



## Limitation et arrêt des traitements en réanimation

Professeur Olivier POURRAT - Chef du Service de Réanimation Médicale et Médecine Interne  
Hôpital Jean Bernard - CHU de Poitiers - POITIERS Cedex

**A**côté des travaux techniques destinés à améliorer les résultats du traitement des patients dans leurs services, les réanimateurs ont entrepris depuis de nombreuses années une réflexion d'ordre éthique dans plusieurs domaines. Un de ces domaines concerne les décisions de traitements sophistiqués, coûteux, parfois jugés agressifs par les familles, qu'il paraît raisonnable d'entreprendre ou de poursuivre, ou bien au contraire de limiter ou d'arrêter lorsque ces traitements paraissent correspondre à une attitude d'acharnement thérapeutique injustifiée, contraire au code de Déontologie Médicale (1-2).

### Ces décisions de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) en réanimation concernent des situations devenues désespérées.

A la condition que les décisions de ces LAT soient prises en respectant un certain nombre de précautions, elles apparaissent comme la seule alternative éthique à un acharnement thérapeutique tout à fait déraisonnable. Elles ne constituent en rien une pratique d'euthanasie et visent simplement à restaurer à la mort qui est attendue, en raison de l'absence d'espoir de survie prolongée, son caractère naturel. Plusieurs études ont montré au cours des dernières années que ces décisions de LAT sont loin d'être exceptionnelles dans les services de réanimation, que ce soit dans les pays anglo-saxons ou en France : une étude a montré récemment que ces décisions de LAT concernaient près de 10 % des patients adultes admis en réanimation où plus d'une mort sur deux survient après prise d'une telle décision (3).

**Il faut préciser les définitions des LAT en réanimation :** une décision de limitation de traitement (LT) consiste à ne pas débiter (ou à ne pas majorer) un traitement à visée étiologique (comme une antibiothérapie pour un sepsis grave) ou un traitement de suppléance d'organe(s). Une décision d'arrêt de traitement (AT) consiste à interrompre des traitements à visée étiologique qui avaient été entrepris initialement lorsqu'un espoir suffisant d'amélioration était envisagé. Enfin, il faut insister sur le fait que les traitements de confort destinés à soulager les souffrances physiques et morales

ne sont jamais arrêtés : les décisions de LAT ne concernent que les thérapeutiques dites "actives", c'est à dire les traitements à visée étiologique qui sont les seuls capables de guérir le malade ainsi que les traitements de suppléance de diverses défaillances d'organes (1).

Les circonstances de prise de décisions de LAT sont représentées par trois types de situation :

- Lorsqu'un patient est en échec thérapeutique, la décision d'une LAT a pour but de ne pas prolonger inutilement l'agonie par la poursuite de traitements dont le caractère désespéré paraît évident.
- Une autre catégorie de patients concerne ceux dont le pronostic est très défavorable en termes de qualité de vie, notamment en cas d'atteinte cérébrale dont on peut craindre qu'elle soit irréversible.
- Une troisième situation peut concerner une demande formulée par le patient lui-même lorsqu'il est conscient, informé et "compétent", c'est à dire apte à apprécier la situation et prendre une décision en toute connaissance de cause (1).

Les décisions de LAT sont prises en accord avec le Code de Déontologie Médicale qui, dans son article 37, précise que "en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique" (1, 4).

### Etude prospective multicentrique

Une étude prospective multicentrique réalisée en France en 1997 a permis de confirmer la réalité des pratiques de LAT dans les services de réanimation de notre pays (3). Cette étude a porté sur 113 centres de réanimation d'adultes dans lesquels tous les patients admis sur une période de deux mois étaient répertoriés, soit 7 309 patients. Les décisions de LT ont concerné 336 patients, soit 4,6 % du total et les décisions d'AT 471 patients, soit 6,4 %. Au total, les décisions de LT et AT représentaient donc 11 % des patients admis dans cette période. Les décisions de limitation ou d'arrêt portaient, en ce qui concerne les LT, sur la ventilation mécanique pour 15 %, les médica-

ments cardio-vaso-actifs dans 14 % des cas ; les décisions d'AT concernaient en premier ces médicaments cardio-vaso-actifs (19 %) mais également l'épuration extra-rénale (7 %), qu'il s'agisse d'hémodialyse ou d'hémofiltration. Dans cette série de 7 309 patients, la mortalité a concerné 1 175 malades (16,1 %) dont 628 (53 %) mouraient après une décision de LAT.

