

Ethique et urgences

Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.

Groupe de travail : Jean-Marie Haegy (1), Marc Andronikof (2), Marie-Jo Thiel (3), Josette Simon (4), Micheline Bichet-Beunaiche (5), Anne-Marie Bouvier (6), Gilbert Leclercq (7).

(1) Jean-Marie HAEGY, Praticien Hospitalier, Service d'Accueil et d'Urgence, CHG Louis. Pasteur, 36, avenue de la Liberté, 68024 Colmar (COORDINATEUR)

(2) Marc ANDRONIKOF, Praticien Hospitalier, Hôpital Européen Georges Pompidou 75015 Paris

(3) Marie-Jo THIEL, médecin, professeur d'éthique. Université Marc Bloch, 67084 Strasbourg

(4) Josette SIMON, Cadre infirmier, Spécialiste Clinique en Soins d'Urgence. Division des Urgences Médico-Chirurgicales Hôpitaux Universitaires de Genève CH-1211 Genève. Suisse

(5) Micheline BICHET-BÉUNAICHE, Infirmière, SAU/CHG 72000 Le Mans.

(6) Anne-Marie BOUVIER, Praticien Hospitalier, Unité Post-Urgence, Hôpital Lariboisière 75010 Paris

(7) Gilbert LECLERCQ, Praticien Hospitalier, SAMU 93 93009 Bobigny

Tirés à part et Correspondance : Denis Baron, Pôle Urgence, CHU, 44093 Nantes Cedex, France.

Texte approuvé, après révisions, par le Conseil d'Administration de la SFMU le 17 janvier 2003.

Mots clés : Ethique. Urgences. Limitation thérapeutique. Arrêt thérapeutique. Abstention thérapeutique. Réanimation. Communication.

Key-Words : Ethics. Emergency medicine. Withdrawing, withholding and care limitation. Intensive care. Communication.

Les progrès de la médecine ont permis des thérapeutiques de plus en plus efficaces. En contrepartie, ils ont généré des situations cliniques qui remettent en cause le bien fondé de l'acte médical. Face aux questions que soulèvent ces pratiques, différentes disciplines tentent d'organiser leurs réponses. Des textes de réflexion éthique ont été conduits dans plusieurs spécialités notamment en réanimation (1-3), en néonatalogie (4,5) en pédiatrie (6,7). Des recommandations prennent jour dans ces mêmes spécialités (8,9). La dimension éthique des situations d'urgence n'a pas été suffisamment prise en compte alors que les Services d'Urgence (SU) y sont quotidiennement confrontés. Leur personnel soignant se trouve en présence de pathologies suraiguës, de survenue brutale et d'évolution irréversible malgré un niveau de soins maximal. De plus en plus, la fin de vie est lente et progressive. Les symptômes aigus qui la marquent (dyspnée, douleur, troubles du comportement ou de la conscience, troubles digestifs...) et l'imminence d'une mort pressentie par le patient et ses proches entraînent un appel au SAMU, le recours au SU, une demande d'hospitalisation. Une réflexion éthique adaptée aux caractéristiques propres de la médecine d'urgence s'impose.

1. Les présupposés

1.1. De l'éthique en médecine

A partir de la deuxième moitié du XXe siècle, deux phénomènes rendent la réflexion éthique particulièrement nécessaire et difficile. D'une part, les progrès scientifiques font reculer chaque jour les limites de la vie posant de difficiles questions autour du statut de la personne (état végétatif chronique, mort

encéphalique, pathologies embryo-fœtales graves...). D'autre part, la société moderne s'est détachée de certaines références religieuses, morales et philosophiques traditionnelles qui ont tissé son histoire. S'est ainsi posée la question des systèmes de valeurs sur lesquels il est possible de fonder la démarche éthique.

Pour répondre à ces défis, les Etats Unis créent en 1973 une commission qui prend le nom de *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Elle s'intéresse à des questions comme le droit à l'information, à la recherche sur les enfants, les handicapés mentaux, les fœtus... Elle publie un rapport -le *Belmont Report*- qui fera date (10,11). Elle présente les quatre principes bioéthiques à la base du discernement de toute recherche sur des sujets humains : bienveillance, non malfaisance, justice (équité) et autonomie comme outils d'analyse éthique, moyens d'objectivation des alternatives pratiques, éléments d'argumentation et instruments décisionnels. Cependant, n'étant pas hiérarchisés, ces principes ne permettent pas de sortir des dilemmes et risquent de surcroît d'enfermer dans le formalisme (*principalism*) (12).

Ces principes, largement repris à travers le monde, ne sont pas explicitement pris en compte au niveau de la réflexion européenne continentale. Sous l'égide du projet BIOMED qui a réuni 22 partenaires de la Communauté Européenne, la « Déclaration de Barcelone » tente d'apporter une perspective propre. Elle énonce les quatre principes éthiques suivants : l'autonomie, la dignité, l'intégrité et la vulnérabilité (13). La différence avec le rapport Belmont n'est pas insignifiante. Là où celui-ci retient des principes normatifs et discriminants d'action, celle-là appelle à

une véritable prise en compte de repères anthropologiques. Ainsi « *le prolongement artificiel de l'existence des incurables et des mourants par l'utilisation de moyens médicaux hors de proportion avec l'état du malade ou par la poursuite du traitement sans le consentement du malade constitue une menace sur les droits fondamentaux que confère à tout malade incurable et à tout mourant sa dignité d'être humain* » (Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Recommandation 1418, 25 juin 1999 : Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants.). Ces principes ont été assumés en France dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L 1111-4 : « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* »). La réflexion européenne a abouti, grâce aux travaux du Comité Directeur pour la Bioéthique (Conseil de l'Europe), à la convention d'Oviedo, ratifiée le 4 avril 1997 et entrée en application en décembre 1999. Il s'agit là du seul instrument juridique international contraignant à ce jour (14). Selon l'accent sur lequel porte le discernement (utilité, loi, finalité...), on évoquera en outre des démarches utilitaristes, légalistes, conséquentialistes. Ces tendances s'avèrent relativement prégnantes dans la civilisation occidentale actuelle. La démarche éthique est toujours un compromis qui n'appelle pas de solutions toutes faites mais qui essaye humblement, en fonction du meilleur des données de la science, de concilier les intérêts parfois contradictoires entre le patient, ses proches, son médecin, les soignants et la société. Elle se doit de prendre en compte les différents principes nouveaux et anciens de l'éthique, mais sans les absolutiser. Si la bienfaisance et la non malfaisance tiennent une place spéciale dans la médecine hippocratique, d'autres paraissent plus relatifs avec l'évolution de la médecine. Il en est ainsi du maintien en vie d'un malade par tous les moyens : cet impératif moral qui paraissait faire l'unanimité des années 60 aux années 80 est aujourd'hui une attitude qualifiée d'« acharnement thérapeutique ». La conscience et la pratique médicales rejoignent ainsi la pensée du philosophe qui écrivait au début du XX^e siècle : « *le critère biologique du maximum de vie est absolument inadéquat en tant que critère éthique* » (15).

1.2 De l'éthique en fin de vie

Les progrès de la science font reculer la mort. Cela a au moins trois conséquences. D'abord, vivant de plus en plus vieux, de nouvelles questions naissent autour du vieillissement, des priorités économiques, de la qualité de vie des personnes âgées... Ensuite la mort devient ce qui « échappe » à la médecine, ce que l'on médicalise, ce qui devient indécent ... Trois français sur quatre meurent à l'hôpital. De plus en plus d'adultes n'ont jamais assisté à la mort de quelqu'un et craignent la mort. Les solidarités de proximité s'effondrent. Les rites de passage s'effritent. Enfin, le diagnostic de mort pose problème. Les critères de l'arrêt cardiorespiratoire s'avèrent parfois insuffisants et la technologie crée des situations et des questions nouvelles.

De fait, la mise en route ou la poursuite d'une réanimation peuvent être considérées, après un

discernement prenant en compte la singularité de la situation, comme une obstination déraisonnable.

