

- Sauver la vie
- Restituer l'intégrité des fonctions vitales et de la vie
- Ne pas créer de situations de dépendance et de handicap telles qu'elles déboucheraient sur une qualité de vie inacceptable

⇒ **Actions** médicales complexes, parfois dans un contexte d'urgence et d'incertitude au moyen de capacités technologiques quasiment sans limite

⇒ **Réflexions** pour reconnaître ces situations et prendre des décisions de limitation /arrêt de traitement = non acharnement

Phase de « l'agir »

Question du « sens »

☐ Situations de L/A de traitements (1)

Recommandations SRLF, Réanimation 2002 - 2009

- **Le patient en échec thérapeutique**
malgré stratégie bien conduite et prise en charge optimale
- **But de la décision:**
ne pas prolonger inutilement l'agonie



Situations de L/A de traitements (2)

Recommandations SRLF, Réanimation 2002 - 2009

- Le patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie
- But de la décision: éviter poursuite ou intensification des traitements déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle



Mais tensions éthiques majeures

1^{ère} situation

- Quand est-on « sur » de l'échec thérapeutique ?

2^{ème} situation

- Comment définir la qualité de vie pour autrui?

II. Décider

Recommandations en réanimation



Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte

Actualisation des Recommandations
de la Société de Réanimation de Langue Française

(2002)
Mise à jour
2009
www.srlf.org

Réanimation (2010) 19, 706–717



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Limitation et arrêt des traitements en réanimation : comment évaluer et améliorer nos pratiques

*Withholding and withdrawing of life support in Intensive Care Unit:
How evaluate our practices*

D. Villers^{a,*}, A. Renault^b, G. Le Gall^c, J.-M. Boles^{b,d}

La sédation pour détresse en phase terminale
et dans des situations spécifiques et complexes.

Toutes les recommandations numérotées ci-dessous ont fait l'objet d'un
accord professionnel fort.



Intensité vs limitation / arrêt des traitements

Enjeux médico-éthiques

- reconnaître les situations d'obstination déraisonnable
- justifier la légitimité de l'abstention ttt
- garantir l'éthicité du processus décisionnel et le caractère éthique des décisions
- assurer la continuité des soins

- respecter la personne
- respecter la médecine

Arguments de légitimité juridique et éthique de LAT

loi du 22 avril 2005

- Art. 1: en dehors de la fin de vie
« Lorsqu'ils (*les actes*) apparaissent **inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie**, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris »
- Art. 9: chez le malade inconscient en phase terminale:
* le médecin « peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement **inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie** »

Garantir l'éthicité du processus décisionnel

- Respect du cadre juridique
 - Questionnement éthique
- Construction d'une argumentation
- Démarche d'analyse de la proportionnalité
 - Importance de la délibération
- Traçabilité et information de tous

Démarche, processus et procédure

- décision résulte d'un processus
- procédure est au service du processus
- procédure et protocole sont garants du respect de certaines règles fonctionnelles
- démarche est garante du caractère éthique de la décision

Un cadre juridique

Loi du 22 avril 2005

un moyen : la procédure collégiale

décrets du 6 février 2006 et du 29 janvier 2010

art. R4127-37, CSP

II. ...le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale ...

Mise en place de la procédure collégiale
Recommandations de la SRLF et loi du 22 avril 2005



☑ La procédure collégiale

< Qui peut l'initier ? Décret du 29 janvier 2010

- le médecin en charge du patient
 - les directives anticipées du patient présentées par un de ses proches
 - la personne de confiance, la famille
- ↳ du médecin tenu de la mettre en œuvre = obligation

< Question : à quel moment ?

