

## Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente ?

J. REIGNIER<sup>1</sup>, A. COTTEREAU<sup>1</sup>, I. VINATIER<sup>1</sup>

### Points essentiels

- En France, 45 % des décès hospitaliers surviennent dans un contexte de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) et sont prévues et encadrées par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Loi Léonetti ».
- Le champ d'application de la loi Léonetti est très large et les décisions de LAT concernent tous les patients pour lesquels l'instauration ou la poursuite d'un traitement curatif serait inutile et non justifiée au regard du pronostic en terme de survie ou de qualité de vie et constituerait une « obstination déraisonnable ».
- Dans le contexte de l'urgence, le document « Éthique et Urgences. Réflexions et recommandations de la SFMU » dédié à cette question a été publié en 2003, donc antérieur à la loi Léonetti et nécessite une réactualisation.
- L'étude multicentrique récemment publiée par Le Conte rapporte que 79 % des décès survenant dans un service d'urgence sont précédés d'une décision de LAT et l'étude LATASAMU indique que 76,3 % des médecins de SAMU ont eu à faire face à des situations de LAT.
- Si les décisions de LAT font partie du quotidien des médecins urgentistes, les conditions de l'urgence rendent difficile la réunion de toutes les conditions édictées par la loi et les recommandations (collégialité de la décision difficile, temps limité pour étayer et prendre la décision,...).
- Les recommandations concluent ainsi que « l'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale, selon les termes définis par

1. Service de Réanimation, CHD Les Oudairies, 85000 La Roche-sur-Yon.

Correspondance : Docteur Jean Reignier – Service de Réanimation – CHD Les Oudairies, 85000 La Roche-sur-Yon. Tél. : 02 51 44 62 12. Fax : 02 51 44 62 94. E-mail : jean.reignier@chd-vendee.fr

la loi, ne permet pas d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements », mais aussi que « ces deux situations ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance (quelques heures) ».

- Dans toutes les situations où l'incertitude persiste quant au niveau d'engagement thérapeutique, le concept de réanimation d'attente peut alors revêtir un intérêt particulier. Une fois le patient pris en charge en réanimation, ce n'est qu'après avoir recueilli toutes les informations manquantes et établi le pronostic que la réanimation d'attente sera interrompue ou au contraire poursuivie.
- Dans le service des urgences, le concept de réanimation d'attente est prévu dans les recommandations de la SFMU qui précisent qu'« elle se conçoit lorsque les données médicales, les avis spécialisés et la recherche du souhait du patient et des proches sont à préciser, leur absence interdisant une décision dans l'immédiat ».
- Il importe alors que l'équipe médicale et soignante prenant en charge le patient ait la formation, les connaissances et l'expérience nécessaires à la prise en charge de patients graves.
- Que ce soit dans le cadre d'une décision de LAT ou de réanimation d'attente, il importe aussi d'optimiser la qualité de l'accueil et de la communication avec les proches aux urgences : une salle d'attente et une salle d'entretien dédiées, calmes et accueillantes sont des pré-requis indispensables, les intervenants médecins et soignants doivent être formés et avoir conscience de l'importance de cette mission de communication, il est important qu'ils puissent se rendre disponibles pour dédier un temps suffisamment long à un entretien concernant la fin de vie d'un malade et cet entretien doit être préparé.

## 1. Fin de vie aux urgences et en réanimation : le contexte

La réanimation a pour mission de prendre en charge des patients présentant une pathologie aiguë grave responsable de défaillances des fonctions vitales et menaçant leur vie à court terme. Au-delà de la mission première d'aider à sauver la vie d'un patient, les équipes médicales et soignantes auront pour objectif de lui assurer une qualité de vie acceptable pendant et au décours de cet épisode aigu. Grâce aux soins et traitements ainsi entrepris, 80 % des patients en moyenne sortiront vivants de l'hôpital, parfois avec des séquelles variables selon la pathologie causale et l'état antérieur du patient. Certaines de ces séquelles seront irréversibles, alors que d'autres régresseront en tout ou partie avec le temps. À l'inverse, 20 % de ces patients admis en réanimation décéderont. 22 % des décès hospitaliers surviennent en réanimation. Et un malade sur trois qui décède à l'hôpital aura passé au moins trois jours en réanimation dans sa dernière semaine de vie (1). Avant la réanimation, une forte proportion de ces patients aura été pris préalablement en charge par un service d'urgence intra ou extrahospitalier. Pour d'autres patients, l'accès à un service de réanimation aura été soit refusé, soit pas

envisagé du tout en raison d'un contexte ou d'un état antérieur bien identifié rendant, à l'évidence, déraisonnable toute prise en charge curatrice « lourde ». Ainsi, 0,2 à 0,8 % des patients admis dans un service d'urgence vont y décéder et, 17 % des décès hospitaliers surviennent aux urgences (2).