L'obstination déraisonnable est un jugement porté sur l'acte médical, se fondant sur une argumentation médicale et éthique solide. Ce terme remplace celui d'acharnement thérapeutique. Ces deux notions s'appuient sur une disproportion injustifiable : on reconnaît, dans ces cas, que l'acte thérapeutique ne sert pas la vie mais prolonge l'agonie, va au delà de ce qui est médicalement raisonnable, ne va pas dans le sens du bien du patient, de l'acceptation de la mort soit en l'anticipant soit en la retardant. Son équivalent dans le monde anglophone correspond à la notion de « futility » qui insiste sur l'inanité ou vanité (dans le sens de vain) des mesures thérapeutiques (16-19). Tant le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) que les instances religieuses chrétiennes, juives et musulmanes ou le code de déontologie médicale sont d'accord pour reconnaître la réalité de l'obstination déraisonnable (20-22). L'article 37 du Code de Déontologie médicale précise : « *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* ». Pour le CCNE, « *la décision de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en œuvre une sédation profonde - que certains qualifient parfois d'euthanasie passive - peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations de limitations de soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan de l'éthique* ». Dans l'Encyclique « *Evangelium vitae* » (25 mars 1995), le pape Jean-Paul II précise : « *on peut en conscience renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'un sursis précaire et pénible de la vie, sans interrompre pourtant les soins dus au malade en pareil cas* ». Ainsi, aucun médecin n'est moralement tenu de mettre en route ou de poursuivre un traitement qu'il estimerait relever d'une obstination déraisonnable (23,24).

Si le médecin et l'équipe soignante arrivent à une telle conclusion plusieurs solutions s'ouvrent à eux : l'abstention, l'arrêt thérapeutique, la limitation et la désescalade thérapeutique. En présence d'une urgence vitale, la limitation thérapeutique est une réponse graduée par rapport à l'abstention thérapeutique, et la désescalade, une réponse graduée à l'égard de l'arrêt thérapeutique. Il n'existe aucun critère scientifique pour déterminer à partir de quel moment ou à partir de quel seuil le traitement devient une obstination déraisonnable (25,26).

Les abstentions et limitations thérapeutiques d'une part, les arrêts et les désescalades (retraits) thérapeutiques d'autre part font partie du quotidien de la médecine hospitalière (27,28). La prise en charge de patients en fin de vie dans les SU est une réalité. Une étude faite en 1997 dans 54 centres d'urgences hospitaliers français et belges, a révélé que sur 248 décès en un mois, 43 concernaient des personnes en fin de vie. Tous ont eu une limitation thérapeutique. Sur les 205 autres patients, 23% ont eu une abstention thérapeutique, 28% un arrêt de soins (28).

1.3 De l'éthique en médecine d'urgence

En médecine d'urgence, les problèmes éthiques acquièrent une acuité particulière. Les SU ont examiné

plus de 11 millions de personnes en 1999 (29). Les Centres 15 ont reçu plus de 11 millions d'appels en 1997 dont 500 000 ont nécessité un transport médicalisé vers un hôpital (30). Ces chiffres sont en constante augmentation.

Les SU sont en première ligne du système de soins. À l'interface entre la ville et l'hôpital, entre les biens portants et les malades, entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, entre la médecine générale et les spécialités, les SU sont un lieu de recours pour tous les membres de la cité. Carrefour des états de crise, les SU concentrent à la fois les problèmes médicaux, psychologiques et sociaux de chaque patient, les problèmes spécifiques de l'activité médicale et ceux plus généraux du système de santé. Ainsi, les dysfonctionnements de la société dans son ensemble se reflètent-ils crûment dans les SU.

Cette place des SU entraîne non seulement des interrogations éthiques spécifiques mais confère aux médecins urgentistes, une responsabilité primordiale dans l'identification et la mise en route d'une démarche éthique lors de la prise en charge de certains malades.

Jusqu'à présent peu de travaux ont été consacrés aux problèmes d'éthique en médecine d'urgence. Aux Etats-Unis, la réflexion a abouti à la rédaction de recommandations par la société de médecine d'urgence nord-américaine (31).

Les caractéristiques de la médecine d'urgence expliquent la nécessité d'une réflexion propre à cette discipline : il s'agit d'une discipline transversale qui ne raisonne ni par organe ni par système ni par classe d'âge. Elle prend en compte la globalité d'une personne dans sa dimension somatique, psychique, spirituelle, culturelle et sociale. Ce n'est pas une discipline fermée en ce sens qu'elle coordonne toutes les spécialités utiles autour du patient. Les urgences sont au centre de nombreux réseaux de soins venant de l'extérieur et de l'intérieur de l'hôpital (réseaux familiaux, psychiatriques, sociaux ou associatifs). Les moyens diagnostiques et thérapeutiques de l'urgence sont de plus en plus nombreux et perfectionnés, empruntés à de nombreuses spécialités. Plus que toute autre discipline, la médecine d'urgence fait appel à des compétences issues de catégories professionnelles variées.

Les praticiens qui l'exercent agissent ponctuellement et disposent d'un temps limité pour prendre une décision qui peut être lourde de conséquences pour le patient. Ils doivent se focaliser sur l'essentiel, agir vite, apprendre à gérer concomitamment plusieurs démarches de soins, à conjuguer les étapes diagnostique et thérapeutique. La complexité du travail sollicite une équipe solidaire et responsable, mais n'empêche pas tous risques de perte d'information et de dilution de la responsabilité.

L'urgence, enfin, surprend le patient à son domicile ou sur son lieu de travail. Elle fait irruption dans sa vie et fait s'écrouler ses repères habituels. Elle suscite l'angoisse, voire la peur.

La démarche éthique intègre nécessairement les valeurs de la société, du médecin et du patient, tout en se soumettant à un nombre particulièrement élevé d'exigences et de contraintes : un flux permanent de patients simultanés, une disponibilité limitée en lits d'hospitalisation, une accessibilité non dédiée aux spécialistes et au plateau technique, des situations médico-légales variées (refus de soins, hospitalisations sous contrainte, réquisitions, agressions sexuelles, enfants battus,...), une forte charge émotionnelle, la grande vulnérabilité des patients.

Le médecin de garde vit souvent une grande solitude doublée d'un sentiment d'abandon quand certaines

interfaces semblent faire défaut ou se liguent contre lui. La crainte de poursuites, le travail à la vue et sous le regard des autres, le stress, la gestion d'un grand nombre d'informations, le rapport particulier au temps ont tendance à le déstabiliser.

C'est aussi une médecine où le libre choix du médecin et du malade sont difficilement respectés : le malade ne choisit pas son service d'urgence ; parallèlement, les soignants ont le devoir de prendre en charge toute personne se présentant en urgence.

2. Objectifs du travail

La Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a mandaté un groupe de réflexion pour cerner les problèmes éthiques des urgences, définir des stratégies pour leur résolution et proposer des références pour l'action.

3. Méthode de travail

Le groupe de réflexion était composé de médecins, infirmiers et cadre infirmiers de services d'urgence hospitaliers ou pré-hospitaliers. Les travaux se sont étendus, d'octobre 2000 à février 2002. L'avis de personnalités étrangères au groupe a été sollicité ponctuellement.

Au sein du groupe, le travail s'est déroulé en différentes phases simultanées : revue de la littérature anglophone et francophone, confrontation des approches éthiques et des expériences professionnelles des différents membres du groupe, exposés et analyses de cas cliniques, recensement de situations d'urgence à dimension éthique, depuis les limitations thérapeutiques à la recherche clinique, en passant par les hospitalisations sous contrainte.

Vue l'ampleur du sujet, le Conseil d'Administration de la SFMU a demandé au groupe de se restreindre aux situations impliquant la décision de limitation des soins, de leur arrêt et de la désescalade thérapeutique, non sous la forme d'un classement des situations les autorisant, mais en définissant une méthodologie de prise de décision s'imposant à tout médecin urgentiste. D'autres champs de la réflexion éthique, tels que le secret médical, le devoir d'information, le consentement aux soins, la recherche clinique font l'objet de recommandations dans des lois et dans le code de déontologie. Les particularités de leur application en situation d'urgence mériteraient des recommandations dans un proche avenir.

4. Processus décisionnel

4.1. Choix tragique

Le groupe a d'abord tenu à souligner que recommandations, connaissances ou compétences n'empêcheront pas que l'exercice éthique, y compris ou notamment en situation d'urgence, restera toujours difficile, au carrefour d'un « *choix tragique* » (15). Il ne peut y avoir ni recettes toutes faites, ni simple application d'arbre décisionnel (32).

4.2. Obstacles à l'identification du problème éthique.

Il existe une difficulté inhérente à l'identification du problème éthique parce que, soit on ne *sait pas* le discerner, soit on ne *veut pas* le faire. Le refuge dans l'acte technique permet souvent de masquer l'absence de volonté ou l'incapacité à reconnaître une situation qui nécessiterait une réflexion morale. L'urgence *du « faire »* masque la dimension éthique de la situation. La technique acquiert alors le statut d'unique *référence*

partagée et comprise par tous. Elle devient le moyen d'unification du groupe.

