

Limitations thérapeutiques en médecine périopératoire.

Pr Benoît Veber et le comité éthique de la SFAR

Pôle anesthésie-réanimation, -SAMU, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76000 Rouen

Auteur correspondant : Pr Benoît Veber

Email : benoit.veber@chu-rouen.fr

Pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Points Essentiels

- Ni euthanasie, ni obstination déraisonnable mais un parcours de soins adapté à chaque patient.
- Recherche systématique de la volonté du patient en regard de la situation médicale.
- Respect des directives anticipées sauf dans les cas prévus par la loi Claeys Léonetti.
- Mise en œuvre de la procédure collégiale avec l'équipe de soins présente avant toute décision de limitations des thérapeutiques.
- L'avis d'un médecin extérieur à l'équipe est impératif. Il n'y a plus de place pour la décision d'un médecin seul.
- L'information du patient quand c'est possible, mais aussi de sa famille ou de ses proches doit être réalisée.
- La traçabilité de l'ensemble de la procédure dans le dossier médical est indispensable.
- La mise en œuvre d'une réanimation « d'attente » peut être utile en situation d'incertitude, surtout en situation d'urgence.
- Une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès doit être mise en œuvre quand la souffrance du patient ne peut pas être évaluée (cas du patient cérébrolésé notamment) et que celle-ci est plausible lors de l'arrêt des thérapeutiques de maintien en vie (asphyxie lors de l'extubation par exemple).
- Le dialogue au sein de l'équipe soignante, avec le chirurgien mais aussi avec la famille du patient doit être recherché pour aboutir, autant que possible, à une adhésion de tous au projet de soins proposé au patient.

1. Introduction

L'accès à la connaissance ouverte à tous, la montée de l'individualisme et l'évolution de la société aboutissent depuis la fin du XXème siècle, à un souhait du patient de participer réellement à sa prise en charge. Dans ce contexte sociétal, plusieurs lois ont été publiées au journal officiel depuis ces 20 dernières années. Ainsi, la loi Claeys Leonetti du 02 février 2016 succède à la loi Kouchner de 2002 et à la loi Leonetti de 2005.

La loi Kouchner de 2002, relative aux droits des malades, met l'autonomie du patient au premier plan avec la notion d'information, de consentement et l'instauration de la personne de confiance. « Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (article L. 1111-4). Dans la première loi Leonetti de 2005, relative à la fin de vie, la mort est appréhendée comme un processus possible et physiologique, à respecter quand il doit survenir. Les principaux éléments de cette loi sont le refus de l'obstination déraisonnable, l'instauration des directives anticipées, le principe de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques quand celles-ci sont jugées futiles et le principe acceptable du double effet des médicaments sédatifs et antalgiques. Elle prône également le développement des soins palliatifs.

Si la loi de 2005 a été une avancée certaine pour la pratique médicale, onze ans plus tard, l'initiation de la loi Claeys Leonetti du 02 février 2016 tente de répondre à une attente insatisfaite des citoyens. Une des raisons de cette insatisfaction est le fait que les soignants et notamment les médecins, ne se sont que partiellement appropriés la 1^{ère} loi. Ce sentiment de « mal mourir », a été exacerbé par la médiatisation de certaines fins de vie. En 2012, à l'occasion de la campagne présidentielle, le débat a été rouvert. Dans sa proposition 21, François Hollande a proposé que « toute personne en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique et psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité ». Le rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie présidée par Didier Sicard fin 2012, l'avis 121 du comité consultatif national d'éthique en juin 2013, la conférence citoyenne en décembre 2013, et le rapport final du comité consultatif national d'éthique en octobre 2014, aboutissent au rapport puis à la loi Claeys Leonetti de février 2016 [1]. Les constats de ces différentes commissions étaient les suivants : la crainte de « mal mourir » exprimé par la population, le défaut et l'inégalité d'accès aux soins palliatifs, la formation insuffisante des personnels soignants, le cloisonnement entre soins curatifs et soins palliatifs. Qu'en est-il actuellement ? La révision actuelle des lois de bioéthique pourrait aboutir à une nouvelle modification de la loi française sur la fin de vie. Il serait pourtant nécessaire de commencer par s'assurer que les professionnels de santé ont bien pris la mesure de la loi de 2016 puis dans mesurer l'impact sur les pratiques médicales.