Dans un pays industrialisé comme la France où 50 % des décès surviennent à l'hôpital, ce sont donc 30 à 40 % des décès hospitaliers qui surviennent aux urgences et en réanimation (3). Les équipes médicales et soignantes des services de réanimation et des services d'urgence intra et extrahospitalières sont ainsi des acteurs majeurs de la fin de vie à l'hôpital. Chaque jour, urgentistes et réanimateurs, souvent en étroite collaboration, doivent élaborer le projet thérapeutique de patients en état grave et prendre, pour certains d'entre eux des décisions de fin de vie. Ces décisions doivent être appropriées au pronostic vital et fonctionnel des patients, mais aussi à leurs souhaits. Leur application doit prendre en compte le patient, ses proches mais aussi les équipes soignantes. Le contexte de l'urgence rend parfois difficile la réunion de ces conditions.

## 2. Les limitations et arrêts des traitements : contexte général, LAT en réanimation

En France, 45 % des décès hospitaliers surviennent dans un contexte de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) et 48 % des patients font l'objet d'une décision de type « Not To Be Resuscitated » (« NTBR ») dans les heures ou jours précédant leur décès (4). En France, les LAT sont prévues et encadrées par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Loi Léonetti » (5). De façon générale, les LAT concernent des patients « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause » pour lesquels les traitements curatifs « ... peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris »... « lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (5). Les LAT incluent aussi bien les limitations que les arrêts des traitements, équivalents d'un point de vue éthique. Une limitation (« withholding ») constitue à décider de ne pas instaurer ou ajuster un traitement ou à prévoir de ne pas instaurer ou ajuster un traitement (le patient peut avoir immédiatement besoin de ce traitement ou pas) ; un arrêt de traitement (« withdrawing ») consiste à arrêter un traitement déjà débuté. Les traitements de suppléance des fonctions vitales (amines vasoactives, ventilation mécanique, épuration extrarénale) sont des traitements qui peuvent être concernés par une décision d'arrêt ou de limitation (6). En pratique, le champ d'application de la loi Léonetti est donc très large et les décisions de LAT concernent tous les patients pour lesquels l'instauration ou la poursuite d'un traitement curatif serait inutile et non justifiée au regard du pronostic en terme de survie ou de qualité de vie et constituerait une « obstination déraisonnable », équivalent de l'« acharnement thérapeutique » pour le grand public. L'obstination déraisonnable est considérée comme une mauvaise pratique en ce qu'elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux d'une personne vulnérable (5). Du point de vue

du médecin, elle est constituée dans toute situation de manque d'efficacité du traitement, d'échec thérapeutique et de pronostic vital ou fonctionnel sombre. Du point de vue du patient et de ses proches, elle est constituée lorsque qu'il n'y a plus d'espoir de guérison ou lorsque la qualité de vie (ou de « survie ») est jugée inacceptable. Dans cet optique, les LAT ne sont pas un arrêt des soins, mais, clairement, une réorientation de ceux-ci vers une démarche palliative, privilégiant le confort et la qualité de fin de vie du patient et de ses proches. Enfin, si la loi impose, à juste titre, de recueillir les souhaits du patient, elle prévoit aussi que le patient ne soit plus en état de les donner, soit en raison de dysfonctions cognitives graves, soit en raison d'une altération de son état de conscience. La condition dans ces situations est de recueillir l'avis des proches et de les informer (5). Ainsi, à la condition que les principes éthiques et réglementaires soient respectés, les décisions de LAT peuvent s'appliquer aussi bien aux patients pris en charge dans les unités de réanimation qu'à ceux admis dans les services d'urgences.