Cet état d'esprit est accentué par le fait que les médecins urgentistes sont fréquemment de jeunes médecins préoccupés par le désir d'acquiescer des réflexes et des techniques. Ils proviennent d'horizons très différents avec un intérêt et des réactions dissemblables. Des professionnels de catégories médicales et paramédicales très variées concourent nécessairement à la prise en charge des patients en urgence, augmentant l'hétérogénéité des réactions. La dispersion des avis risque d'entraîner une dispersion des responsabilités, qui participe à la difficulté d'identification et de résolution des problèmes éthiques. L'interrogation éthique n'est pas de pratique courante au moment de la restitution et de la relecture des événements lors des réunions formelles de debriefing ou des discussions informelles entre les intervenants, alors qu'elle devrait l'être. Ces dernières années, les SU ont fait un effort important pour parvenir à une cohérence clinique interne ; la cohérence éthique doit aller de pair.

4.3. Chaîne éthique

Par analogie avec la « chaîne de survie » que connaissent les acteurs de l'urgence, il faut admettre l'existence d'une « chaîne éthique » qui met en avant l'idée que le caractère éthique de l'agir médical n'est pas le fruit d'une personne isolée, même si celle-ci montre beaucoup de bonne volonté, mais d'une stratégie commune intégrant l'ensemble des acteurs, malade et proches compris. Les SU représentent un maillon de cette « chaîne éthique ».

Pour que la démarche éthique fonctionne correctement, chaque maillon doit assumer ses responsabilités propres. Bien souvent, pourtant, la collaboration fait défaut, la chaîne est rompue et c'est sur le maillon des SU que repose alors le poids principal des décisions.

Exemple :

Il arrive qu'un malade au stade terminal d'un cancer, pris en charge au domicile, soit dirigé vers le SU en état de détresse vitale, ou de perte d'autonomie. Rien dans son état ne paraît surprenant à l'urgentiste. Pourtant la famille, affolée, s'étonne de la gravité de la situation. Pour expliquer le décalage dans les appréciations, les explications suivantes peuvent être avancées :

- la famille savait l'état de gravité mais ne l'acceptait pas.
- la famille savait, mais n'a pas eu d'autres ressources que de se tourner vers le SU.

Dans ces deux cas, les dénis apparents en amont du SU résident dans l'incapacité d'accepter la mort ou de trouver une aide matérielle ou psychologique pour assumer la situation. Cela traduit une défaillance globale de la société.

- la famille ne savait pas, n'avait pas été informée d'une issue fatale proche.

Dans ce cas, la rupture dans la chaîne éthique en amont du SU tient au manque d'information, témoin d'une faillite professionnelle. Le SU apparaît au mieux comme un point de référence, au pire comme la seule issue.

En aval du SU, la chaîne implique notamment des avis spécialisés. La chaîne est prise en défaut lorsque le spécialiste se contente d'une réponse concernant un organe sans tenir compte de la personne dans son ensemble. Le rétablissement de la chaîne passe par l'implication des spécialistes d'organe dans leurs responsabilités éthiques, leur engagement sur le tout, pour qu'ils soient partie prenante dans la décision.

4.4. Préalables à la décision éthique

Lors du passage dans le maillon de la chaîne éthique représenté par le SU, la prise en charge, comme pour tout agir médical, doit être attentive à quatre enjeux (33) :

L'identification du problème moral.

En effet, s'il existe une dimension éthique dans tout acte médical, tous les actes médicaux ne posent pas pour autant un problème éthique. Plus une situation est urgente, plus grand est le risque de méconnaître son aspect éthique. L'urgence exige des capacités de repérage, de reconnaissance et de discernement pour situer le problème éthique dans toute sa dimension. Tout soignant peut initier la réflexion concernant la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives. L'urgence n'est pas une justification à une impossibilité d'entreprendre une réflexion éthique. A l'inverse, le contexte de l'urgence n'est pas une justification à poursuivre ou à accroître le niveau de soins si les critères d'une décision éclairée ont pu être rassemblés.

La connaissance de soi et des systèmes de valeur.

Il y a trois référentiels de valeurs mis en jeu qui dépendent, pour chacun d'eux, de l'histoire, de la culture et de la personnalité de chacune des parties. Il faut clairement discerner :

- Le référentiel professionnel qui intègre aux recommandations, protocoles et résultats des études cliniques, des données juridiques et déontologiques,
- Le référentiel des intervenants de l'équipe soignante,
- Le référentiel du malade et/ou de sa famille ou de ses proches désignés,

La qualité éthique ne concerne pas seulement la qualité des gestes techniques, elle nécessite aussi un ajustement des valeurs. Ces dernières sont au cœur de la décision d'arrêt, de retrait ou de la non mise en oeuvre de traitements vitaux.

En l'absence de connaissance du souhait du patient, le médecin urgentiste choisit la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade et donne du sens à l'acte médical qu'il effectue car la dimension éthique vise avant tout à restituer un sens à l'agir médical.

De surcroît, aucun des intervenants de l'équipe soignante ne fonctionne comme un « robot » pris dans un automatisme décisionnel. Chacun vit, soigne et réagit en fonction de son référentiel personnel et de sa capacité de contrôle émotionnel. Une décision éthiquement bonne non seulement ne saurait jamais contraindre les interlocuteurs à agir contre leur conscience, mais doit chercher positivement un consensus respectant les personnes dans leurs référentiels propres et communs.

La connaissance du malade et des ressources disponibles.

La chaîne éthique n'a de sens qu'au service du malade. Tous ceux qui le connaissent sont les maillons de la chaîne : famille, personne de confiance qu'il aura désigné, médecin(s) traitant(s), infirmière au domicile... Alors que la médecine moderne tend à fragmenter le patient selon l'organe, le sexe, l'âge, la démarche éthique se doit de lui redonner sa dimension humaine, spirituelle, culturelle et sociale. Elle est la plus grande difficulté de l'éthique médicale en situation d'urgence.

La connaissance du malade passe par le recueil des données de l'examen clinique et d'informations sur lui en tant que personne : connaissance qu'il a de sa pathologie, son stade évolutif, son acceptation, des souhaits qu'il a pu exprimer ou aurait pu exprimer auparavant. Si ces informations sont indisponibles en urgence, le médecin devra se donner le temps pour les recueillir auprès de tous les intervenants habituels du malade. Il ne peut y avoir d'abstention ou d'arrêt

thérapeutique décidé sur une simple impression clinique.

La connaissance des éléments anamnestiques, cliniques, para cliniques et pronostiques doit être obtenue et synthétisée pour s'assurer que :

- il s'agit de l'évolution attendue et normale d'une affection incurable,
- la mort est inéluctable dans un bref délai (jour, semaine),
- l'intervention thérapeutique ne fait que retarder l'heure de la mort et prolonger l'agonie,
- le patient ne retirera aucun bénéfice de la mise en place du traitement,
- la qualité de vie espérée par le malade est incompatible avec la qualité de vie obtenue par le traitement,
- le risque de dépendance définitive du patient aux techniques de suppléance des fonctions vitales est majeur et non désiré par le patient ou sa famille, responsable d'une hospitalisation prolongée en réanimation ou dans tout autre service.

La connaissance des souhaits du patient repose sur sa consultation et celle de ses proches. Chacun d'entre eux peut même être à l'origine de l'interrogation éthique. Et cette interrogation doit être traitée selon la même démarche. En situation d'urgence, la plupart des patients se révèle inapte à exprimer sa volonté et à consentir lors de la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. La consultation des proches sur les possibilités thérapeutiques et leurs résultats attendus repose sur une information claire, loyale et adaptée (Article 35 du Code de déontologie médicale : « *les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite* »). Elle permet en retour de connaître les souhaits que le patient aurait pu exprimer. Les proches sont représentés par la famille ou par la personne de confiance antérieurement désignée par écrit (Article L1111-6 de la loi 2002-303: « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions* »). Information et consentement s'imposent aux médecins urgentistes, aucune intervention thérapeutique ne pouvant être réalisée sans le recours à cette consultation (Article L1111-4 de la loi 2002-303: « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté* »). L'exception représentée par l'urgence ou l'impossibilité de réaliser la consultation des proches permet aux médecins urgentistes de choisir une réanimation d'attente jusqu'à ce que les conditions de la consultation soient réunies.

En situation d'urgence, un nombre restreint de patients est apte à initier la discussion d'une limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives et à consentir, c'est-à-dire à exprimer ses choix, à comprendre l'information délivrée et à en apprécier les conséquences. La délivrance d'une information loyale, claire et appropriée sur son état est une obligation pour le médecin envers son malade (Article 35 du Code de Déontologie médicale : « *Le*

médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension »), au même titre que la recherche de son consentement libre et éclairé dans tous les cas (Article 36 du Code de Déontologie médicale : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » ; Article L1111-4 de la loi 2002-303: « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être proposé sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »).

