



Université Claude Bernard Lyon 1



**Diplôme Inter-Universitaire Ethique en santé**

« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

# Réflexion sur la décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) dans le cadre de l'ACR extrahospitalier

---

**Dr Sandrine GLATIGNY épouse PAWLAK**

Tuteur : Dr Marion DOUPLAT

*Mémoire soutenu le 18 septembre 2014*

---



Université Claude Bernard



Lyon 1



**Diplôme Inter-Universitaire Ethique en santé**

**« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »**

**REFLEXION SUR LA DECISION DE LIMITATION ET  
ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES (LATA)  
DANS LE CADRE DE L'ACR EXTRAHOSPITALIER**

**Dr Sandrine GLATIGNY épouse PAWLAK**

Mémoire soutenu le 18 septembre 2014

Tuteur : Dr Marion DOUPLAT

## TABLE DES MATIERES

Abréviations .....	3
Introduction .....	4
Référentiels .....	7
- Sociétés savantes	
- Repères déontologiques	
- Repères juridiques	
- Repères éthiques	
Matériel d'étude et méthodologie .....	12
Entretiens : typologie des situations rencontrées .....	13
- Fin de vie avérée	
- Sentiment d'obstination déraisonnable d'emblée	
- Engagement thérapeutique suivi de LATA	
Analyse des situations évoquées .....	18
Discussion .....	19
- Entre fin de vie et urgence vitale, au carrefour de la mort	
- La décision médicale	
- Le problème du temps	
- Ethique appliquée	
Conclusion .....	34
Bibliographie .....	36

## **ABRÉVIATIONS**

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

(AG)GIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique

CSP : Code de la Santé Publique

EBM : Evidenced Based Medecine (la médecine fondée sur les preuves)

IDE : Infirmière Diplômée d’Etat

HAD : Hospitalisation À Domicile

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

MCE : Massage cardiaque externe

RACS : Récupération d’Activité Circulatoire Spontanée

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire

SAMU : Service d’Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Française de Médecine d’Urgence

SMUR : Service Mobile d’Urgence Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

## **INTRODUCTION**

*« Dans les situations où nous pouvons agir, nous pouvons aussi nous abstenir »*

Aristote dans « Ethique à Nicomaque »

La prise en charge des arrêts cardio-respiratoires est le quotidien des Services Mobiles d'Urgence Réanimation (SMUR). Les procédures de prise en charge de ces ACR sont parfaitement connues du médecin urgentiste pré-hospitalier (drogues administrées selon le rythme cardiaque retrouvé, fréquence du massage cardiaque...), les gestes techniques sont sûrs, les équipes rodées. Malgré la recherche dans ce domaine et les avancées incessantes, le pronostic de l'ACR extrahospitalier reste effroyable. Entre 5 et 10% des patients réanimés arriveront vivants à l'hôpital selon les études, et moins de 5% sortiront avec une issue neurologique favorable.

Face à l'arrêt cardiaque, le médecin urgentiste doit prendre rapidement la décision de réanimer ou ne pas réanimer le patient. La question d'une réanimation ne se pose pas pour un jeune homme de 35 ans qui s'effondre sur la pelouse d'un match de football ; si je ne mets pas toute mon énergie, mes connaissances, mes compétences pour tenter de récupérer le plus rapidement possible une activité cardiaque efficace chez ce patient, pour qui le ferais-je ? La question ne se pose pas non plus lors de la découverte d'un cadavre (patient raide, froid), où la tentative d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) est vaine. Mais qu'est-il bon de faire pour ce patient de 90 ans qui s'écroule dans son jardin, dans son village très éloigné d'un SMUR, à plus de 40 minutes du point de départ de l'équipe ? Tenter de le réanimer tout en sachant que ses chances de survie dans un état neurologique satisfaisant sont quasi nulles ? Et si son souhait était qu'on « le laisse tranquille si le palpitant flanchait » ? Ne serait-ce pas de l'obstination déraisonnable ? Il est nécessaire dans ces nombreux cas en « zone grises » d'entamer une réflexion sur la responsabilité médicale vis-à-vis de la personne, du corps et du cadavre, une réflexion éthique.

La médecine d'urgence est 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. L'urgence constitue notre quotidien, à l'inverse d'autres professions médicales où l'urgence est la situation d'exception. L'urgence est préparée, travaillée.