Les décisions de LAT en réanimation ont ainsi fait l'objet de nombreuses recommandations et publications (1, 6-8). Elles concernent en moyenne 11 % des patients admis en réanimation et 50 à 90 % des décès en réanimation surviennent après une décision médicalisée de LAT (9, 10). Les études successives montrent que leur incidence augmente avec le temps (11). La décision de LAT est prise en moyenne trois jours après l'admission en réanimation et après en moyenne deux réunions décisionnelles médico-paramédicales. Les justifications avancées le plus souvent sont l'échec ou l'inefficacité thérapeutique et la mauvaise qualité de vie attendue (10). Le décès survient en moyenne 24 heures après les décisions de LAT. Les patients sont rarement impliqués (3 à 5 % des cas) dans la décision en raison de très fréquents troubles cognitifs ou de la vigilance. Les proches sont impliqués ou informés de la décision dans 75 % des cas (9, 10). Ces données montrent que, sur le seul critère de l'information ou de la participation des proches lors des décisions des LAT en réanimation, la loi n'est pas strictement respectée dans le contexte de la réanimation ; ceci malgré un contexte *a priori* favorable où de nombreuses recommandations et publications attestent d'une mobilisation importante de la spécialité et de ses praticiens sur le sujet. Cette situation est probablement en grande partie liée à la gravité rapidement évolutive de certains patients pour qui l'issue est à l'évidence fatale à brève échéance et pour lesquels la poursuite ou l'ascension de traitements déjà lourds constituerait une obstination déraisonnable (6). La persistance d'attitudes paternalistes visant à protéger les proches d'annonces de décisions difficiles contribue certainement aussi à la réticence des médecins à impliquer ceux-ci dans le processus décisionnel.

### 3. Les limitations et arrêts des traitements : le contexte de l'urgence

Concernant les LAT aux urgences ou dans le contexte de l'urgence, il est important de rappeler que, si la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie prévoit les conditions générales requises pour prendre une décision de LAT, elle ne

prévoit aucun contexte spécifique et donc pas celui de l'urgence. Les recommandations de la SRLF précisent en préambule que « pour nombre de ces situations (d'urgence), la procédure préconisée en réanimation n'est pas applicable et il n'existe pas de guide d'aide à la décision » (6). Seul le document « Éthique et Urgences. Réflexions et recommandations de la SFMU » est dédié à cette question des décisions éthiques dans le contexte de l'urgence, mais, publié en 2003, il est antérieur à la loi Léonetti (2005) et nécessite de ce fait une réactualisation (7). Les médecins et soignants des services d'urgence sont néanmoins fréquemment confrontés à la nécessité d'envisager et de prendre une décision de LAT (12). L'étude multicentrique récemment publiée par Le Conte rapporte que 79 % des décès survenant dans un service d'urgence sont précédés d'une décision de LAT (2). Le travail antérieur de Tardy avait montré que parmi ces patients décédant dans un SAU, 35 % étaient atteints d'une pathologie chronique au stade terminal (13). Concernant l'urgence préhospitalière, l'étude LATASAMU indiquait que 76,3 % des médecins de SAMU ont eu à faire face à des situations de LAT dans ce contexte très particulier (14). La gravité de l'état de santé antérieur à l'appel du SAMU d'une forte proportion de patients explique cette fréquence des LAT en préhospitalier : 76,6 % des patients avaient une pathologie chronique antérieure et 29,7 % faisaient déjà l'objet de soins palliatifs avant l'appel du SAMU. Le principal motif de décision de LAT avancé par les médecins était la certitude d'un décès imminent (dans 90,1 % des cas).