Le choix du patient de refuser les thérapeutiques prescrites par l'équipe soignante, à la condition qu'il soit clairement informé des conséquences, doit être respecté (Article 37 du Code de Déontologie Médicale : « *Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* »). Le patient peut aussi ne pas vouloir participer à cette décision ni en être informé, ni y consentir. Cette volonté du patient doit être respectée (Article L 1111-2 de la loi 2002-303: « *La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à des risques de contamination* »).

En situation d'urgence, il n'est pas rare de se trouver en présence de patients seuls, inaptes à recevoir l'information et à exprimer leurs souhaits, sans proches identifiés ou identifiables. Pour ces patients qui arrivent seuls au terme de leur vie, le médecin urgentiste et l'équipe soignante se reposent sur leur propre jugement de valeurs, la décision choisie devant être celle qui respecte le mieux l'intérêt du malade et donne le plus de sens à l'acte médical.

La connaissance des ressources techniques et structurelles ne doit pas faire défaut. En effet, l'accès aux avis spécialisés et au plateau technique, la disponibilité en lits d'hospitalisation sont des éléments qui influent ou interfèrent dans la prise en charge. Le principe de justice distributive ne peut justifier ni le non recours aux techniques de réanimation ni leur arrêt tant que tous les critères de la décision n'ont pas été rassemblés. Il faut en avoir conscience, car il ne devrait pas s'immiscer dans les étapes de la réflexion.

L'évaluation des conséquences prévisibles

La question du sens de l'agir en situation d'urgence doit assumer, comme il vient d'être souligné, sa signification et la dimension perceptive des différents protagonistes. Cet agir comporte aussi la prise en compte de sa direction (autre signification du mot sens), c'est à dire de ses conséquences prévisibles à court, moyen et long terme, de ses effets directs et de ses conséquences antagonistes. En d'autres termes, l'évaluation éthique ne se contente pas de la seule appréciation de l'ici et maintenant, des effets les plus visibles, mais prend également en compte, immédiatement et secondairement, les répercussions sur chacun des intervenants de l'équipe soignante, sur l'ensemble de celle-ci, et sur les institutions hospitalières. Cette articulation à la temporalité permet à l'agir en urgence de pas se laisser fasciner par le seul présent.

4.5. Restituer sa place à la mort.

Un des moyens qu'utilise notre société pour cacher la mort, la nier, évacuer sa réalité, est de la recouvrir d'un

voile d'illusions. On peut considérer que de nouveaux rites techniques, s'apparentant pour certains à de la magie, ont remplacé ceux qui étaient traditionnellement pratiqués dans le cadre religieux. Or, on peut affirmer que la mort est un processus de la vie, et que le médecin, notamment, n'a pas à se réfugier derrière ces néo-rites.

Le médecin urgentiste doit faire preuve, une fois de plus, de discernement pour reconnaître un état d'agonie, une évolution fatale attendue, les complications inéluctables- « normales » - d'un état chronique irréversible et que son intervention dans ces situations l'engagerait dans une obstination déraisonnable en retardant l'heure d'une mort imminente. Dans ces cas, il doit accepter de ne pas s'engager dans des gestes techniques inutiles, même si une telle décision est susceptible de rapprocher l'échéance de la mort.

Situations cliniques et choix thérapeutiques

La décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) est engagée dans quatre situations cliniques :

- Présence d'une affection aiguë par défaillance profonde d'une fonction vitale dont la conséquence sera une absence de récupération d'une autonomie des fonctions vitales ou si une indépendance des thérapeutiques de suppléance est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable,
- Survenue d'une poussée aiguë témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aiguë intercurrente chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en termes d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future,
- Patient porteur d'une pathologie connue évolutive, souvent néoplasique, adressé par son médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la pression de l'entourage, pour valider que le patient est bien au dessus de toute ressource thérapeutique,
- Patient conscient, informé, apte à consentir et qui demande lui-même la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de sa défaillance d'organe.

Les thérapeutiques actives concernées sont la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), l'intubation endotrachéale, la ventilation mécanique, les drogues vaso-actives, la compensation volémique massive, l'épuration extra-rénale, un acte invasif chirurgical ou endoscopique. L'indication d'une admission en unité de soins intensifs peut se situer dans ce contexte.

Chez les patients à la qualité de vie antérieure réduite, ne sont pas concernés les traitements actifs d'une affection aiguë totalement ou partiellement réversible, telle : déshydratation ou hyperhydratation majeures, infection aiguë, crises convulsives en série ou état de mal épileptique, maladie thrombo-embolique, occlusion fonctionnelle... Leur prise en charge active contribue au confort du patient.

Le groupe rappelle que même si l'arrêt cardio-pulmonaire est l'événement final de tout processus de décès, la RCP a été mise au point comme traitement des arrêts circulatoires de prime abord réversibles : noyade,

choc électrique, accident anesthésique, effet indésirable d'un médicament, trouble du rythme ou de la conduction, infarctus du myocarde... (34).

Les situations évidentes d'obstination déraisonnable sont rares (19, 35-40) :

- signes de mort évidents et délai d'intervention connu supérieur à 10 minutes (sauf circonstances d'hypothermie)
- inefficacité physiologique : rupture du cœur, arrêt circulatoire sur hémorragie massive interne à distance d'un bloc opératoire
- absence de reprise de l'activité circulatoire après 30 minutes de RCP, à l'exception des états d'hypothermie et des intoxications

- sentiment clair et ferme conviction pour un médecin urgentiste expérimenté que la réanimation n'a pas de chance d'aboutir.

La mise en jeu de la RCP est considérée comme vaine dans des études cliniques majoritairement nord-américaines (36, 41-48). Il en est ainsi chez les patients : cancéreux avec métastases généralisées, âgés déments en dépendance totale, atteints d'une cirrhose hépatique au stade C de Child, en coma post anoxique sans signe de réveil à la 48ème heure, présentant un syndrome de défaillance multiviscérale sans amélioration après trois jours. Ces situations ne dispensent pas d'une réflexion éthique et doivent être évaluées au cas par cas.

Le médecin urgentiste pourra opter pour une attitude intermédiaire entre la poursuite des thérapeutiques actives et l'abstention thérapeutique, la mise en route du traitement étant justifiée sans qu'elle soit considérée comme une obstination déraisonnable.

Ainsi on peut distinguer :

- **une réanimation compassionnelle.** Elle présuppose que la démarche éthique a été réalisée. Elle consiste à mettre en œuvre le traitement à titre humanitaire (par exemple la RCP) en raison de l'émotion suscitée par la situation dans le but de préparer la famille et l'entourage au travail de deuil, ou à le poursuivre jusqu'à l'arrivée des proches (enfants ...) pour qu'ils voient le patient encore en vie.

- **une réanimation d'attente.** 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. Ce type d'agir qu'on pourrait qualifier d'« arrêt thérapeutique différé » doit être admis par nos collègues des services de réanimation.

- **une réanimation de validation.** Elle consiste à poursuivre les efforts réalisés par une équipe de sauveteurs avant de prendre la décision d'un arrêt thérapeutique. Cette attitude reconnaît le bien fondé des secouristes et permet de maintenir, d'exercer et de valider la pratique de la chaîne de survie.

Gestes de sauvetage

Les praticiens des urgences doivent acquérir et entretenir leur connaissance des gestes techniques. Néanmoins, tout médecin peut être mis devant une situation désespérée, dont l'issue ne peut être que fatale à moins d'un geste de sauvetage, lui-même risqué. En l'absence d'alternative, il est légitime que ce geste soit entrepris même si le médecin ne le maîtrise pas parfaitement.

Mesures de confort et soins palliatifs

Il faut rappeler avec force que l'acceptation de l'évolution inéluctable et prochaine vers la mort n'est en aucun cas l'équivalent de provoquer la mort. Une telle acceptation passe par les soins palliatifs. En revanche, l'euthanasie comprise comme une injection de

substances létales est formellement rejetée par le groupe, comme elle l'est par l'article 38 du Code de Déontologie médicale qui précise que le médecin « *n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* ». En France, elle est juridiquement qualifiable d'homicide volontaire (Art 221-1 du Code Pénal). Cette tentation euthanasique disparaît lorsque la qualité d'accompagnement des mourants et incurables est devenue un objectif.

Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de geste technique à faire « *que l'on ne fait rien* ». Il ne doit pas s'agir d'un abandon de soins ni d'un abandon du patient et des familles. L'objectif poursuivi et constant reste le confort du patient et des proches.

La réalisation de soins continus et attentifs aux besoins évolutifs du patient, l'utilisation des ressources psychologiques et spirituelles démontrent que le patient demeure pour les soignants une personne à part entière. Cette prise en charge s'inscrit dans une stratégie de soins palliatifs et de mesures de confort. Cette stratégie est un droit du patient (Article L1A de la loi 99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs : « *Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* »). Elle sera expliquée de manière claire et objective. L'expertise d'une équipe mobile de soins palliatifs pourra être sollicitée.