Ce texte se propose de rappeler les grandes lignes de la loi Claeys Leonetti sur la fin de vie, puis de définir les particularités liées à l'urgence mais aussi à l'interaction entre médecins anesthésistes réanimateurs et chirurgiens. Enfin, les éléments indispensables à la mise en œuvre d'une limitation thérapeutique en anesthésie réanimation sont rappelés.

2. Le cadre réglementaire : La loi Claeys Leonetti et ses décrets d'application

La loi Claeys Leonetti « créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie » met en avant le droit à « une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Dans ce contexte législatif, une modification du code de déontologie s'imposait. Cette modification, actée par le décret n°2016-1066 du 3 août 2016 [2], concerne essentiellement l'article 37 et 38 du Code de déontologie médicale qui traite du soulagement des souffrances, de la non obstination déraisonnable et du refus de l'euthanasie. Les points importants sont les suivants :

Le cadre général de la fin de vie

- Le refus de l'euthanasie : Article 38 du Code de déontologie : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »
- Le refus de l'obstination déraisonnable : L'obstination déraisonnable est définie par des traitements qui apparaissent « inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Ces traitements peuvent « être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale ». « La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés ». « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitements susceptibles d'entraîner son décès, ne peut être réalisée sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées, ou à défaut, sans que la personne de confiance ou à défaut la famille ou les proches aient été consultés. »
- L'obligation de soins palliatifs : « Toute personne a le droit de recevoir des traitements visant à soulager sa souffrance ». « Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de vie en dispensant les soins palliatifs ». « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus ». « Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Le respect de la volonté de la personne

- Le renforcement des directives anticipées
 - « Les directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ». En octobre 2016, la Haute Autorité de Santé a publié un guide pour le grand public : « Pourquoi et comment rédiger mes directives anticipées ? » Elles peuvent être rédigées sur un formulaire, ou sur un simple papier qu'il faut dater et signer. Si la personne ne peut pas les écrire, elle peut demander à quelqu'un de le faire devant elle et devant deux témoins. L'un d'eux doit être la personne de confiance si elle a été préalablement désignée. Un modèle de formulaire de directives anticipées a été

proposé par l'HAS. Elles sont valables sans limite de temps. Leurs modifications nécessitent d'être faites par écrit. Elles peuvent être modifiées totalement ou partiellement ou annulées à tout moment.

- Elles deviennent contraignantes. «Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou à défaut de tout autre témoignage de la famille et des proches». «Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision (...) sauf
 - en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
 - et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement non appropriées ou non conformes à la situation médicale». Dans cette situation, «la décision de refus d'application des directives anticipées (...) est prise à l'issue d'une procédure collégiale»
- La réaffirmation de la personne de confiance
 - «Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) elle rend compte de la volonté du patient (...) son témoignage prévaut sur tout autre témoignage». «Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment». «Lors de toute hospitalisation (...), il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation à moins que le patient n'en décide autrement.»
- La volonté du patient est au centre du processus décisionnel et de la prise en charge. La place de l'entourage est précisée. Les directives anticipées sont dominantes puis vient la personne de confiance puis la famille ou les proches.

Un cadre pour la procédure collégiale.

L'article 37 du code de déontologie précise le cadre de la procédure collégiale

- A la demande de qui ? : «Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches.»
- Quelle information ? : «La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale». «La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informée de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.»
- Quelle modalité pratique ? Qui prend la décision de LAT ? : «Le médecin se consulte avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il doit recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient». «La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale.»