Les atouts des équipes urgentistes dans la prise en charge des ACR sont nombreux. Ce sont des professionnels qui ont une certaine « habitude » de la mort [1,2]. Ils connaissent la gestion de l'angoisse et de l'échec. Ils ont l'expérience du contact avec les familles en situation de crise. Ils sont confrontés de façon permanente à des décisions de non-acharnement. De plus, ils ne connaissent pas le patient au long cours, ils lui portent un regard neuf, avec moins d'implication affective que les équipes médicales des autres spécialités. Pourtant, les décisions de LATA restent une expérience douloureuse [3].

Les urgentistes sont fréquemment confrontés aux problèmes des LATA, et dans le domaine de la médecine d'urgence pré-hospitalière également [4].

Une étude d'envergure nationale avait été menée en 2003 [5] et avait pour but d'étudier les populations concernées et les modalités de prise de décision et d'application de LATA en SMUR. Il s'avère que 76% des médecins avaient été confrontés au moins une fois à des LATA l'année précédente. Le critère principal de décision de LATA était la perception d'une mort imminente (dans près de 90% des cas), d'ailleurs la majorité des patients décédait avant l'arrivée à l'hôpital. Ces LATA concernaient seulement 30% de patients qui étaient déclarés en soins palliatifs. L'implication du patient conscient n'était possible que dans 31% des cas.

Un travail de thèse mené en 2009 [6] a montré que la majorité de décision de LATA en pré hospitalier était fait dans le cadre d'ACR dont on arrêta la réanimation à l'arrivée de l'équipe SMUR. Les critères principaux en faveur des LATA étaient le diagnostic principal (l'ACR), la qualité de vie prévisible et les affections sous-jacentes.

Le registre des ACR du Réseau Nord-Alpin des Urgences (RENAU) est un fichier prospectif exhaustif des ACR de l'Isère et des 2 Savoie. Les ACR représentent 8% des motifs des interventions primaires en SMUR. Une réanimation médicalisée n'est tentée que dans 63% des cas. Dans les 37% restants, il peut s'agir de patients « décédés » ou bien de LATA lors d'ACR.

Ainsi, nous voyons que cette décision d'arrêt de réanimation cardiaque est un problème quotidien des médecins urgentistes pré-hospitaliers. Mais allons plus loin que ces chiffres et ces publications, certaines dans de grandes revues internationales... et intéressons-nous à ce qui se joue au-delà du technique, à la réflexion morale et éthique que doit mener cet être humain, certes professionnel de santé, pour prendre de telles décisions pour autrui.

Quand une réanimation d'ACR est débutée, le médecin s'engage à la fois par la perfection des gestes qu'il maîtrise mais également par l'idée qu'il se fait de l'adéquation entre ces gestes et la situation à laquelle il est confronté. Considérer l'urgentiste comme simple technicien irait vers une déshumanisation de la médecine d'urgence. Souhaiter remplacer la réflexion morale et éthique par un guide de bonnes pratiques, même le plus détaillé soit-il précisant quand il faut agir et quand il faut s'arrêter, apparaît peu compatible avec la dimension individuelle de chaque situation clinique.

Il faut donc associer raison rationnelle - c'est-à-dire ce que l'on sait du patient, ses chances, les techniques - et la raison pratique - ce qui nous permet de faire ce que l'on juge bon – dans ce type de décision, toujours difficile, au carrefour d'un « choix tragique ». La question devient celle de la limite entre un « savoir réanimer » et « devoir réanimer ». Quels éléments pourraient nous guider dans le choix de réanimer ou non ? Comment décider en conscience, quand la pathologie du patient est méconnue par l'entourage car non dite ou non entendue ?

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. Jean Léonetti dans son rapport de 2008 [7], expliquait que « les gestes techniques sur lesquels se concentrent les réanimateurs [...] laissent peu de place à la réflexion éthique » : où intervient-elle alors ? **A quel moment intervient la réflexion éthique dans la décision de ne pas réanimer les ACR extrahospitaliers ?**

La réanimation des ACR se limite-t-elle à un acte effectué dans l'urgence et précédant toute réflexion ? Est-ce une dernière lutte contre la mort, une ultime lâcheté face à la pression sociale ? Comment adapter les règles techniques de la réanimation générale au cas particulier du malade qui nous préoccupe ? Les éléments qui peuvent nous guider ne relèvent pas seulement de la biologie, mais la réponse est aussi morale. Le techniquement possible n'est pas toujours le moralement souhaitable.