Les soins comprennent la prise en charge de toutes les douleurs physiques et morales et de toutes les formes d'inconfort par les antalgiques (morphine) et la sédation (benzodiazépines) à doses adaptées au niveau de souffrance, la position, les traitements symptomatiques de l'hyperthermie, de l'hypersécrétion bronchique, de la soif ou de l'hyperhydratation, de la dyspnée, des crises convulsives, de la parésie intestinale... La disponibilité des soignants, favorisant l'intimité entre le patient et ses proches concourt à un climat apaisant. L'appareillage de monitoring sera réduit au minimum utile ; les médicaments et prélèvements sanguins sans objet palliatif seront suspendus ; les visites de surveillance se feront au même rythme que pour les autres patients.

La recherche du confort du patient peut passer par le maintien d'un support ventilatoire. L'arrêt de la ventilation mécanique par diminution progressive de la FIO2 et/ou de la fréquence respiratoire et/ou du volume courant ou par débranchement du respirateur et a fortiori l'extubation ne peuvent se faire que sous sédation -analgésie à dose suffisante pour prévenir l'exacerbation d'une détresse respiratoire. Toute procédure d'arrêt des thérapeutiques actives susceptibles d'accélérer le moment de la mort est réalisée en présence du médecin référent.

Deux *exemples* peuvent illustrer ces propos.

Un homme jeune est atteint d'une tumeur cérébrale évoluant depuis plusieurs mois, en échappement thérapeutique, avec hémiplégié d'installation progressive et perte totale d'autonomie. Une structure de soins à domicile a été mise en place. Devant l'apparition d'un coma et de l'impossibilité de se nourrir, un médecin est appelé. N'est-on pas au stade ultime d'une évolution ? Quelle réponse le médecin peut-il donner ?

- Adresser le malade au SU de l'hôpital le plus proche ?
- Médicaliser le transport ?
- Mettre en place une alimentation parentérale au domicile (perfusion) ? (49)
- Mettre en place une alimentation entérale (sonde gastrique) ? (50)

- Laisser le patient au domicile, sans intervention technique, après avoir vérifié que les soins de base qui sont prodigués et les réactions psychologiques de l'entourage le permettent ?

Un arrêt cardiaque sur fausse route chez un sujet jeune, en bonne santé jusqu'alors, déclenche une cascade de gestes techniques de réanimation. Un arrêt cardiaque de même cause chez un patient dément, grabataire, doit-il conduire à la même attitude ?

Dans tous ces cas, la réponse passe par le discernement et la juste discrimination des situations.

4.6 Gestion du temps

L'exercice de la médecine d'urgence n'est pas synonyme de précipitation. Une décision susceptible de rapprocher l'échéance de la mort ne peut être prise en urgence, ne serait-ce qu'en raison du faible intervalle de temps entre la décision d'arrêt et le décès. Ce faible intervalle souligne l'importance de prendre le temps nécessaire à la collecte des critères indispensables à une prise de décision lucide et raisonnée par et pour le personnel soignant, pour instaurer une relation de confiance avec le patient et ses proches et engager leur accompagnement précoce. Il est nécessaire de se donner du temps pour asseoir un diagnostic, mobiliser des ressources, pour une connaissance optimale du malade, préparer et accompagner précocement le malade et sa famille. Le temps nécessaire à une véritable délibération visant à clarifier les choix de chacun doit être pris pour que la décision soit lucide et raisonnée et appropriée par le personnel soignant. Pour se donner ce temps, l'équipe soignante se repose sur son expérience de la gestion des situations de crise et sur son savoir-faire. Les techniques classiques de réanimation peuvent être utilisées dans ce but. Des techniques alternatives parfois négligées trouvent ici aussi leur place. Il en est ainsi, par exemple, de la ventilation au ballon, des mini trachéotomies, des ventilations non invasives... L'ensemble de ces techniques invasives ou alternatives constitue une réanimation d'attente.

Une technique employée pour se donner du temps, peut être supprimée lorsque le but initialement recherché a été atteint. Il s'agit alors d'un arrêt ou d'une désescalade thérapeutique. La progressivité de cette désescalade est fonction de l'état de préparation des familles et de l'équipe soignante.

Le temps de travail auprès des familles des mourants est bien plus limité qu'au cours d'un accompagnement prolongé. L'équipe soignante doit se mobiliser pour le compenser par une très forte intensité.

Exemple :

Une patiente âgée jusqu'alors autonome, est retrouvée dans le coma à son domicile, avec une plaie de l'arcade sourcilière et un hématome du cuir chevelu. Elle a un score de Glasgow à 4. L'équipe du SMUR évoque un hématome compressif intracrânien secondaire à sa chute, qui pourrait éventuellement nécessiter un geste neurochirurgical, ou un accident vasculaire cérébral massif sans possibilité curative. Seul le scanner cérébral peut départager ces deux hypothèses diagnostiques. Une réanimation d'attente peut être envisagée jusqu'à la réalisation de l'imagerie. Si le scanner révèle un accident vasculaire cérébral massif, l'arrêt de la réanimation et l'extubation vont s'inscrire dans une procédure de fin de vie.

4.7 Comportement de l'équipe soignante et communication

Le comportement et la communication sont essentiels dans le processus décisionnel. Il est possible d'agir sur eux. Ils peuvent être évalués dans un SU.

Une procédure doit être élaborée. Elle est technique : elle précise les modalités de la prise de décision et de prise en charge des symptômes de la fin de vie. Elle est aussi relationnelle : elle précise les modalités de prise en charge de la famille, le comment aller à l'essentiel pour instaurer une relation de confiance, le comment réagir face à des attitudes prévisibles : demande d'euthanasie, de soin maximal, émotions intenses, ressources disponibles pour un soutien au delà de la mort.

Comportement

Il s'agit de développer parmi tous les membres de l'équipe, un comportement professionnel d'écoute et d'accompagnement, une attitude de respect du malade, de bienveillance et d'empathie, c'est à dire une qualité de « savoir être » et de « savoir être avec » ce patient et ses proches. Les éclats de voix ou de rire, les désaccords entre les membres du personnel sont hautement préjudiciables à l'instauration d'une « chaîne de confiance ».

S'efforcer d'accueillir les malades comme on aimerait être accueilli soi-même, ne pas se décharger de ses responsabilités sur les autres, gérer ses émotions, refuser la compétition vis à vis des collègues, ne pas se soumettre à un jeu de concurrence, de conflit d'intérêt ou de prérogatives, sont des principes simples qui doivent toujours être mis en œuvre.

Communication

Les meilleurs soins sont personnalisés. L'anonymat doit être combattu. Le vocabulaire employé et les mots doivent retrouver leur importance. La personne malade ne doit pas être réduite à un diagnostic ou à un organe. Il faut réaliser que l'étiquette qu'on lui appose risque de la suivre longtemps. La communication, c'est encore l'établissement d'un dialogue équilibré avec le malade et ses proches, avec les confrères, mais aussi au sein du service avec toute l'équipe soignante. Chacun est responsable de la transmission des informations lors des changements d'équipe. La communication, c'est enfin écouter, annoncer avec tact la réalité de la situation clinique, et expliquer car l'explication aide à supporter. La qualité et la plénitude de la relation avec l'entourage est un facteur essentiel dans le vécu de la séparation de leur être cher. Ce premier pas est déterminant dans le travail de deuil qui va suivre.

La prise de décision par l'équipe soignante

La décision est l'établissement d'un plan de soins et de niveau de soins. Elle ne saurait être individuelle. L'urgence n'est pas une justification à l'absence de réflexion collégiale entre au minimum deux médecins et le personnel paramédical en charge du patient. Si besoin, l'avis des experts spécialistes de la défaillance de l'organe en cause et du médecin réanimateur seront sollicités. Cet avis ne devrait pas être délivré par téléphone mais physiquement. La décision doit aussi être adoptée par l'ensemble de l'équipe soignante, médecin et infirmier(e) apportant sa compétence spécifique, mais complémentaire. Il convient de rechercher le consensus mais surtout l'absence de doute grave, a fortiori d'opposition d'un de ses membres, d'autant plus que le message délivré aux proches doit être identique pour chaque intervenant. La cohérence des comportements et les dialogues successifs avec les proches en dépendent. Les dissensions sérieuses suscitent l'incompréhension et la fracture au sein de l'équipe soignante. Tôt ou tard, ils compromettent la

qualité de la prise en charge des patients.

Le médecin urgentiste doit assumer lui-même la décision et ses conséquences.

La responsabilité du personnel infirmier est également concernée, non seulement parce qu'il est associé à la consultation de l'entourage lors de la prise de décision, mais aussi parce qu'il est impliqué dans l'application de la prescription (Article 2 du Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), va rester au contact permanent du patient et de son entourage dont il sera le premier interlocuteur à l'occasion des soins.