Il est important de souligner que la procédure collégiale n'aboutit pas systématiquement à une limitation ou un arrêt des traitements mais peut aboutir à une intensification de la

prise en charge, à un report de la décision, à une invalidation des directives anticipées ou à une validation des critères de sédation profonde et continue.

La sédation profonde et continue

- A la demande de qui ?
 - « A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable »
 - Ou « lorsque le patient ne peut exprimer sa volonté (...) selon la procédure collégiale »
- Dans quelle situation ?
 - « Lorsque le patient atteint d'une maladie grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement ».
 - Ou « lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ».
 - Ou « Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements adaptés pour soulager les souffrances et applique si nécessaire une sédation profonde et continue, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées. Le recours à une sédation profonde et continue doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale ».
- Quelle sédation ?
 - « Une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble de traitements de maintien en vie »

L'obligation de traçabilité

- « L'ensemble de la procédure suivie est inscrit au dossier médical du patient ». La décision doit être argumentée.
- Une fiche de traçabilité de la réflexion et de la décision est proposée par la SFAR. Elle peut servir de support à l'établissement d'une « fiche LAT » dans chaque service.

3. Particularités liées à l'urgence :

L'urgence est souvent synonyme de décision rapide, d'un médecin isolé. Il s'agit donc d'une situation à très haut risque de pratiques inappropriées, en regard des préconisations de la loi Claeys Leonetti.

Il est important de rappeler que la collégialité nécessite simplement de réunir l'équipe soignante présente au moment où se pose la question de l'indication ou non à une réanimation ou à la réalisation d'un acte invasif. La demande d'avis d'un médecin senior d'une autre discipline ou d'une autre équipe (urgentiste, chirurgien, réanimateur), y compris par téléphone, est dans l'immense majorité des cas réalisable, même sur la période de permanence des soins. La décision d'un médecin isolé doit être, autant que possible, évitée. C'est l'esprit de la loi, même si la décision relève au bout du compte du médecin en charge du patient.

La réanimation « d'attente » peut être une solution intéressante, en situation d'urgence, permettant, dans un contexte d'incertitude, de maintenir le patient en vie le temps de prendre connaissance de son dossier médical et autant que possible de joindre le médecin traitant ou le chirurgien en charge du patient. Elle permet la recherche de l'expression de sa volonté face à la situation. Si celle-ci n'est pas connue, elle donne le temps de rechercher le témoignage de ce qu'aurait souhaité le patient, auprès de la personne de confiance si elle existe ou à défaut de la famille ou des proches. Cette réanimation « d'attente » donne le temps nécessaire à l'évaluation du caractère approprié des directives anticipées du patient et peut être réévaluée à tout moment, une fois la situation clarifiée.

Les situations, où la prise de décisions en urgences, d'une limitation des thérapeutiques peut être prise, sont souvent assez simples. Il peut s'agir d'un patient très âgé présentant une pathologie rapidement létale [3], d'un patient présentant des troubles cognitifs très avancés ou encore d'un patient présentant un cancer en phase terminal. Hormis ces situations, finalement assez caricaturales, il faut être très prudent pour décider d'un arrêt des thérapeutiques, en urgences. En effet, il est indispensable de lutter contre les « prophéties auto-réalisatrices » finalement très facile à émettre. En d'autres termes, il est connu que le fait de dire, de penser ou d'écrire qu'un patient va probablement mourir peut entraîner véritablement sa mort. Le pessimisme transmis à l'équipe ne lui permet pas de faire les soins comme si elle n'avait aucune idée préconçue. Ces situations sont extrêmement courantes en neuroréanimation. Ainsi, dans une population admise à l'hôpital pour hématome intracrânien, le simple fait d'informer la chaîne de soins (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants) qu'il ne sera pratiqué aucune réanimation en cas d'arrêt cardiaque, double la mortalité des patients comparée aux mêmes patients sans transmission d'ordre éthique [4]. L'influence des décisions éthiques précoces sur la mortalité est telle que le simple fait d'imposer à une équipe d'attendre 5 jours pour discuter d'une telle décision, divise par 2 (de 50 à 20 %) la mortalité prédite, sans aggraver la morbidité de patients victimes d'hématomes intracrâniens [5]. Un phénomène comparable est observé lors de la prise en charge, dans les premières heures, des patients traumatisés crâniens. Il n'y a donc pas d'obstination déraisonnable *a priori*. Les traitements en urgence sont invasifs mais nécessaires à ce stade précoce de la prise en charge où le pronostic est terriblement incertain.