Cependant, si les décisions de LAT font partie du quotidien des médecins urgentistes, les conditions de l'urgence rendent difficile la réunion de toutes les conditions édictées par la loi et les recommandations. Le travail de Le Conte souligne en effet que la collégialité de la décision est difficile à respecter dans ce contexte : le médecin traitant n'est consulté que dans seulement 5 % des cas et un collègue spécialiste pour 33 % des décisions. L'association des infirmières aux décisions est aussi très faible (27,4 %). L'implication des proches est plus élevée (58 %), et comparable aux taux rapportés en réanimation, mais éloignée de l'objectif théorique de 100 %, soulignant les particularités et difficultés de ces situations aiguës (2). Les équipes de réanimation rapportent les mêmes difficultés à respecter les recommandations dans le contexte des décisions d'admission ou de refus d'admission en réanimation. Un travail a ainsi montré que les patients ou leur proches n'étaient concertés que dans 28 % des décisions de LAT lors d'un refus d'admission en réanimation d'un patient jugé trop grave et que ces décisions étaient prises sans contact direct entre le réanimateur et les équipes soignantes dans 62 % des cas, posant ainsi le problème de la qualité de l'information et du recueil des souhaits du patient et de ses proches (9, 15). Les conditions de ces décisions prises dans le cadre d'un refus d'admission en réanimation sont très similaires au contexte de l'urgence où plusieurs facteurs interviennent dans cette difficulté à répondre aux exigences réglementaires et aux recommandations (16). Le principal de ces facteurs est certainement le temps limité pour étayer et prendre la décision. La gravité et l'évolutivité de l'état de santé des patients en situation aigue laissent parfois peu de temps à la réflexion. L'absence quasi-constante de relation pré-existante avec le patient ou ses proches nécessite de reconstruire complètement

une histoire parfois complexe. Les contraintes organisationnelles des services d'urgence limitent aussi considérablement les possibilités d'affecter le temps théoriquement nécessaire à la prise de ces décisions. Le manque de disponibilité des interlocuteurs nécessaires à la réunion de toutes les informations est aussi une contrainte forte : les proches sont parfois éloignés sans possibilité d'accéder rapidement au centre hospitalier : lorsqu'ils sont présents, leur stress et leur angoisse réduisent souvent leur capacité à donner et intégrer des informations souvent complexes; la nuit, les week-ends et jours fériés, l'éventuel dossier du patient n'est pas toujours accessible et les médecins référents du patient ou consultants sont rarement disponibles ; urgentistes et réanimateurs ne sont pas toujours sur le même hôpital. Les locaux des urgences ne sont pas toujours adaptés pour prendre sereinement des décisions de fin de vie : manque de place, patients dans les couloirs, bruit, agitation, absence de vrai salon pour recevoir les familles y sont des contraintes souvent observées. Le manque de lits disponibles est un facteur reconnu pour interférer fortement avec l'admission ou non des patients en réanimation (9). Enfin, les motifs de recours à un SAMU ou un service d'urgence sont parfois trompeurs ou déroutants. Un appel au SAMU ou service d'urgence ne traduit pas obligatoirement une volonté de réanimation, mais parfois plutôt une angoisse devant l'imminence du décès. Les recommandations concluent ainsi que « l'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale, selon les termes définis par la loi, ne permet pas d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements ». Elles précisent aussi que « néanmoins, ces deux situations ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable... si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance (quelques heures) » (6).

Dans ces conditions, il importe de trouver des solutions permettant de déterminer, dans les meilleures conditions possibles malgré ce contexte de l'urgence, le projet thérapeutique adapté à un patient donné, incluant si nécessaire des décisions de LAT. Pour cela, il est nécessaire de garantir la meilleure analyse de l'état de santé et des souhaits du patient, de délivrer une information loyale et d'assurer la participation de tous les intervenants nécessaires à la prise de la meilleure décision possible pour le patient. Beaucoup d'améliorations peuvent survenir grâce à des changements de comportements et une mobilisation particulière des équipes sur la mise en œuvre concrète de ces questions éthiques (17). La formation à la prise de décisions de LAT et aux soins palliatifs dans le domaine de l'urgence en est un élément clé (17). L'organisation fonctionnelle et matérielle des services peut aussi être améliorée et contribuer à une meilleure prise en charge des patients en fin de vie aux urgences. Cela inclut la prise en compte dans l'organisation du travail des soignants du temps nécessaire à ces prises de décision de LAT, la conception de salles d'accueil dédiées aux entretiens avec les proches, jusqu'à la formalisation de toutes les étapes des décisions de LAT aux urgences. Dans toutes les situations où l'incertitude persiste quant au niveau d'engagement thérapeutique, le concept de réanimation d'attente peut alors revêtir un intérêt particulier.