Nous nous proposons dans ce mémoire d'explorer la décision médicale de ne pas réanimer certains ACR extra-hospitaliers. Après avoir balayé les référentiels qui bornent cette décision, nous nous appuyerons sur le récit d'expériences de terrain de médecins urgentistes pour dégager les problématiques de cette décision. Nous mènerons une réflexion sur les différentes notions que soulève cette question : **A quel moment intervient la réflexion éthique dans la décision de ne pas réanimer les ACR extrahospitaliers ?**

## **RÉFÉRENTIELS**

L'absence de règles bien définies pour la mise en route et l'arrêt de la réanimation pose quotidiennement des problèmes de conduite thérapeutiques aux médecins urgentistes. Notre marge de réflexion est bordée par la non-assistance à personne en danger d'une part, et par l'obstination déraisonnable d'autre part. Notre décision est dictée par les règles puisées au sein de la déontologie et de l'éthique.

### **1. Sociétés savantes**

Quand on reprend les recommandations d'experts, les directives, le constat est là : il n'y a pas de guidelines sur le sujet « qui ne pas réanimer ? ».

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a édité en 2003, des recommandations sous le titre : « Ethique et urgences » Réflexions et recommandations de la SFMU [8].

Une RCP est considérée comme vaine pour les patients suivants : cancéreux avec métastases généralisées, âgés déments en dépendance totale, atteints d'une cirrhose hépatique Child C, en coma post anoxique sans signe de réveil à la 48ème heure, présentant un syndrome de défaillance multi viscérale sans amélioration après trois jours. Ces situations ne dispensent pas d'une réflexion éthique et doivent être évaluées au cas par cas.

La SFMU rappelle que les situations cliniques pour lesquelles l'engagement de manœuvres réanimatrices s'apparenteraient à de l'obstination déraisonnable sont rares :

- signes de mort évidents et délai d'intervention connu supérieur à 10 minutes (sauf circonstances d'hypothermie), c'est-à-dire plus de 10 minutes de no-flow, temps durant lequel le patient en ACR n'est pas massé.
- 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.

Ce quatrième item laisse donc libre choix au médecin, mais peut-on laisser place au « sentiment » dans cette médecine technique, quand est-on « expérimenté » ? Il n'en reste pas moins vrai que la décision reste du domaine de la responsabilité du médecin en charge du patient. Aucune donnée de



type médecine factuelle ne peut remplacer la liberté requise pour la prise de décision, il existe toujours une part de subjectivité non négligeable.

Le médecin urgentiste doit faire preuve 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.

La SRLF a publié en 2009 une actualisation des recommandations « Limitation et arrêt de traitement en réanimation adulte » [9]. Ces recommandations concernent les patients hospitalisés en réanimation, et les procédures décrites ne sont souvent pas applicables au domaine de la réanimation pré-hospitalière. En effet, elles insistent sur la collégialité de la procédure, la recherche des souhaits du patient, les directives anticipées, la personne de confiance.

Le problème de l'urgence vitale y est tout de même évoqué : « L'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale, selon les termes définis par la loi, ne permet pas d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements. Néanmoins, ces deux situations ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable (augmentation sans limite des catécholamines, dialyse, etc..) si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance (quelques heures). »

De même, les guidelines européennes datant de 2010 se concluent par la partie consacrée à la dimension éthique de la réanimation cardio-pulmonaire [10]. La réanimation ne doit pas être tentée dans les cas où elle est de toute évidence futile, ou contre les souhaits exprimés du patient. La valeur légale de la parole du patient varie selon les pays européens. La notion de futilité est complexe mais dans ce cadre, elle existe si la réanimation ne prolonge pas la vie dans une qualité de vie acceptable.

#### Etudes sur les facteurs influençant la survie

La décision de débiter ou non une réanimation est multifactorielle. Le raisonnement scientifique se fait en fonction de la survie selon différents facteurs : le lieu de l'ACR, la présence de témoins de l'ACR, la réalisation par les témoins d'une RCP, la durée de no-flow, le délai entre l'appel et l'arrivée des secours, la durée de low-flow, le rythme cardiaque à l'arrivée des secours [11-13]. Ainsi, il y a moins de chances de survie si l'ACR à lieu à domicile, sans présence de témoin, ou si les témoins ne débiter pas de RCP. Par ailleurs, plus la durée de no-flow (temps où le patient n'est pas massé) ou de low-flow (temps de MCE) est longue, plus les chances de survie s'amenuisent. Enfin, il y a plus de chance de survie si le rythme cardiaque initial est choquable (fibrillation ventriculaire) que si le

patient est en asystolie. De nombreuses publications se sont intéressées à la survie en fonction de ces critères, sans pour autant conclure qu'il ne faut rien tenter. Il est à noter que l'âge avancé n'est pas un critère de décision à lui seul [14].