La traçabilité dans le dossier médical de la situation du patient, des décisions prises et des informations données à la famille est incontournable. Elle est toujours faisable, même en situation d'urgence. L'utilisation d'un registre retraçant les refus d'admission en réanimation et faisant l'objet d'un débriefing lors du staff du matin avec l'équipe médicale senior, est sûrement à promouvoir. Cette procédure permet de donner un caractère collégial « à postériori » à cette décision qui correspond à une décision de LAT et en assure la traçabilité.

La décision de limitations des thérapeutiques doit toujours être seniorisée même en situation d'urgence et sur la période de garde. Elle engage la responsabilité médicale. Une fois prise, il faut aux heures ouvrables, dès que possible, s'assurer que le médecin traitant et le

chirurgien du patient ont été informés de celle-ci, s'ils n'ont pas pu participer à la procédure collégiale.

Même en situation d'urgence, il faut prendre le temps d'expliquer la situation aux personnels soignants en charge du patient ainsi bien sûr qu'à la famille ou aux proches du patient, qui doivent être informés de la décision prise à l'issue de la procédure collégiale.

L'arrêt des thérapeutiques de maintien en vie ne veut pas dire arrêt des soins, y compris en situation d'urgence. Les soins doivent absolument être maintenus sous forme de soins palliatifs.

4. Particularités liées à l'interaction anesthésiste réanimateur/Chirurgien :

Autour du patient, pris en charge dans la filière de soins de chirurgie, les interactions humaines sont complexes. Il existe de nombreux intervenants dont les deux principaux sont le chirurgien et le médecin anesthésiste réanimateur. L'ensemble de ces intervenants doit travailler en équipe pour aboutir à une prise en charge optimale, centrée sur le patient. Le chirurgien amène le recrutement. Il passe un contrat moral de soins avec le patient et sa famille mais doit aussi les informer avec honnêteté des risques et conséquences de la chirurgie. Le médecin anesthésiste réanimateur a pour mission de permettre au patient de se faire opérer, de supporter l'acte opératoire et l'anesthésie qui y est associée. Finalement, il est là pour aider le chirurgien à opérer dans de bonnes conditions. Il va être le médecin des soins périopératoires. Il peut être important que les tâches de chacun soient contractualisées.

Ainsi, la responsabilité est partagée, entre le chirurgien et le médecin anesthésiste réanimateur, pour la prise en charge du patient. Depuis une trentaine d'années, l'anesthésie réanimation a écrit ses lettres de noblesse et les relations avec les chirurgiens sont maintenant, le plus souvent, apaisées, chacun ayant un rôle propre, indispensable à la prise en charge du patient. Le respect mutuel est de rigueur. Néanmoins, les circonstances du conflit, quand il existe, tournent, le plus souvent, autour d'un conflit d'égo ou encore d'un conflit autour d'indications non consensuelles. Le comité éthique de la SFAR propose des pistes de réflexion pour les gérer [6]. De même, la HAS a émis des recommandations pour faciliter la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens afin de mieux travailler en équipe [7].