## 4. La réanimation d'attente

Une réanimation d'attente doit être envisagée lorsque ne pas entreprendre ou poursuivre des traitements appropriés dans l'attente de recueillir tous les éléments nécessaires à la définition du niveau d'engagement thérapeutique peut constituer une perte de chance pour le patient. Se donner du temps est le principal objectif d'une réanimation d'attente, permettant ainsi, dans une période définie, de passer d'un patient pour qui il existe un doute, à un patient pour qui un projet thérapeutique clair a été élaboré. Le concept de réanimation d'attente a été particulièrement développé pour les patients d'onco-hématologie, les personnes âgées et les décisions d'arrêt de la réanimation en néonatalogie (18-22). L'âge n'est pas un critère exclusif d'instauration, de poursuite ou d'arrêt de la réanimation. On ne réanime pas tous les prématurés au motif qu'ils ont théoriquement toute la vie devant eux ; la poursuite de la réanimation dépendra avant tout de l'évaluation des lésions neurologiques et de la gravité de leurs séquelles. De même, on n'exclut pas toutes les personnes âgées au motif que leur vie est en très grande partie derrière eux ; leurs antécédents, leur niveau de dépendance, la gravité de la maladie aiguë, la réponse aux traitements instaurés sont des éléments plus déterminants que l'âge dans le choix de leur proposer des traitements lourds. Un contexte a priori aussi péjoratif qu'un cancer en cours de traitement ne peut être le seul argument de décision d'une admission en réanimation. La prise en charge d'un patient d'onco-hématologie dépend du pronostic de la maladie sous-jacente, de l'existence ou non d'un projet thérapeutique quant à cette maladie, de la pathologie qui amène à envisager une admission en réanimation et de sa réponse éventuelle aux traitements. Le concept de réanimation d'attente n'est pas réservé qu'à ces situations emblématiques. En effet, quelles que soient les circonstances, il n'existe aucun critère permettant à lui seul de déterminer si l'instauration ou la poursuite de traitements de réanimation sera bénéfique ou non à un patient. La décision repose sur au moins trois éléments : le terrain, un diagnostic précis de la maladie aiguë et de sa sévérité et les souhaits du patient. La réponse aux thérapeutiques entreprises est aussi un élément important que peut apporter une réanimation d'attente.

La réanimation d'attente n'est pas et ne peut pas être une « sous-réanimation ». La perte de chance n'est pas envisageable au motif que l'élaboration du projet thérapeutique le mieux adapté au patient requiert une période complémentaire d'évaluation. Dans le domaine de la réanimation, le temps qui passe sans prise en charge appropriée est synonyme d'aggravation du pronostic. Ainsi, proposer une réanimation d'attente est généralement synonyme de prise en charge maximale pendant une durée limitée (18). Cette règle générale mérite cependant d'être nuancée. Dans certaines situations, il est possible de définir un niveau d'engagement thérapeutique plus restreint adapté à ce qui est connu du patient et aux objectifs à atteindre avec cette réanimation d'attente. Par exemple, la nécessité d'informer les proches ou de recueillir des informations complémentaires ne justifie pas une escalade thérapeutique maximaliste chez un patient grand insuffisant respiratoire pour lequel la question essentielle est de savoir s'il

souhaiterait être intubé ou non. Dans ce type de contexte, la réanimation d'attente peut faire l'objet d'un contrat de soins avec limitation du type, par exemple, « ventilation non invasive et si nécessaire intubation, sans traiter une éventuelle défaillance multiviscérale grave secondaire ». En pratique, décider d'une réanimation d'attente nécessite donc d'avoir une vision claire de ses objectifs. Ceux-ci sont variables d'un patient à l'autre selon les incertitudes et les besoins de la situation. Il est donc essentiel d'avoir bien déterminé les éléments manquants pour établir le projet thérapeutique. Ceci permettra de définir le niveau d'engagement thérapeutique pendant la réanimation d'attente, mais aussi la durée de celle-ci. Ces éléments seront partagés avec tous les intervenants et reportés dans le dossier du patient. Il faut aussi pouvoir réévaluer la situation très régulièrement et savoir adapter la stratégie thérapeutique et le niveau d'engagement à l'évolution du patient. Enfin, il faut savoir arrêter une réanimation d'attente qui devra être interrompue ou poursuivie (elle ne sera alors plus « d'attente ») dès le recueil des informations achevé et le pronostic établi. Il importe enfin que toutes les conditions soient réunies pour accompagner le patient en fin de vie lorsqu'une réanimation d'attente conduit à une décision de LAT.