Nous venons de voir que certains critères, lorsqu'ils sont réunis, prouvent que la RCP médicalisée est sans espoir de survie. Ce traitement serait considéré comme inutile, ou disproportionné. Faut-il pour autant ne rien faire ?

## **2. Repères déontologiques**

Le code de déontologie médicale précise lui aussi qu'il faut que le praticien prodigue les soins nécessaires, et condamne l'obstination déraisonnable.

Dans la partie traitant des devoirs généraux des médecins, l'article 8 du code de déontologie (article R. 4127-8 du CSP) précise que le praticien doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Ainsi, une RCP médicalisée qui aurait une probabilité nulle de récupérer un patient en état neurologique satisfaisant n'a pas lieu d'être.

L'article 37 (art. R.4127-37 du CSP – décret n°2006-120 du 6 février 2006) condamne la démarche d'instauration ou de poursuite d'une stratégie à visée curative inutile et non justifiée au regard du pronostic en termes de survie ou de qualité de vie : « En toutes circonstances, le médecin (...) doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet que le maintien artificiel de la vie »

D'un autre côté, plus que toute autre personne, le médecin est tenu de porter secours. Ceci est précisé dans l'article 9 (article R.4127-9 du CSP) : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. ». Ce devoir du médecin renforce la célèbre « non-assistance à personne en danger » du code pénal (cf infra).

### 3. Repères juridiques

#### La loi Léonetti

Sur le plan législatif, la loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, est adoptée le 22 avril 2005 [15]. Elle est entrée en vigueur depuis la publication de ses décrets d'applications en février 2006.

La loi Léonetti est la loi de l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Elle définit les droits des patients et les obligations des médecins au regard des limitations ou des arrêts de traitements. Elle précise les attitudes à adopter par le médecin en ce qui concerne les limitations thérapeutiques, dans le cas où le patient est ou n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté.

Dans les cas où le patient n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté (par exemple parce qu'il est inconscient), la décision de limitation ou d'arrêt des traitements de maintien artificiel en vie peut être prise par le médecin, à condition qu'il applique une procédure définie par la loi. La décision repose sur une procédure collégiale, intégrant l'avis des proches, de la famille et de la personne de confiance éventuellement désignée au préalable, le contenu des directives anticipées, s'il en existe, une concertation avec tous les professionnels de santé concernés et enfin l'avis d'un ou de plusieurs autres médecins en plus de l'avis du médecin en charge du patient.

Le médecin urgentiste pré-hospitalier est confronté à ces situations qui imposent de se prononcer sur des actes afin d'apporter au patient un soin proportionné. La loi ne peut pas s'appliquer stricto-sensus au contexte de l'urgence vitale et la réanimation des ACR en pré-hospitalier, cependant, son esprit doit demeurer. Elle a clairement remis au centre des préoccupations la lutte contre une dérive génératrice de malaise et de perte de sens : l'obstination déraisonnable. Le médecin doit ainsi clairement positionner son projet de soin sans tomber dans cet écueil. Ainsi sont mis en balance la poursuite d'une RCP dans un ACR ou l'acceptation d'un processus normal et l'accompagnement dans la dignité qui incombe au corps soignant.

Cette loi est difficilement applicable en extrême urgence : comment associer « directives anticipées », avis de la « personne de confiance », appréciation collégiale entre soignants, médecins sans liens hiérarchiques, en une poignée de secondes ou minutes ? Il n'y a pas de place pour la délibération infinie, alors que l'environnement est souvent pauvre en informations médicales.

### L'urgence, état d'exception ?

Le droit médical s'accommode aisément de la notion d'urgence médicale [16]. On le voit régulièrement dans le code de santé publique : « *sauf urgence...* ». Ce contexte particulier permet un dessaisissement des règles traditionnelles de l'exercice médical, par exemple sur l'information et le recueil du consentement. En effet, le temps de l'action médicale autorise la transgression des normes habituelles. Les urgentistes peuvent-ils pour autant s'exonérer de toute responsabilité juridique et de tout devoir éthique en raison du risque vital encouru ? L'urgence traduit une tension entre règle et exception.

### Face à l'interdiction d'obstination déraisonnable, la non-assistance à personne en péril

Selon l'article 223-6 du Code pénal, est considéré comme non-assistance à personne en danger le fait pour « *quiconque -de s'abstenir- volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ». Ce texte a une portée générale, visant tout citoyen témoin d'un accident ou d'une détresse : c'est la traduction pénale d'une règle morale naturelle de tous les temps. Un médecin qui ne porterait pas assistance à une personne en péril et serait mis en cause devant les juridictions françaises, mettrait sa responsabilité civile, pénale et ordinaire en jeu. De par la loi française, la non-assistance à personne en péril est un délit punissable d'emprisonnement et d'amende, et peut donner lieu également à une réparation pécuniaire sur le plan civil en cas de dommage.