Dans ce contexte de responsabilité conjointe, une décision de limitation des thérapeutiques pour un patient en périopératoire impose une réflexion partagée entre le chirurgien et le médecin anesthésiste réanimateur. Ils sont, tous les deux, médecins traitant du patient. L'idéal est donc d'arriver à un consensus, par le dialogue, entre ces deux personnes clés pour une bonne prise en charge. Quand le patient est en réanimation, il est indispensable de prévenir le chirurgien de la tenue d'une réunion collégiale et de lui proposer de participer. Il doit être informé de la décision prise au décours, s'il ne peut pas être présent. Il ne peut pas être considéré comme un médecin extérieur qui viendrait donner un avis éclairé. Dans l'idéal, le médecin anesthésiste réanimateur et le chirurgien voient ensemble la famille pour l'informer de la décision prise.

Dans ces situations de fin de vie et de décisions de limitation des thérapeutiques, la collaboration avec une équipe de soins palliatifs est recommandée même si le médecin anesthésiste réanimateur a toutes les connaissances pour manipuler les agents analgésiques et

sédatifs. Le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs peut être le médecin extérieur qui donnera un avis éclairé sur la situation du patient et sur le projet de soins [8].

5. Principe de mise en œuvre

Les principes de mises en œuvre d'une décision de LAT ont été rappelés dans les articles 37 et 38 du code de déontologie médical et dans leurs annexes (2). Ils reposent sur :

- Le refus de l'euthanasie comme de l'obstination déraisonnable
- Le respect de la volonté du patient qui doit être recherchée
- La discussion collégiale avec l'équipe soignante présente
- L'avis d'un médecin extérieur qui n'est ni le médecin traitant ni le chirurgien du patient
- L'information de la personne de confiance, à défaut la famille ou les proches de la tenue de la réunion collégiale puis de la décision prise au décours
- Le respect d'un délai de quelques heures à quelques jours avant la mise en œuvre de la limitation thérapeutique, permettant ainsi à la famille de contester cette décision si elle le souhaite.
- La mise en œuvre autant que nécessaire de soins palliatifs appropriés.
- La mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès dès que la souffrance du patient ne peut pas être évaluée mais est plausible du fait de l'arrêt des thérapeutiques de maintien en vie (cas par exemple du patient cérébrolésé et du risque d'asphyxie en cas d'extubation).

Enfin, il paraît nécessaire de définir différents niveaux de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques, le niveau 1 correspondant au maintien de l'engagement thérapeutique maximal, le niveau 2 correspondant à un refus de l'escalade thérapeutique déraisonnable et le niveau 3 à un arrêt des traitements assurant le maintien en vie.

6. Néanmoins de nombreuses questions restent posées :

Comment établir le seuil à partir duquel le soin bascule dans l'obstination déraisonnable ?

Les directives anticipées sont un élément de préservation de l'autonomie du patient. Elles lui donnent le moyen d'exprimer sa volonté. Elles reflètent avant tout le témoignage direct de son état d'esprit. Cependant, ces positions sont-elles stables dans le temps, dans l'espace et en fonction de l'évolution de l'état de sa santé ? Les directives anticipées ne procèdent-elles pas d'une certaine tendance à la protocolisation des pratiques, appliquées ici à la fin de vie ? Ne faut-il pas distinguer discussion anticipée et directives anticipées ? La connaissance de la participation d'un médecin lors de la rédaction des directives anticipées par le patient est potentiellement intéressante à connaître car elle laisse penser que le patient a été éclairé pour leur rédaction.

Une difficulté en réanimation est de définir le médecin en charge de chaque patient. Chaque équipe doit se positionner sur ce point.