- au terme d'une maturation \pm longue de prise de conscience de la réalité de la situation
- tension : délai de mise en œuvre : désaccord fréquent entre soignants et médecins

☑ **La procédure collégiale**

Décret du 6 février 2006

Conditions de la mise en œuvre de cette procédure :

- **concertation avec l'équipe de soins**
- **recueil de l'avis motivé d'au moins un médecin**, appelé en qualité de consultant, sans lien de nature hiérarchique entre les 2 = pas le chef de service
- **recueil possible de l'avis motivé d'un 2ème consultant**

Procédure collégiale

☒ Recueil et prise en compte

- **Souhaits exprimés auparavant par le patient**
- **Directives anticipées**
- **Avis de la personne de confiance, de la famille ou d'un des proches : plusieurs personnes doivent être consultées : jugement TA Chalon/Champagne, 2013**
- **Avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur**

**Logique du dialogue
avec le patient et/ou sa famille :
cheminement parallèle commun**

Importance de la délibération

- Situation médicale dans le contexte global du patient correctement exposée
- Solutions possibles toutes discutées par rapport à « état des connaissances » du jour
- Souhaits patient et famille précisés
- Enjeux et tensions éthiques explicités
- Respect de la parole et de la compétence de chacun dans la délibération

Rechercher et élaborer de façon collégiale une solution consensuelle

- Qui soit la moins mauvaise possible pour le patient : en rapport avec philosophie de recherche du bien (Aristote)
 - partagée et acceptée par tous même si certain(s) avis diffère(nt), qui ne choque fondamentalement personne:
 - ⇒ ni vote, ni unanimité
 - ⇒ mais ni violence faite à une autre opinion
- éthique de la discussion (Habermas...)

Qui prend la décision finale ?

- **La décision finale est prise par le médecin en charge du malade à la fin de la procédure collégiale**

loi du 22 avril 2005 et décret du 6 février 2006

- **Décision motivée et notée dans dossier :**
 - avis recueillis, nature et sens des concertations
 - motifs
 - fiche de limitation/arrêt de traitement et famille, proches prévenus
- **Traçabilité des étapes du processus**
 - ↳ **amélioration du vécu des IDE**

Ferrand E, Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 1310

Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions

Am J Respir Crit Care Med, 2003 ; 167 : 1310-15

133 réas, France

Edouard Ferrand, François Lemaire, Bernard Regnier, Khalidoun Kuteifan, Michel Badet, Pierre Asfar, Samir Jaber, Jean-Luc Chagnon, Anne Renault, René Robert, Frédéric Pochar, Christian Herve, Christian Brun-Buisson, and Philippe Duvaldestin for the French RESSENTI Group

Perception Décisions LAT	IDE / AS n = 3156	Médecins n = 521
Indispensables	81%	79%
Trop rarement prises	30%	24%
Prises trop souvent	1%	12%
Inutiles	0,1%	0,4%
Dangereuses	6%	3%

Critères utilisés pour décision	IDE / AS n = 3156	Médecins n = 521
Inutilité	43%	72%
Détresse émotionnelle	10%	2%
Douleur phys.	16%	3%
Demande famille	2%	0,4%
Mauvaise QOL préalable	5%	6%
QOL sans espoir	22%	13%
Âge	3%	0,8%

Difficultés et tensions éthiques

- Incertitude
 - des critères pronostiques scientifiques
 - de l'évolution particulière de ce patient-ci
- Le patient est-il en fin de vie ou non ?
quelles perspectives de vie ultérieure ?
- Humaines
 - âge du patient
 - méconnaissance des souhaits du patient
 - réactions et souhaits de la famille
 - difficulté de juger de l'acceptabilité de la qualité de vie pour quelqu'un d'autre
 - subjectivité et projections des soignants

Place des soignants

Prévue par le décret du 6 février 2006

- Compétence professionnelle propre, expérientielle individuelle
- Connaissance du patient et de sa famille
- Compétence humaine
- Nécessité de connaître l'histoire et le dossier
- Exigence de participer à la réflexion et à la décision : Chastrusse M, Presse Med 2012; 41: e539
- Nécessité d'une formation en vue de ces décisions (éthique, juridique, ...) : effets bénéfiques sur implication des soignants : Chastrusse M, Presse Med 2012; 41: e539

Pour conclure

- Prendre le temps nécessaire à la réflexion
- Accepter les limites de l'intervention médicale et de ne pas tout contrôler jusqu'au bout
- Implémenter une stratégie d'équipe volontaire avec responsabilisation de tous
- Savoir parler en vérité au malade et à sa famille
- Implémenter une stratégie d'équipe volontaire avec responsabilisation de tous