

**Décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques  
en réanimation à partir d'une étude prospective  
au niveau de 140 centres français.  
par Edouard Ferrand**

**DEA 1997**

**I - INTRODUCTION.**

L'abstention ou l'arrêt thérapeutique est actuellement un profond sujet de réflexion pour le réanimateur. tant en France, qu'en Europe ou aux Etats-Unis. Cependant, l'élargissement du paradigme de la médecine et l'évolution de la société ont également mené la société civile dans ce débat, au travers du philosophique, du juridique, du politique et de l'économique.

La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques a toujours été un sujet de débats et d'interrogations en réanimation depuis que celle-ci s'est érigée en spécialité. Apparue dans les années cinquante, pour faire face à l'épidémie de poliomyélite et sauver des vies humaines, la réanimation a connu toutes les évolutions, propres à la médecine, comme aux changements de société. Elle a en effet bénéficié d'une meilleure compréhension de la physiopathologie et d'énormes avancées technologiques, notamment dans la suppléance d'organe, qu'elle soit respiratoire, cardiaque ou rénale. L'apparition de nouvelles molécules a permis, par ailleurs, (le développement de nouvelles méthodes d'analgésie et de sédation. Parallèlement, l'évolution d'autres spécialités et le vieillissement de la population, ont amené à un élargissement des indications à la réanimation, au départ réservée à des pathologies aiguës jugées totalement curables. Ainsi, des malades aux pathologies chroniques invalidantes et - parfois au pronostic péjoratif à court terme, sont maintenant admis dans le but de passer le cap d'une pathologie aiguë surajoutée. Les malades, mais aussi leur famille, subissent ainsi, de manière souvent traumatisante, ces techniques de suppléance -vitale, par ailleurs agressives, surtout lorsque l'échec est prévisible et l'évolution défavorable. Ceci est également souvent difficilement ressenti et vécu par les équipes soignantes et médicales. La suppléance d'organes, assurée et efficace jusque dans des conditions extrêmes, ne pourrait ainsi permettre dans certains cas, comme l'exprime JF Malherbe, de laisser naturellement "le corps rejoindre l'âme" [54].

L'un des enjeux éthiques est donc de savoir, si "faire quelque chose" pour un malade est réellement de débiter des thérapeutiques, de suppléance vitale, ou bien alors de chercher à assurer par d'autres thérapeutiques sa dignité et son confort. Ce qui en aucun cas, ne correspond à un abandon de soins.

Cet enjeu est rendu d'autant plus difficile, qu'il sous-entend lui-même un autre enjeu, la prise en compte de l'autonomie du malade de réanimation. Il existe en effet un véritable débat autour du consentement aux soins du patient, qui est en réanimation le plus souvent inconscient ou alors en détresse vitale [57,70]. On observe sur ce point une différence de culture entre réanimateurs français et réanimateurs anglo-saxons. La conception anglo-saxonne est basée sur le principe d'autonomie du malade, dont les choix exprimés sont respectés. Elle se trouve traditionnellement différente de notre culture latine, où prédomine le paternalisme médical.

Cette différence majeure bien que récente est accentuée par le fait, que l'essentiel de la littérature et donc du mouvement de pensée, provient des pays anglo-saxons. Son poids amène donc à une véritable interrogation sur son influence concernant les pratiques en France.

Une réflexion française existe bien depuis de nombreuses années, bien que, seules, de rares études la font apparaître [36, 46, 51, 60, 72-75]. Mais, si plusieurs conférences de consensus se sont tenues aux Etats-Unis ces dernières années, elles sont actuellement restées sans équivalent en France [1, 2, 88]. Le point (le rôle des réanimateurs français semble cependant évoluer, comme le montrent quelques études récentes, en particulier une enquête d'intention européenne [100] et trois études françaises [64, 65, 77]. Ce changement intervient en premier lieu, grâce au contact de cette philosophie utilitariste anglo-saxonne, au gré des nombreux congrès et conférences de réanimation. Il est également la conséquence de nouvelles contraintes, imposées par une nouvelle orientation de la politique de santé en France, qui incite à une plus grande évaluation des pratiques, dans le but d'une amélioration de la qualité des soins, mais aussi d'une restriction des dépenses [47].