La réanimation d'attente est-elle applicable au contexte de l'urgence ? Peut-on débiter des traitements de réanimation aux urgences pour éventuellement être amené à les y arrêter ? Le concept de réanimation d'attente est prévu dans les recommandations de la SFMU qui précisent qu'« elle se conçoit lorsque les données médicales, les avis spécialisés et la recherche du souhait du patient et des proches sont à préciser, leur absence interdisant une décision dans l'immédiat » (7). Une réanimation d'attente peut probablement être conduite dans un service d'urgences lorsque l'analyse de la situation du patient permet d'envisager une décision de LAT avec une forte probabilité et qu'un temps court permettra de recueillir toutes les informations manquantes nécessaires à la détermination du projet thérapeutique, d'informer les proches et de mettre en œuvre la décision dans des conditions optimales de confort pour le patient. Ce contrat doit être établi avec l'équipe de réanimation afin de préparer un éventuel transfert en réanimation si le temps court défini au préalable n'a finalement pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Enfin, il importe que les conditions de sa mise en œuvre soient aussi réunies. Il importe que l'équipe médicale et soignante prenant en charge le patient ait la formation, les connaissances et l'expérience nécessaires à la prise en charge de patients graves. Une formation au retrait des traitements de suppléance (extubation notamment) est tout aussi indispensable. Savoir arrêter des traitements de réanimation permet de les débiter sans la crainte d'inéluctablement induire un acharnement thérapeutique.

## 5. Comment expliquer et faire participer les patients et leurs proches aux décisions

L'information et la participation des proches aux décisions lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son avis est une obligation prévue par la loi qui précise qu'« aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou



impossibilité, sans que la personne de confiance..., ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté » (5). Les études conduites en réanimation et dans les services d'urgence ont montré que 71 à 90 % des patients souhaiteraient être représentés par un proche s'ils devaient être gravement malades et dans l'incapacité d'exprimer leurs souhaits (23, 24). Une approche dynamique où chacun progresse vers une décision partagée par tous est souhaitable (8). L'objectif est que la décision s'impose ainsi d'elle-même comme la meilleure solution possible pour le patient. Néanmoins, il existe des barrières à l'implication des proches dans les décisions concernant un patient. Dans cette situation de stress aigu, nombreux sont ceux qui sont anxieux, ou déprimés (25). Nombreux aussi sont ceux qui ne souhaitent pas participer activement aux décisions et nombreux sont les proches qui garderont des séquelles psychologiques après le séjour d'un proche en réanimation (26, 27). Il peut aussi exister des discordances entre les choix des patients et leurs familles. Enfin, l'organisation des locaux (absence de lieu dédié), le manque de disponibilité des médecins ou soignants sont autant d'obstacles (28). Il importe donc d'apporter des solutions et d'adopter des procédures permettant d'améliorer la qualité de l'accueil et de la communication avec les proches (29). Une salle d'attente et une salle d'entretien dédiées, calmes et accueillantes sont des prérequis indispensables. Les intervenants médecins et soignants doivent être formés et avoir conscience de l'importance de cette mission de communication. Il est important qu'ils puissent se rendre disponibles pour consacrer un temps suffisamment long à un entretien concernant la fin de vie d'un malade. Cet entretien doit être préparé. Le médecin en particulier doit avoir une connaissance parfaite du dossier. Lors de l'entretien, il importe d'éviter les détails trop techniques, de s'enquérir des préférences du patient, de soutenir les proches dans leurs orientations, d'avoir de la compassion, d'expliquer qu'arrêter les traitements de suppléance ne veut pas dire arrêt des soins, d'informer loyalement, d'évaluer le pronostic en reconnaissant le degré d'incertitude... Il importe enfin de conclure l'entretien en donnant une ligne aussi claire que possible et en assurant les proches de la possibilité d'un nouvel entretien.

## 6. Conclusion

Les services d'accueil d'urgences et les services de réanimation sont amenés à accueillir de nombreux patients en fin de vie. Leurs équipes ont fréquemment à accompagner patients et proches lors de décision de LAT. Une collaboration très étroite entre équipes d'urgences et équipes de réanimation est indispensable pour pouvoir définir précocement le projet et le niveau d'engagement thérapeutique adaptés à chaque patient. La mise en œuvre et le respect des exigences éthiques et réglementaires nécessitent aussi d'adopter une politique de service incluant aménagements des locaux, organisation de procédures et formation de tous les intervenants.