La prise de décision avec les proches et/ou avec le patient

L'information délivrée doit être claire, identique pour tous les soignants, adaptée à l'évolution de l'état de réceptivité de ceux qui la reçoivent et loyale par la description de l'état d'avancement de la réflexion éthique face à la réalité clinique.

Dans tous les cas, on ne doit pas se décharger de la prise de décision sur les familles, mais elles doivent être partie prenante dans son processus. Il ne sera pas proposer de choisir entre réanimation et abstention des thérapeutiques actives afin d'éviter l'émergence d'un sentiment de culpabilité. Mais il est impérativement recommandé de partager avec la famille le sentiment d'obstination déraisonnable et de l'expliquer. Les arguments économiques ne doivent jamais être pris en compte dans l'élaboration immédiate de la décision. Si apparaissent les germes d'un conflit avec l'entourage, l'intervention d'un tiers extérieur doit être sollicitée.

Modalités d'application de la décision

Le constat que le patient est arrivé au terme de sa vie est un événement humainement grave pour l'entourage du patient et un moment intense de la relation soignant/soigné et ses proches. Il nécessite une procédure rigoureuse.

La procédure doit être écrite par l'ensemble du personnel soignant auquel elle s'applique. Elle contribue à la qualité de la relation entre l'entourage et les soignants. Elle a un impact sur le déroulement du travail de deuil, sur ses conséquences psychologiques à long terme, sur la méfiance vis-à-vis de la structure soignante et lève les doutes éventuels sur la qualité de la prise en charge effectuée. Elle signifie que le recours à une procédure de soins palliatifs, même si elle abrège la vie, s'inscrit dans la prise en compte non seulement de la souffrance du patient mais aussi de celle de ses proches. Un guide pour sa rédaction est proposé en Annexe.

L'accueil. L'entourage du patient doit être accueilli avec courtoisie et humilité, assis dans toute la mesure du possible dans un lieu calme, ce qui le rassure, le met en confiance et lui signifie qu'on partage son angoisse et son inquiétude.

Les intervenants. Le médecin sera accompagné du cadre infirmier et de l'infirmier(e) qui ont participé aux soins et à la décision. Chacun se sentira responsable des contacts avec le patient et son entourage. Chacun se présentera en indiquant sa fonction.

Le dialogue. Chaque intervenant aura conscience du poids des mots que les familles vont entendre et dont elles se souviendront toute leur vie. Ils s'y prépareront après avoir fait le point entre eux. Seront expliqués l'évolution actuelle et attendue, le pourquoi des gestes techniques et des examens réalisés, le contenu du dossier médical antérieur, le résultat des avis spécialisés éventuellement sollicités et des différents médecins qui ont pu prendre en charge le patient jusque-là, les objectifs et le contenu des soins palliatifs.

Même si on est très occupé, toutes les explications seront fournies lentement, en employant des mots simples, compréhensibles de tous, en n'hésitant pas à demander si on est bien compris. Si on ne l'est pas ou si on sent une incompréhension, l'explication sera reprise en utilisant d'autres mots et en s'appuyant sur ce que l'entourage a pu constater. Il faut signifier qu'on regarde le pire en face et que leur patient n'est pas abandonné, que le confort de sa fin de vie est devenu notre préoccupation et la leur, qu'il soit conscient ou non, que bien qu'étant au-dessus de toute ressource thérapeutique curative, il a de nombreuses heures encore devant lui qu'il faut contribuer à transformer en heures de paix, voire de joie promise. Il faudra aussi être prêt à gérer les réactions de l'entourage. Le plus important est le calme. Il faut laisser les proches manifester leurs émotions. Il faut respecter les larmes, les cris mais aussi les silences, le refus de laisser transparaître une émotion, les accompagner au besoin d'un geste et de quelques mots apaisants. Les explications simples et claires contribuent à désamorcer les réactions agressives.

On doit se souvenir, tout au long de l'entretien, que les faits médicaux sont moins importants que la compassion. Les proches, comme le patient, sont avant tout sensibles au fait que les soignants ont pris en compte le poids de la séparation progressive, le poids de leurs limites professionnelles et sont capables de laisser transparaître leur émotion. Pourront être proposés un soutien psychologique, l'appel à des proches, à des référents religieux, ou encore au médecin traitant averti de la situation et d'autant plus précieux s'il a adressé lui-même le patient au SU. Il leur sera précisé que la technique médicale permet, par une réanimation d'attente, d'attendre l'arrivée d'enfants géographiquement éloignés. La précipitation ne s'impose pas. Si le patient a formulé une opposition à la communication du diagnostic, il faudra en informer l'entourage en expliquant que c'est la volonté d'un patient qui sait qu'il est arrivé au terme de sa vie, que cette volonté est respectable et doit être respectée.

Fin de l'entretien. L'entourage sera informé que le personnel soignant se tient à sa disposition pour répondre à ses questions, non seulement dans les heures suivantes, mais aussi à distance. Les coordonnées du service, du médecin qui a assuré et va poursuivre la prise en charge seront données par écrit. Il doit ressentir que le patient est unique pour chacun d'eux et pour l'équipe soignante.

Les décisions prises seront inscrites au fur et à mesure dans le dossier médical et infirmier ainsi que le niveau d'adhésion obtenu et les raisons de la poursuite d'une réanimation d'attente.

4.8 Interventions spécifiques au personnel paramédical

La démarche éthique du personnel soignant s'inscrit dans la démarche pluridisciplinaire respectueuse du point de vue de chaque acteur de l'équipe dans son ensemble. Du fait de la proximité relationnelle avec le patient et la famille, et de l'image de l'infirmière véhiculée dans l'inconscient collectif, les soignants occupent une position privilégiée dans l'histoire du malade et le vécu du patient et de son entourage. Cette position leur confère un rôle fondamental dans la communication entre le patient, la famille et le médecin, dans la reconnaissance de la souffrance, la recherche de confort physique et psychique et le repérage des problèmes éthiques. Confidents, et avocats du patient, détenteurs d'informations utiles à la prise en charge

médicale en général et à la démarche éthique en particulier, les soignants doivent s'interroger sur leur pratique clinique et interpeller les médecins qui se réfugient derrière l'urgence « du faire ». Dans le recueil des informations indispensables pour la démarche éthique, les soignants sont des récepteurs privilégiés du souhait du patient et de sa famille. L'écoute bienveillante et l'empathie sont garants d'une relation globale à l'autre. Dans cette situation, les soignants reçoivent de nombreuses confidences de la part du patient et de sa famille. Ils devront faire preuve de discernement éthique pour concilier le secret partagé des éléments indispensables à la démarche éthique et ceux qui doivent rester dans le secret de la confiance. Dans l'hypothèse où la confiance possède une valeur éthiquement décisionnelle, l'autorisation de partager la confiance avec le reste de l'équipe doit être recueillie auprès du patient.

La démarche éthique soignante n'est possible qu'à partir du moment où se trouvent réunis plusieurs composants tels que : une motivation et une réflexion constante centrées sur la relation à l'autre, un engagement humainement professionnel, une éthique soignante collective, un savoir faire régulièrement entretenu et développé, l'intégration du temps nécessaire à la réflexion faisant partie intégrante du soin, une organisation du travail permettant l'atteinte des objectifs de soins fixés tels que des soins palliatifs dans un contexte d'urgence et l'accompagnement des familles dans leur processus de deuil.

La démarche soignante se doit aussi d'intégrer l'organisation de l'espace où se tient la famille avec le patient, favoriser son appropriation, leur souhait d'une intimité pour des gestes de tendresse dans ces moments privilégiés du cheminement vers la séparation définitive. Des tâches pourront même leur être confiées : vaporisations, soins du visage... Un temps de recueillement leur sera réservé avant la toilette mortuaire.

4.9 Orientation du patient.

Lorsque le patient est suivi dans un service hospitalier ou a été adressé par une structure de soins, la prise en charge devrait pouvoir y être poursuivie, une fois établi le plan de soins.

Lorsque cette option est refusée, lorsqu'il s'agit d'une affection aiguë au pronostic dramatique chez un patient sans antécédent hospitalier, ou lorsque les dispositions organisationnelles de l'établissement hospitalier le prévoient, la mutation dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du SU est la plus adaptée. Le maintien dans l'unité d'Accueil n'est possible que si l'évolution prévisible ne dépasse pas quelques heures et si les conditions locales le permettent.