## **4. Repères éthiques**

Le CCNE dans son avis 63 traite de la fin de vie, de l'arrêt de la vie et de l'euthanasie [17]. Il regrette que la prolongation médicale de la vie entraîne parfois des conséquences peu compatibles avec la qualité de la vie. L'avis traite dans sa deuxième partie de pistes pour « mieux mourir » : pour cela le CCNE encourage le développement des soins palliatifs, l'accompagnement des mourants, et refuse l'acharnement thérapeutique. Il condamne fermement l'euthanasie.

La Commission de réflexion sur la fin de vie a remis son rapport au président de la république le 18 décembre 2012 [18], plus connu sous le nom du Rapport Sicard. Après avoir fait le point sur la mort à l'heure actuelle en France, et la médecine souvent désarmée face à la fin de vie, elle propose des pistes de réflexion pour améliorer les conditions de fin de vie des français. Elle propose de façon forte, pour assurer l'effectivité de la loi Kouchner et de la loi Leonetti, de prendre des dispositions

réglementaires concernant « les conditions de la délivrance d'une information précise, compréhensible, claire et appropriée au malade et à ses proches, sur la proposition d'abstention, de limitation ou d'arrêt de traitements ». Ainsi, nous voyons bien à quel point la situation de l'extrême fin de vie doit être anticipée avec les malades : il faut que la médecine palliative soit présente dès l'annonce d'une maladie grave, que les médecins évoquent avec leurs patients la fin de vie et la rédaction de directives anticipées. La commission a proposé de réaliser un fichier national informatisé des directives anticipées, facilement utilisable en cas d'urgence. Cependant, nous sommes bien loin à l'heure actuelle d'une telle base de données.

Pour ce qui est plus proche de la médecine d'urgence, la commission proposait aux établissements de soins de demander à la Haute Autorité de Santé dès 2013 d'« engager un travail avec les urgentistes sur leurs pratiques de réanimation afin d'éviter le plus possible de créer des situations de prolongation déraisonnable de la vie ».

La commission rapporte également que l'obstination déraisonnable, même si elle est interdite par la loi depuis plusieurs années, est une notion difficile à appréhender, et que la frontière entre ce qui relève de l'obstination déraisonnable et ce qui n'en relève pas n'est pas toujours précise. Définir cette notion est un exercice complexe, et le Sénat dans un rapport de 2005 précise que « seul le médecin peut le résoudre en déterminant, en conscience, s'il arrête ses soins en deçà de ce que sa mission lui impose ou s'il va au-delà de ses obligations » [19].

## **MATÉRIEL D'ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE**

Nous avons demandé à 3 médecins exerçant au SMUR de Chambéry-Aix-les-Bains de nous raconter précisément une situation vécue où ils ont pris la décision de ne pas réanimer un patient en ACR. Les entretiens par la suite étaient semi-dirigés, nous leur avons posé les mêmes questions :

- Pour quel motif avez-vous décidé de ne pas entreprendre de RCP médicalisée ?
- Avez-vous pris avis auprès de tierce personne avant de prendre cette décision ?
- Votre décision ne dépend-elle que de critères scientifiques ?
- Qu'avez-vous trouvé difficile dans la décision de ne pas réanimer cet ACR extrahospitalier ?

Et plus généralement, quelles sont vos difficultés dans ces cas ?

L'analyse de ces entretiens permettra de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans ces cas cliniques, scientifiques et surtout éthiques, et d'entamer une réflexion sur l'ensemble des points de tension au centre de cette problématique.

## ETUDE DE CAS : Typologie des situations rencontrées

### **1. Fin de vie avérée**

Intervention un matin sur la commune d'Aix-les-Bains pour détresse respiratoire chez une patiente âgée de 86 ans, vivant à son domicile avec son époux, passage d'IDE pluriquotidiens. A l'arrivée du SMUR, les pompiers sont déjà sur place, ont mis en place une oxygénothérapie à haut débit pour la détresse respiratoire, la patiente présente des troubles de conscience. Elle est dans un lit médicalisé ; dans la chambre, on retrouve de l'oxygène, une chaise pot, des couches, un fauteuil roulant. L'arrêt respiratoire paraît proche (quelques secondes à quelques minutes). Le médecin consulte le dossier présent dans la chambre et interroge alors le mari : la patiente est atteinte depuis plusieurs années d'une tumeur cérébrale inopérable, et responsable de sa perte d'autonomie (GIR 2).