Il apparaît donc comme légitime de s'interroger sur les convictions et la réalité des choix thérapeutiques, pouvant aboutir à des décisions d'abstention ou d'arrêt de certaines techniques vitales par les réanimateurs. Le défaut d'évaluation (de ces pratiques, nourrit probablement en effet en partie la confusion autour du nécessaire débat éthique à propos de cette question en France. Le manque de clarté de la part d'une médecine, ressentie comme toute puissante, peut également susciter des craintes et des controverses au cœur d'une société civile, dont le regard sur la médecine a changé. Il rend nécessaire de mesurer l'importance de la prise en compte par les réanimateurs du respect de la dignité du malade, de la lutte contre sa souffrance et du respect de son autonomie face aux possibilités de la technologie actuelle.

Enfin, les réanimateurs souhaitent peut-être eux-mêmes justifier leurs pratiques, face à un avenir, qui peut leur apparaître assombri par la crainte (du consumérisme et des choix thérapeutiques, dictés par une nécessité économique. incompatibles avec leur éthique.

## VI - CONCLUSION.

Il n'existe que peu d'études, françaises ou non, concernant l'abstention ou l'arrêt de thérapeutiques vitales. Notre étude confirme la réalité et la généralisation de ces pratiques en réanimation en France. Leur incidence est conforme aux données des quelques études restreintes ou enquêtes d'intention de la littérature. L'étude montre, que si il existe un élargissement aux indications à la réanimation. tout ce qui peut être fait pour le malade n'est pas obligatoirement l'engagement thérapeutique maximal. Elle confirme l'importance de l'indice de gravité et de l'âge comme facteurs associés aux décisions d'abstention ou d'arrêt des thérapeutiques. sans qu'ils puissent cependant être considérés comme prédictifs.

Notre étude confirme une évolution en France de la philosophie déontologique en réanimation. probablement sous l'influence marquée anglo-saxonne, au travers des nombreux échanges internationaux. Le réanimateur français reste l'intervenant majeur dans la décision, qui se base sur des critères essentiellement médico-techniques mais aussi de manière très liée sur d'autres critères non médicaux tités d'éthique. Les réanimateurs se posent ainsi en -, il y a des enjeux moraux. Cela me répond pas à l'interrogation sur l'éventuelle nécessité d'une intervention externe pour une aide à la décision. Le coût économique reste par ailleurs. une donnée encore secondaire que son influence dans l'avenir puisse être prévisible.

Le paternalisme médical reste néanmoins persistant et s'observe au travers de la prise de décision, qui ne concerne pas systématiquement, ni le patient. ni ses proches. L'étude illustre toutefois la difficulté à l'heure actuelle de véritablement prendre en compte le consentement du malade ou de ses tiers. mais l'étude souligne par ailleurs la limite de sa recherche en pratique.

Notre étude met en évidence la relation entre des critères discutables d'admission pour les réanimateurs et les décisions d'abstention. Elle souligne l'enjeu majeur, que constitue la nécessité de la qualité de la prise en charge globale du malade. Cette prise en charge doit avoir lieu bien sûr en réanimation. pour le choix des thérapeutiques, qui apporteront le plus grand bénéfice au patient. L'étude montre qu'il ne s'agit pas toujours de thérapeutiques de suppléance vitale, mais Parfois, de thérapeutiques, de confort. Mais cette prise en charge doit d'abord s'exercer en amont avant l'admission en réanimation. Elle permettrait ainsi, dans certains cas, d'éviter au patient une admission, dont l'évolution confirmerait l'absence de bénéfice et au contraire, entraînerait le retard ou la mauvaise appréciation dans la prise en compte de sa souffrance et de ses besoins. Enfin. elle, permettrait l'amélioration de la recherche du consentement aux soins auprès du malade lui-même.

Ainsi, dans la période de mutation politique et économique actuelle, une amélioration de la prise en charge globale permettrait dans certains cas. d'éviter le dysfonctionnement de l'institution vis-à-vis du malade admis à l'hôpital. dont l'admission en réanimation en serait la conséquence terminale la plus coûteuse et la plus délétère. tant du point de vue du patient, que de celui de la société.

Enfin, il n'existe pas dans notre étude de différence majeure dans la formalisation et la mise en pratiques des décisions d'abstention ou d'arrêt thérapeutique selon que l'on se situe en milieu universitaire ou non, ce qui tend à indiquer une certaine homogénéité de conception de ces pratiques et l'absence d'effet centre.