La majorité des patients ayant présenté une affection aiguë mettant en jeu leur vie et ayant fait l'objet du recours aux techniques de réanimation relève des Services de Réanimation. Le constat que leur poursuite s'inscrit dans une obstination déraisonnable ou le manque de lits ne peuvent constituer un motif de refus de prise en charge du patient et des problèmes éthiques que sa pathologie soulève. Si tel est le cas, le recours à l'UHCD est l'alternative la plus adaptée.

Pour une partie des patients porteurs d'une affection chronique incurable, chez qui est reconnu et pris en charge une affection aiguë curable intercurrente ou un symptôme aigu (deshydratation, dépression, traitement insuffisant d'une douleur chronique ...), le manque de disponibilité en lits d'aval peut conduire l'équipe soignante du SU à une décision en contradiction

avec son éthique, en prescrivant le retour à domicile.

4.10 Enseignement. Formation.

Jusqu'à présent l'enseignement de la médecine d'urgence était surtout axé sur l'acquisition de connaissances scientifiques, de techniques et plus récemment de stratégies de raisonnement.

La capacité de prise en compte de la dimension morale et des enjeux éthiques de l'agir doit faire partie des compétences requises d'un urgentiste. Cette prise de conscience explicite a été tardive et il existe manifestement un retard d'enseignement à combler. Celui-ci pourrait combiner l'enseignement académique, les mises en situation, les jeux de rôle, des réunions à thème et l'exemple....

Le constat qu'un patient est arrivé au terme de sa vie est aussi un événement humainement grave pour le personnel soignant, et tout particulièrement pour le personnel paramédical. Les manques fréquents dans la formation initiale à ce dialogue, aux émotions qu'il suscite, doivent s'inscrire dans le projet de service et dans les réunions ad hoc. Les décisions prises seront rediscutées, précisées et serviront à enrichir la procédure écrite que le personnel soignant se sera appropriée.

L'acquisition de cette compétence implique volonté, temps et moyens.

Une formation continue médicale et paramédicale sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives doit être mise en place pour améliorer les compétences et les pratiques professionnelles. Son organisation et son contenu reposent sur les sociétés savantes.

5 Conclusion

Les situations d'urgence sont bien souvent « un révélateur ». Elles mettent brusquement malades, proches et soignants face à des choix difficiles parfois éludés jusque là. La possibilité de décider est justement le propre de la liberté et de la réflexion morale. On ne saurait se passer ni de l'une ni de l'autre dans un service d'urgences hospitalières ou pré-hospitalières. Pour faire face à cette double responsabilité, celle de la liberté et celle de l'acte éthique, la SFMU a voulu dévider non pas tant des réponses toutes faites qu'un fil conducteur pour aider chacun et chaque équipe soignante dans sa pratique.

Synthèse des recommandations.

A l'issue de sa période de travail, le groupe de réflexion éthique de la SFMU met en évidence les points suivants :

1. La responsabilité du médecin des urgences

L'urgence risque de masquer la dimension éthique du problème de santé du patient. Paradoxalement, c'est souvent à partir de ce moment aigu, que l'interrogation éthique surgit dans l'histoire du patient. Le médecin urgentiste a le devoir d'interroger cette dimension de sa pratique, malgré les nombreuses contraintes liées à l'urgence.

2. La chaîne éthique

Elle est une exigence de la médecine d'urgence. Elle doit être activée en même temps que la chaîne de survie. Une médecine « éthique » en situation d'urgence ne peut être le fait d'un exercice autarcique et isolé. Elle consiste à trouver la « juste » mesure en tenant compte des circonstances, des conséquences prévisibles et des repères communs des personnes concernées avec leur histoire, leurs ressources, leurs limites...

Elle doit donner à chaque maillon toute sa place : au malade, à sa famille, à son entourage, aux professionnels de santé qui concourent à la prise en charge avant et après le SU. Elle permet de le soulager d'un fardeau qui trop souvent ne repose que sur lui. La réflexion et les prises en charge gagneraient en sérénité et en dignité.

Une amélioration globale ne peut être attendue que par une sensibilisation active profonde de la société actuelle, à laquelle la SFMU doit participer par son rôle d'information et de proposition. De plus, des améliorations ponctuelles au sein de la profession auraient des résultats peut-être modestes mais déjà tangibles.

3. Attitude et comportement

L'éthique ne se réduit pas au choix de la mise en œuvre ou non de techniques de réanimation. Elle passe, de façon plus décisive et plus prégnante, par un savoir-faire lié à un savoir-être de chacun des membres de l'équipe soignante et de celle-ci dans son ensemble. Information, connaissance des souhaits du patient et de son entourage, consentement sont un des préalables à la décision.

4. Communication et dialogue

La personnalisation du soin, la qualité de la communication entre collègues et le dialogue avec le malade et son entourage sont indispensables pour créer ou maintenir une « chaîne de confiance » qui apparaît en filigrane derrière la chaîne éthique.

5. Prendre le temps

Agir vite, aller à l'essentiel ne signifient pas se précipiter. Des moyens techniques de soutien somatique, si possible non invasifs, peuvent être utilisés pour se donner le temps d'appréhender le malade dans sa globalité et clarifier le plan de soins adapté aux valeurs de chacun et son acceptabilité par le patient, ses proches et l'ensemble de l'équipe soignante.

6. Arrêt thérapeutique et abstention thérapeutique

Ces décisions font partie de la pratique quotidienne de la médecine d'urgence. Elles sont l'aboutissement d'une démarche éthique qui prend en compte les références et les valeurs du patient et de sa famille, des professionnels de santé, le code de déontologie et les droits des malades. Elles nécessitent le discernement clinique et une bonne expérience pour éviter d'être

masquées par les gestes techniques. Ces décisions sont à replacer dans la chaîne éthique en intégrant tous les intervenants. Elles ne peuvent être que collégiales, condition nécessaire pour une exécution de qualité du plan de soins dont l'infirmier(e) est le pivot permanent. La limitation du niveau de soins et la désescalade thérapeutique sont des alternatives graduées à l'arrêt thérapeutique. Dans tous les cas les raisons d'une réanimation ou d'un support technique, les questions auxquelles on cherche une réponse, les critères de maintien ou d'arrêt d'une thérapeutique active doivent être clairement identifiés et explicités dès le départ. Face à l'interrogation et au doute, à la présence d'une charge émotionnelle importante au sein de la famille, le médecin est en droit d'entreprendre une réanimation compassionnelle ou une réanimation d'attente. Dans tous les cas, le médecin urgentiste doit assumer lui-même la réalisation et les conséquences de la décision. Elle sera inscrite dans le dossier du patient.

7. Mesures de confort et soins palliatifs

Ils sont toujours prodigués. Ils comportent les soins et l'hygiène du corps et de l'âme, et la lutte contre la douleur. Un accompagnement du patient et de la famille est mis en œuvre quelque soit la décision éthique choisie.

8. Replacer la mort dans le processus de vie

La mort n'est pas synonyme d'échec de la médecine. Elle est un processus naturel, dernière étape de toute existence terrestre. La raréfaction des rites religieux n'oblige pas à les remplacer par des rites techniques. Encore faut-il ne pas négliger ces gestes et signes religieux quand le contexte y est favorable.

9. Enseignement - Formation.

Tout médecin doit non seulement être au meilleur des connaissances et des compétences requises dans son métier mais il doit encore essayer d'acquérir des compétences éthiques, particulièrement en situation d'urgence. Un enseignement propre doit être mis en place. Il porte sur les comportements, la communication, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie et les religions. Il peut être mis en place sous des formes variées mais nécessite volonté, temps et moyens. Les groupes de parole au sein des services y participent.

Une formation continue médicale et paramédicale sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives doit aussi être mise en place et repose sur les sociétés savantes.