La décision de ne pas entreprendre de RCP médicalisée chez cette patiente est très rapidement prise, et le médecin explique à son mari c'est la fin, que son épouse va s'éteindre et qu'il faut l'accompagner pour ses derniers instants. Son mari l'entoure, la caresse, et lui parle gentiment. Le décès est prononcé quelques minutes après.

Pour quel motif avez-vous décidé de ne pas entreprendre de RCP médicalisée ?

Dans ce cas précis, il s'agissait clairement d'une vie qui prend fin, après une longue maladie. Entreprendre une RCP n'aurait pas servi à la vie, mais aurait prolongé l'agonie de cette patiente, aurait été d'une violence inouïe. Voir un corps mort secoué par un massage cardiaque externe n'est pas chose facile. Ça n'aurait pas été dans le sens du bien de la patiente, de l'acceptation de la mort comme processus naturel.

Avez-vous pris avis auprès de tierce personne avant de prendre cette décision ?

Non, la décision était la mienne, une décision médicale. Cependant, j'ai vérifié l'adhésion pleine de l'équipe paramédicale et des pompiers à cette décision. Une équipe doit travailler dans le même sens, je n'aurais pas aimé que l'un d'entre eux soit choqué par le fait de ne pas tenter de réanimer cette patiente.

Votre décision ne dépend-elle que de critères scientifiques ?

Dans ce cas, la décision dépendait en partie de critères scientifiques : le terrain n'était pas favorable à l'éventualité d'une récupération ad integrum des fonctions après ACR (patiente âgée, non

autonome, porteuse de pathologie lourde et incurable), mais une RACS était possible. Mais à quoi bon ? Transporter la patiente intubée et reliée à des machines pour l'emmener aux urgences, ne pas être admise en réanimation car « trop grave », mourir après quelques heures au maximum dans une chambre annexe aux urgences après LATA menées selon le processus recommandé par la loi ? Je dirais que ma décision dépendait essentiellement de critères « moraux », que je ne jugeais pas bon que cette vieille femme malade et mourante soit malmenée par le MCE, au lieu de s'éteindre paisiblement chez elle près de son époux.

Qu'avez-vous trouvé difficile dans la décision de ne pas réanimer cet ACR extrahospitalier ? Et plus généralement, quelles sont vos difficultés dans ces cas ?

Le temps très limité pour prendre la décision était le plus difficile, ce ne sont pas des décisions qu'il faut prendre dans l'urgence, mais essayer de les anticiper au maximum. Il n'y avait pas de mot médical dans le dossier précisant qu'il ne fallait pas réanimer la patiente en cas d'évènement grave. Je ne sais pas si les LATA avaient été évoquées avec la patiente ou son mari.

La plus grande difficulté est de devoir discuter avec la famille de LATA en quelques minutes au maximum : qu'aurait aimé le patient ? En avait-il parlé ensemble ? Quels sont l'ensemble des éléments du dossier ? Il faut prendre une décision qui aurait dû être discutée en amont, par les services comme l'HAD, les soins palliatifs, l'oncologie. Peut-être n'est-ce pas fait car la fin de vie et la mort sont des sujets difficile à évoquer. Mais le contexte violent de l'urgence n'est pas le plus propice à une réflexion de l'entourage, sous le choc des évènements. Je pense que lorsque des directives anticipées sont faites, les équipes SMUR n'interviennent pas dans ces cas.

## **2. Sentiment d'obstination déraisonnable d'emblée**

Il s'agit d'une intervention pour ACR chez une patiente de 90 ans vivant en maison de retraite. Cette patiente est démente et peu autonome. L'appel est parvenu au centre 15 vers 2h du matin, la patiente étant retrouvée en ACR dans sa chambre par les soignants. Elle a été vue pour la dernière fois 4h auparavant. Les soignants n'ont pas débuté de RCP. Les pompiers, arrivés en premier sur les lieux, commencent une RCP par massage cardiaque externe, ventilation au BAVU et pose de défibrillateur semi-automatique (DSA). A l'arrivée de l'équipe du SAMU, le médecin décide après la pose du scope, d'arrêter la RCP et de déclarer la patiente décédée.

Pour quel motif avez-vous décidé de ne pas entreprendre de RCP médicalisée ?

Compte tenu de l'âge élevé de la patiente, de sa dépendance, du no flow de durée indéterminée, et de l'asystolie sur le scope, j'ai décidé de ne pas entreprendre de RCP médicalisée.

Avez-vous pris avis auprès de tierce personne avant de prendre cette décision ?