La procédure collégiale repose sur une discussion qui s'appuie sur des connaissances médicales mais aussi sur la singularité de la situation et la volonté du patient. Si le consensus n'est pas obligatoire légalement, sa recherche est souhaitable. Il ne s'agit pas non plus d'une décision prise à la majorité. Elle repose sur une concertation avec les membres de l'équipe de soins présente et aboutit à une décision prise en commun avec ceux qui auront à l'appliquer ou à en supporter les conséquences. C'est l'adhésion des membres de l'équipe qui est recherchée

Quelle doit être l'expertise du consultant médical extérieur à l'équipe ? La loi demande l'avis d'un médecin consultant extérieur dont l'expertise dans le domaine concerné n'est pas précisée. Le commentaire de l'article 37 du code de déontologie précise que : « le consultant renvoie à un médecin qui dispose des connaissances, de l'expérience, et, puisqu'il ne participe pas directement aux soins, du recul et de l'impartialité nécessaires pour apprécier la situation dans sa globalité ». Le choix de ce médecin est laissé à la libre décision de l'équipe soignante, qui doit donc s'interroger sur la part subjectivité dans ce choix : « Son expérience, ses capacités professionnelles et humaines doivent lui permettre une analyse claire de la situation ».

La discussion est-elle bien centrée sur le patient et les valeurs du soin ?

L'utilisation de la sédation profonde et continue impose la réponse à plusieurs questions. Pourtant les réponses à ces questions ne sont pas univoques. Comment définir une affection grave et incurable, un pronostic vital engagé à court terme, une souffrance réfractaire au traitement, une souffrance insupportable ? Le sommeil est-il synonyme de bien être ? Que vivront le patient, la famille et les soignants ?

Conclusion

En conclusion, le médecin anesthésiste réanimateur a un rôle clé pour la prise en charge médicale des patients dans la période périopératoire comme en réanimation. Sa connaissance de la pharmacologie des agents analgésiques et de la sédation lui permet d'assurer le confort des patients avec professionnalisme et efficacité. Dans ce contexte, il est impératif que les médecins anesthésistes réanimateurs s'approprient la loi Claeys Leonetti. Elle permet de prendre en charge, en accord avec l'éthique et le code de déontologie médicale, l'immense majorité des fins de vie et notamment celles survenant dans nos services de réanimation ou en période périopératoire. En cas d'échec de l'application de cette loi, le risque est important de voir, dans les années à venir, la promulgation d'une loi imposant l'euthanasie qui, elle, serait contraire à notre éthique médicale.

Ainsi le médecin doit savoir en permanence trouver l'équilibre entre une prise en charge symptomatique et curative, permettant de sauver des vies mais sans obstination déraisonnable, et, une prise en charge palliative. Celle-ci permet d'accompagner les patients en fin de vie, en respectant leurs souhaits, dans un principe de bienfaisance et en parfait accord avec le code de déontologie.

Références :

- [1] Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. JORF n° 0028 du 3 février 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D133990FDF8DE4D64438E231148801EE.tplgfr36s_2?cidTexte=JORFTEXT000031970253&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031970250
- [2] Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n°2016-87 du 2 février 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2016/8/3/AFSP1616790D/jo/texte>
- [3] Guidet B, Leblanc G, Simon T et al. Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France: a randomized clinical trial. JAMA 2017, 318: 1450-9.
- [4] Zahuranec DB, Brown DL, Lisabeth LD, Gonzales NR, Longwell PJ, Smith MA, Garcia NM, Morgenstern LB. Early care limitations independently predict mortality after intracerebral hemorrhage. Neurology 2007, 15; 68 (20):1651-7.
- [5] Morgenstern LB, Zahuranec DB, Sánchez BN, Becker KJ, Geraghty M, Hughes R, Norris G, Hemphill JC. Full medical support for intracerebral hemorrhage. Neurology 2015, 28; 84 (17):1739-44.
- [6] Bazin J-E, Attias A, Baghdadi H, et al. Conflits en période péri-opératoire : un enjeu collectif, éthique et professionnel. AFAR 2014, 33, 335-343
- [7] Haute Autorité de Santé - Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. Recommandations, novembre 2015. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf
- [8] Picard Y, Leheup BF, Piot E, et al. Limitation et arrêts de traitement : collaboration entre une équipe mobile de soins palliatifs et un service de réanimation. Médecine Palliat Soins de Support-Accompagnement-Éthique, 2016, 15 : 78-85.