Annexe. Procédure d'annonce d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques d'urgence

- **Faire le point avec le cadre infirmier et l'infirmier(e) sur l'évolution de la maladie, le niveau de soins et le plan de soins des heures à venir avant de rencontrer l'entourage du patient. S'assurer de la cohérence de l'ensemble de l'équipe,**
- **Se présenter et indiquer la fonction de chacun,**
- **S'informer sur le degré de parenté de chacun des membres présents de l'entourage,**
- **Faire asseoir et s'asseoir,**
- **Demander ce qu'ils savent de l'état de leur patient,**
- **Parler du patient par son lien de parenté avec les interlocuteurs,**
- **Informersur le diagnostic, les moyens utilisés pour le préciser, l'évolution attendue et les options thérapeutiques prises et possibles avec leurs résultats attendus,**
- **Signifier que leur patient est pour l'équipe soignante, arrivé au terme de sa maladie et de sa vie, que tout est fait pour éviter toute souffrance,**
- **Solliciter leur ressenti et les interrogations de chacune des personnes présentes ; y répondre en évitant le jargon médical, sans donner trop de détails techniques,**
- **Rassurer sur le fait qu'ils ont fait tout ce qu'il fallait faire tout au long de la prise en charge antérieure,**
- **S'ils n'ont pas déjà vu leur patient, le leur décrire en expliquant le but des appareils techniques auxquels il est raccordé,**
- **Expliquer que l'accès à la chambre est libre à toute heure du jour ; les encourager à toucher leur patient, à lui parler même s'il est inconscient ; leur expliquer que pour certains soins techniques ou de confort, il leur sera demandé de sortir pour des raisons d'efficacité et de pudeur,**
- **A la fin de l'entretien, leur proposer des boissons, un accès téléphonique, une aide pour les personnes qu'ils souhaitent prévenir, un accompagnement religieux, une aide psychologique, un entretien avec leur médecin traitant,**
- **Préciser qu'ils peuvent toujours faire appel à l'infirmier(e) et au médecin présents, quelle que soit l'heure, qu'ils seront informés des décisions au fur et à mesure, que toute question qu'ils peuvent se poser aura une réponse et qu'il y aura toujours un soignant pour leur répondre.**
- **S'assurer qu'ils sont en possession des coordonnées téléphoniques du service.**

Bibliographie

Textes légaux

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale. Journal Officiel de la République Française, 8 septembre 1995 : 13305-10. www.legifrance.gouv.fr/

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel de la République Française, 16 février 2002 : 3040-42 www.legifrance.gouv.fr/

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. Journal Officiel de la République Française, 10 juin 2002 : 8487-89. www.legifrance.gouv.fr/

Loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002 : 4118-59. www.legifrance.gouv.fr/

Conseil de l'Europe. Assemblée parlementaire. Recommandation 1418 (25 juin 1999) sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. <http://assembly.coe.int/>

Réflexions, Recommandations, Etudes

- Rapin M. Les problèmes éthiques de la réanimation prolongée. *Nouv Presse Méd* 1981 ; 10 ; 3447-9.
- Rapin M, Le Gall JR, Lemaire F, Regnier B, Samii K. Comportement du personnel soignant. In : ABC des techniques de réanimation et de soins intensifs. Paris : Ed Masson, 1980, pp 131-4.
- Grobuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y, Blin F, Edde P. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. *Réanim Urgences* 2000 ; 9 : 11-25.
- Cuttini M. End-of-life decisions in neonatal intensive care : physicians' self-reported practices in seven European countries. Euronc Study Group. *Lancet* 2000 ; 355 : 2112-8.
- Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Réflexion éthiques autour de la réanimation néonatale. Avis N° 65 du 14 septembre 2000. www.ccne-ethique.org/francais/start.htm
- Ahrens WR. Emergency physician's experience with pediatric death. *Am J Emerg Med* 1997 ; 15 : 642-3.
- Randolph AG. Factors explaining variability among caregivers in the intent to restrict life-support interventions in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 1997 ; 25 : 435-9.
- Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. *Réanimation* 2002 ; 11 : 242-9. www.srlf.org
- Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives concernant les problèmes éthiques aux soins intensifs. *Bull Med Suisse* 1999 ; 80 : 2139-43.
- Le rapport Belmont. Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains. *Médecine et Expérimentation. Les cahiers de Bioéthique (Quebec)* 1982 ; 4 : 233-50
- Engelhardt HT. The foundation of Bioethics, New-York Oxford University. Press., 1986 : 398 pages.
- The case of Helga Wanglie. A new kind of "right to Die" case. *N Engl J Med* 1991 ; 325 : 512-5.
- Rendtorff DD and Kemp P (dir). Basic ethical principles in european bioethics and biolaw. Vol 1 : Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project, Basic ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998. Ed. Centre of Ethics and Law, Copenhagen,

Denmark and Institut Borja de Bioètica, Barcelona, Spain, 2000.

- Conseil de l'Europe, Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine. Oviedo, 4. IV. 1997. Série des traités européens/164. <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/164.htm>
- Berdiaev N. De la destination de l'Homme, essai d'éthique paradoxale. Lausanne : L'Age d'Homme, 1979. 381 pages
- Jeckers NS, Schneiderman LJ. An ethical analysis of the use of « futility » in the 1992 American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *Arch Intern Med* 1993 ; 153 : 2195-8.
- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility : its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990 ; 112 : 949-54.
- Marco CA, Larkin GL, Moskop JC, Derse AR. Determination of "Futility" in Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 2000 ; 35 : 604-12.
- Medical futility in End-of-Life : report of the Councils on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA* 1999 ; 281 : 937-41.
- Comité Consultatif National d'Éthique. Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Avis N° 63 du 27 janvier 2000. www.ccne-ethique.org/francais/start.htm
- Académie Nationale de Médecine. L'accompagnement de la fin de vie . *Bull Acad Nat Med* 1999 ; 183 : 879-953.
- Andronikof M. Le médecin face au patient de religion chrétienne orthodoxe. In *Ethique et pratique médicale*. Durand H et Biclet P. Paris : Doin, 1995 : 22-5.
- Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 1560-4.
- Paris JJ, Reardon FE. Physician refusal of requests for futile or ineffective interventions. *Camb Q Health Ethics* 1992 ; 1 : 127-34.
- Rapoport J, Teres D, Lemeshow S. Can futility be defined numerically ? . *Crit Care Med*. 1998 ; 26 : 1781-2.
- Lantos JD, Singer PA, Walker RM, Gramelspacher GP, Shapiro GR, Sanchez-Gonzales MA, Stocking CB, Miles SH, Siegler M. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989 ; 87 : 81-4.
- Ferrand E, Robert R, Instrand 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.
- Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. *Actualités en réanimation et urgences*. Elsevier 1999 : 281-9.
- Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivoz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Etudes et Résultats*, n° 72, juillet 2000. www.sante.gouv.fr/htm/publication/ind_drees.htm
- Chanteloup M, Gadel G. Les appels d'urgence au centre 15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Etudes et résultats*, n° 55, mars 2000. www.sante.gouv.fr/htm/publication/ind_drees.htm
- American College of Emergency Physicians. Code of ethics for emergency physicians. 2001. <http://www.acep.org/1,1118,0.html>. Nonbeneficial («futile») emergency medicine interventions (policy statement). 1998. <http://www.acep.org/1,626,0.html>.

- 32.Sicard D. L'éthique ne donne pas de recette. La Recherche 2001;342: 87-9.
- 33.Thiel MJ, Thévenot X. Pratiquer l'analyse éthique. Etudier un cas. Examiner un texte. Paris : Ed du Cerf, 1999 : 352 pages.
- 34.Emergency Cardiac Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Part I. Introduction. JAMA 1992 ; 268 : 2171-83
- 35.Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Part VIII : Ethical considerations in resuscitation. JAMA 1992; 268 : 2282-8
- 36.Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Crit Care Med 1990; 18:1435-9
- 37.Cummins RO, Eisenberg MS, Hallstrom AP, Litwin PE. Survival of out-of-hospital cardiac arrest with early initiation of cardiopulmonary resuscitation. Am J Emerg Med 1985 ; 3 : 114-9.
- 38.The Hasting Center. Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of Dying. Bloomington Indiana : University Press 1987.
- 39.Carli P. Réanimation des arrêts cardiorespiratoires de l'adulte. Ann Fr Anesth Reanim 1994 ; 10 : 189-93.
- 40.Jecker NS, Schneiderman LJ. Ceasing futile resuscitation in the field: ethical considerations. Arch Intern Med 1992 ; 152 : 2392-7
- 41.Gray WA, Capone RJ, Most AS. Unsuccessful emergency medical resuscitation-Are continued efforts in the Emergency Department justified? N Engl J Med 1991;325: 1393-8.
- 42.Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. N Eng J Med 1983;309:569-76
- 43.Vitelli CE, Cooper K, Rogatko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. J Clin Oncol 1991 ; 9 :111-5
- 44.Latour J, Larente N. La réanimation cardiorespiratoire en gériatrie. Réan Soins Intens Med Urg 1994 ; 10 : 189-93
- 45.Awoke S, Mouton CP, Parrot M. Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term care facility : futile therapy ? J Am Geriatr Soc 1992 ; 40 : 593-5
- 46.Murphy DJ, Finucane TE. New Do-Not-Resuscitate Policies. A first step in cost control. Arch Intern Med 1993 ; 153 :1641-8.
- 47.Marco CA, Bessman ES, Schoenfeld CN, Kelen GD. Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians. Acad Emerg Med 1997;4:898-904
- 48.Council on Ethical and Judicial Affairs. Persistent Vegetative State and the decision to Withdraw or Withhold Life Support. Coucil on Scientific Affairs and Concil on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1990 ; 263 : 426-30.
- 49.Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the dying patient. J Pain Symptom Manage 1995 ; 10 : 192-7.
- 50.Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 2000 ; 342 : 206-10