### Le processus décisionnel des LAT s'appuie sur les principes suivants :

Il n'y a pas d'obligation à mettre en route ou à maintenir une thérapeutique active lorsqu'il n'y a manifestement plus de bénéfice à en attendre pour le patient (1).

Les LAT ne représentent pas un arrêt de soins, ni à plus forte raison un abandon de soins. Elles entrent dans le cadre d'une stratégie de soins palliatifs qui représente l'alternative à l'attitude "activiste" habituelle des services de réanimation dans lesquels on s'engage à exercer tous les traitements à visée curative.

Cette décision s'appuie sur une réflexion qui doit être argumentée, raisonnée et partagée entre l'ensemble des acteurs de soins qui sont concernés par la prise en charge du patient de réanimation (1-2).

Les circonstances dans lesquelles ce processus décisionnel est envisagé sont variables : parfois, c'est dès l'admission d'un patient que l'on se pose la question de la justification de mettre en œuvre tous les traitements nécessaires de réanimation, lorsque la qualité de vie antérieure du patient est jugée extrêmement faible (avec toutes les réserves qui doivent accompagner la prise en considération d'une qualité de vie), ou bien lorsque le patient est atteint d'une pathologie chronique dont le pronostic est extrêmement sombre en termes d'espérance de survie et de retour à une qualité de vie que l'on puisse estimer acceptable.

Le processus de décision peut également survenir à tout moment de la prise en charge d'un patient en réanimation et être engagé en fonction de l'évolution constatée, surtout lorsqu'elle ne correspond pas au bénéfice qui était espéré à l'admission. En tout cas, le processus de décision conduisant à une LAT ne doit jamais intervenir en urgence, car la dimension

du temps est essentielle, ainsi que lorsqu'il n'est pas possible d'avoir une réflexion de type collégial (1).

### Les acteurs de la décision de LAT sont multiples :

Bien sûr, les médecins sont au premier plan de la réflexion, qu'il s'agisse des médecins du service de réanimation, mais également des consultants extérieurs au service qui sont appelés pour donner un avis spécialisé avec un certain recul par rapport à la prise en charge de terrain du patient. Il ne faut bien sûr pas oublier les médecins de famille qui connaissent bien le cadre de vie du patient et peuvent avoir reçu antérieurement du patient l'expression de ses volontés par rapport à des décisions de fin de vie. Les intervenants paramédicaux ont un rôle tout à fait important : les infirmiers et les kinésithérapeutes sont au premier plan des soins dans les Services de réanimation et représentent d'excellents témoins de ce que le patient peut exprimer, demander ou refuser. Lorsque le patient est conscient et apte à consentir, son avis est bien sûr essentiel puisqu'il doit être par définition au centre de cette décision qui le concerne avant tout (1). Cependant, la plupart des patients ne sont pas en état de consentir ou de refuser les traitements dans les services de réanimation. Le rôle des proches est très important à deux niveaux : tout d'abord, ils sont les mieux placés pour faire connaître la volonté du patient s'il est hors d'état de l'exprimer et d'autre part ils doivent être tenus au courant de l'évolution et des problèmes particuliers qu'elle pose, en recevant une information claire, adaptée et loyale. Selon les termes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, les proches peuvent être représentés par une personne de confiance désignée antérieurement par le patient (4). Enfin, des tiers extérieurs peuvent être consultés dans certains cas, comme un représentant du culte du patient ou bien lorsqu'ils surgissent des difficultés liées à un conflit entre l'équipe de soins et les proches sur ce qu'il faut faire et ne pas faire dans l'intérêt du malade.