Non, dans ce cas, je n'ai pris avis ni auprès d'un confrère (régulateur, réanimateur, médecin de l'EHPAD ou médecin traitant), ni auprès de l'équipe soignante ou des soignants de l'EHPAD.

Votre décision ne dépend-elle que de critères scientifiques ?

Non, elle dépend en grande partie de critères scientifiques mais aussi de mon avis qui est que cette situation peut être considérée comme de l'obstination déraisonnable. En effet, les chances de survie sont quasi nulles, et dans le cas où la patiente récupérerait une activité cardiaque, la survie serait courte et dans des conditions catastrophiques.

Qu'avez-vous trouvé difficile dans la décision de ne pas réanimer cet ACR extrahospitalier ? Et plus généralement, quelles sont vos difficultés dans ces cas ?

D'un côté, dans les recommandations des sociétés savantes, il n'y a que peu de patients qu'il ne faut pas réanimer, il est donc souvent recommandé de réaliser 30 minutes de réanimation médicalisée bien conduite avant de déclarer un patient décédé. Or d'un autre côté, la Loi Leonetti interdit l'obstination déraisonnable. Dans certains cas, on peut avoir l'impression que cette réanimation de 30 minutes peut être considérée comme de l'obstination déraisonnable, condamnée par la loi. Quand je désire m'éloigner des recommandations des sociétés savantes car ma conviction personnelle serait de ne pas réanimer, je prends avis téléphonique auprès de confrères (le plus souvent régulateur, parfois le réanimateur).



### **3. Engagement thérapeutique suivi de LATA**

Les pompiers interviennent en journée au domicile d'un patient de 80 ans pour détresse respiratoire sur encombrement bronchique, il n'y a pas d'équipe SMUR disponible au moment de l'appel. Le patient se met en arrêt respiratoire, puis ACR devant les pompiers, il est massé immédiatement. Une équipe SMUR se libère d'une autre intervention et se rend sur les lieux en 3 minutes.

Le médecin du SMUR rassemble les éléments du dossier : le patient est en HAD, polyopathologique, il a de lourdes séquelles d'AVC (hémiplégie, aphasie, troubles de déglutition), nourrit par une sonde de gastrostomie, est dans un lit médicalisé, est incontinent, bénéficie du passage pluriquotidiens d'IDE pour les soins. Il n'y a pas de directives concernant une limitation de soins en cas d'aggravation de l'état du patient dans le dossier.

Le médecin du SMUR a le sentiment qu'il ne faut pas réanimer le patient. Il discute avec la famille présente sur les lieux : l'épouse du patient est perdue, dépassée par la situation, le fils explique que son père a une bonne qualité de vie, et demande que son père soit réanimé.

Le médecin du SMUR entreprend donc une réanimation médicalisée, une RACS est obtenue très rapidement, après l'utilisation d'1mg d'adrénaline. Le patient est donc ramené au déchoquage de l'hôpital de Chambéry. Il présente des signes d'anoxie grave. Un avis est pris auprès du réanimateur qui descend au chevet du patient : le patient ne sera pas hospitalisé en réanimation car son état est jugé trop grave. Des LATA sont posées de façon collégiale : en cas de nouvel arrêt cardiaque, il n'y aura pas de RCP. Il sera extubé après 2h de présence aux urgences, et décèdera 1h après, sans sa famille qui n'a pas souhaité être présente.

#### Pour quel motif avez-vous décidé de ne pas entreprendre de RCP médicalisée ?

J'avais envie de ne pas entreprendre de réanimation médicalisée car j'avais la ferme conviction qu'il s'agissait d'obstination déraisonnable. Ce patient aux antécédents lourds me paraissait vivre une vie de souffrance, je pensais qu'il n'était pas heureux.

#### Avez-vous pris avis auprès de tierce personne avant de prendre cette décision ?

Oui, j'ai demandé son avis à la famille proche présente sur les lieux, en cherchant à évaluer la qualité de vie du patient (est-il heureux ? Est-ce qu'il a des plaisirs ? Que fait-il la journée ? Est-ce qu'il interagit ?). Il n'y avait pas de communication verbale, la communication infra-verbale était douteuse. La question de la mort n'avait jamais été évoquée et le fils n'était pas prêt et demandait expressément que son père soit réanimé. J'ai donc entrepris une réanimation compassionnelle.

Après la RACS, la décision de LATA a été prise avec mon collègue réanimateur uniquement. Je n'ai pas eu envie de prendre avis auprès du médecin d'HAD, tant au moment de l'ACR qu'après l'arrivée aux urgences, car le problème n'avait pas été anticipé. Les questions de limitations de soins n'avaient pas été posées directement à l'entourage. Dans le dossier médical, la question des LATA était en suspens, il n'y avait aucune consigne.