## Références

1. Truog R.D., Campbell M.L., Curtis J.R., Haas C.E., Luce J.M., Rubenfeld G.D., Rushton C.H., Kaufman D.C. American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008 Mar ; 36 (3) : 953-63.
2. Le Conte P., Riochet D., Batard E., Volteau C., Giraudeau B., Arnaudet I., Labastire L., Levraut J., Thys F., Lauque D., Piva C., Schmidt J., Trewick D., Potel G. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 2010 May ; 36 (5) : 765-72.
3. Lalande F., Veber O. La Mort à l'Hôpital. IGAS, RAPPORT N°RM2009-124P. (<http://les-rapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000037/0000.pdf>).
4. Ferrand E., Jabre P., Vincent-Genod C. et al. for the French MAHO Group. Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses' Perception. French Multicenter MAHO Survey. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 (8) : 867-75.
5. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005. (<http://www.legifrance.gouv.fr>).
6. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 2010 ; 19 (8) : 679-98.
7. Société francophone de Médecine d'Urgence. Éthique et Urgences. Réflexions et recommandations. *JEUR* 2003 ; 16 : 106-20.
8. Carlet J., Thijs L., Antonelli M. et al. Challenges in End-of-life Care. 5<sup>th</sup> International Consensus Conference, Bruxelles, 24-25 April 2003. *Intensive Care Med* 30 : 770-84.
9. Reignier J., Dumont R., Katsahian S., Martin-Lefevre L., Renard B., Fiancette M., Lebert C., Clementi E., Bontemps F. Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining treatment, including intensive care unit admission refusal. *Crit Care Med* 2008 Jul ; 36 (7) : 2076-83.
10. 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.
11. Sprung C.L., Cohen S.L., Sjokvist P. et al. End-Of-Life Practices in European Intensive Care Units. The ETHICUS Study. *JAMA* 2003 ; 290 : 790-7.
12. Le Conte P., Baron D., Trewick D., Touzé M.D., Longo C., Vial I., Yatim D., Potel G. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med*. 2004 Dec ; 30 (12) : 2216-21.
13. Tardy B., Venet C., Zeni F., Berthet O., Viallon A., Lemaire F., Bertrand J.C. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med* 2002 Nov ; 28 (11) : 1625-8.
14. Ferrand E., Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med* (2006) 32 : 1498-1505.
15. Pochard F., Azoulay E., Chevret S. et al. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forego life-sustaining therapy. *Crit Care Med* 2001 ; 29 : 1887-92.
16. Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 2001 ; 11 : 2132-6.

17. Le Conte P., Batard E., Pinaud V., Evain Y., Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. *Réanimation* 2008 ; 17 : 802-6.
18. Lecuyer L., Chevret S., Thiery G., Darmon M., Schlemmer B., Azoulay E. The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2007 Mar ; 35 (3) : 808-14.
19. Paris J. What standards apply to resuscitation at the borderline of gestational age. *J Perinatol* (2005) 25 : 683-4.
20. Dehan M., Zupan-Simunek V., Vial M. Les enjeux éthiques de l'extrême prématurité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 (1) : 1S94-1S98.
21. Cotter P.E., Simon M., Quinn C., O'Keeffe S.T. Changing attitudes to cardiopulmonary resuscitation in older people: a 15-year follow-up study *Age Ageing* 2009 ; 38 (2) : 200-5.
22. Ariane Boumendil, Dominique Somme, Maïté Garrouste-Orgeas and Bertrand Guidet. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med* 2006 ; 33 (7) : 1252-62.
23. Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. Opinions about surrogate designation: A population survey in France. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 1711-4.
24. Roupie E., Santin A., Boulme R. et al. Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. *Intensive Care Med* 2000 ; 26 : 52-6.
25. Pochard F., Azoulay E., Chevret S. et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001 ; 29 : 1893-7.
26. Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. Half the Family Members of ICU Patients Do Not Want to Share in the Decision Making Process: A Study in 78 French ICUs. *Crit Care Med* 2004 ; 32 : 1832-8.
27. Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N. 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) : 987-94.
28. Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 ; 163 : 135-9.
29. Lautrette A., Darmon M., Megarbane B. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007 ; 356 (5) : 469-78.