Dans le processus décisionnel, l'argumentation doit s'appuyer sur des objectifs précis tenant compte non seulement des possibilités pour le patient de passer un cap vital aigu, mais également du bénéfice que l'on peut envisager en termes de survie et de qualité de vie future du patient. Sur le plan éthique, il faut noter qu'il n'existe pas de différence morale majeure entre les diverses thérapeutiques que l'on peut limiter ou arrêter, ni même entre une décision de LT ou d'AT, même si l'application de la décision peut exposer à des difficultés psychologiques particulières chez certains soignants pour certaines décisions de LAT (1). L'argumentation utilisée pour aboutir à la décision doit s'appuyer sur l'ensemble des éléments anamnétiques, retirés de l'étude de l'histoire de la maladie récente, des antécédents, de l'autonomie antérieure, des désirs

éventuellement exprimés par le patient, mais également sur les éléments cliniques, biologiques et pronostiques, en tenant compte de l'avis d'experts extérieurs à la prise en charge du patient en réanimation (1).

Au total, la décision ne doit être prise qu'au terme d'un consensus obtenu entre le personnel médical et paramédical en charge du patient (4). Les proches doivent être consultés mais n'interviennent pas, pour des raisons évidentes de sensibilité affective, sur la prise de décision. L'équipe de soins doit prendre son temps et répéter la discussion argumentative autant de fois que cela paraît nécessaire pour aboutir à un consensus. Enfin, une décision de LAT peut toujours être reconsidérée, voire annulée, lorsque surgissent des arguments nouveaux qui peuvent amener à modifier la réflexion, comme par exemple la mise en évidence d'une cause particulière dont le traitement peut permettre la guérison, inespérée antérieurement, du malade.

Le fait que la décision soit collégiale ne doit pas faire croire à une dilution de la responsabilité vis à vis de cette décision. Cette responsabilité est avant tout médicale, même si elle implique bien sûr le personnel infirmier. En ce qui concerne l'application de cette décision de LAT, elle ne peut être déléguée : la mise en œuvre de la décision de LT ou d'AT doit être effectuée obligatoirement en présence du médecin senior qui est responsable du patient (4-5).

### Cette décision doit obéir aux principes actuels de transparence en matière de décision médicale et d'application des traitements :

Elle doit être notée dans le dossier, en précisant le nom des personnes qui ont été impliquées dans la prise des décisions, les motivations qui ont été avancées et les modalités qui ont été retenues pour l'application de la décision (4). Les proches doivent être informés d'une façon claire et loyale ; cette information doit être adaptée en termes de langage et de psychologie à la personne à laquelle elle est donnée (5).

### Enfin, le personnel doit être informé de cette décision sous la forme d'une prescription écrite dans le dossier de soins :

La décision de LAT est une décision médicale au même titre que les prescriptions d'examen complémentaires ou de traitements, quelles qu'elles soient (4-5).

Lorsque la décision a été prise, elle doit être appliquée en tenant compte de toutes les mesures susceptibles d'améliorer le confort du patient et de ses proches. La prise en charge de la douleur physique et morale passe au premier plan, les prélèvements sanguins sont interrompus, la surveillance des paramètres vitaux est espacée, les proches sont autorisés à accompagner le patient selon leurs souhaits

(4). Tout est ainsi fait pour permettre que la mort attendue survienne de la façon la plus naturelle possible, loin de toute technique agressive, aidant le rapprochement affectif familial et amical d'une vie parvenue à son terme, comme cela serait le cas si la mort survenait au domicile du malade.

## CONCLUSION

En conclusion, les décisions de LAT concernent des situations qui sont réelles à l'heure actuelle, mais toujours difficiles et complexes. Elles doivent s'appuyer sur une réflexion méthodique, honnête, respectant l'opinion de chacun, prudente et patiente, respectant la dimension du temps. Des documents ont été écrits afin d'aider les professionnels à mener la réflexion pour aboutir à ces décisions et à leur application (1-2, 4-5). Cette décision qui est à prendre sur le terrain en réanimation ne peut pas être déléguée à des techniciens de l'éthique ni à des juristes ni aux médias. Elle est collégiale mais doit être adaptée dans tous les cas à la situation individuelle du patient. Enfin, c'est une décision engageant la responsabilité des acteurs de soins comme tout autre acte de décision médicale.

## REFERENCES

- 1 - GROSBUIS S, NICOLAS N, 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.  
Réanim Urgences 2000 ; 9 : 11-25
- 2 - Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.  
Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit.  
Crit Care Med 2001 ; 29 : 2332-48
- 3 - 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 : 9-14
- 4 - 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
- 5 - Site internet : <http://www.srlf.org/download/recom.LATA.pdf>