Votre décision ne dépend-elle que de critères scientifiques ?

Non, elle dépend beaucoup de l'estimation de la qualité de vie actuelle du patient, et de la qualité de vie future si la réanimation récupère une activité cardiaque.

Qu'avez-vous trouvé difficile dans la décision de ne pas réanimer cet ACR extrahospitalier ? Et plus généralement, quelles sont vos difficultés dans ces cas ?

Ce qui a été difficile est que mon sentiment, ainsi que celui de l'ensemble de l'équipe SMUR, n'était pas en accord avec celui de la famille. Je ne pouvais pas ne pas réanimer ce patient devant sa famille, car elle aurait été traumatisée, et aurait pensé que tout n'a pas été tenté pour sauver leur proche. Ce sentiment d'obstination déraisonnable n'était pas partagé par tous.

Dans ces cas de patients polypathologiques et dont l'espérance de vie est limitée, la notion de fin de vie doit être envisagée par les équipes soignantes. La famille doit être préparée à de telles aggravations et des mesures claires notées dans le dossier, en accord avec les souhaits du patient, si tant est qu'il puisse l'exprimer.

## ANALYSE DES SITUATIONS ÉVOQUÉES

Dans l'ensemble des 3 situations, il est question de la mort qui fait irruption au domicile des patients. Deux de ces patients présentent des maladies graves avec prise en charge à l'HAD, la troisième vit en institution. Pourtant, nous nous rendons compte que la mort n'a jamais été évoquée avec les patients ou leur entourage proche. Il n'y a pas d'anticipation de la question de la mort même chez ces patients âgés, polypathologiques, dont l'espérance de vie est limitée. Alors que ce processus naturel fait partie de la vie, alors que nous sommes tous condamnés à mourir un jour, la mort reste le plus grand tabou en France.

Si la mort n'est pas évoquée, notamment par les médecins en charge des maladies chroniques des patients, on peut facilement comprendre qu'on ne retrouve pas de directives anticipées. Le rapport Sicard rapporte des critiques du SMUR qui « ne consulte » pas les directives anticipées (du fait d'un problème d'accessibilité) alors que le questionnement des équipes mets en avant un tout autre problème : leur absence flagrante.

Le constat est là : il existe un nouveau rituel de mort, avec la mort médicalisée au possible, l'irruption des services mobiles d'urgence et de réanimation à domicile.

Les témoignages de ces médecins nous interpellent sur la question de la difficile décision médicale. En effet, il faut bien prendre une décision dans ces situations, en quelques instants ; mais comment prendre la bonne décision ? Se trouve-t-elle par intuition ou raisonnement ? Quel est le processus décisionnel des décisions médicales ? Dans les deux premières situations, la décision ne fait pas intervenir l'entourage proche (non consultée pour le cas 1, non présente pour le cas 2), contrairement au troisième cas. Le médecin interroge la famille du patient, et sa conviction personnelle se retrouve en opposition avec celle des proches. Comment aborder ces conflits de conscience ?

Une des particularités de l'urgence est de travailler dans un contexte de temps limité. Comment prendre le temps de la réflexion en ce moment d'urgence vitale ?

Après avoir abordé ces différents thèmes afin de mieux appréhender notre sujet, nous verrons en quoi l'éthique peut aider à la réflexion dans ces décisions difficiles que sont les décisions de ne pas réanimer certains ACR extra-hospitaliers. D'une part à la lumière des 4 principes de Beauchamp et Childress, puis d'autre part à la lumière des théories morales.

## DISCUSSION

### 1. Entre fin de vie et urgence vitale, au carrefour de la mort

« Mourir tôt ou tard est indifférent. Bien ou mal mourir ne l'est pas »

Sénèque, Lettres à Lucilius

L'évolution sociologique du rapport à la mort est exposée dans l'avis 121 du CCNE sur la « fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » [20]. La mort s'est progressivement institutionnalisée (hôpital, EHPAD), elle est mise à distance de la sphère privée. Cette évolution aboutit à un retrait progressif de la mort de la culture commune, jadis plus visible et plus admissible. On n'accompagne plus nos mourants comme autrefois.

Le fait d'avoir une équipe avec un médecin faisant irruption à domicile permet d'apporter du *sens* à la mort de son proche : la mort sort du champ de l'intime.

Ainsi, lorsque la mort survient à domicile, même de façon non inopinée, ce sont les pompiers, les urgentistes et le SAMU qui sont sollicités pour accomplir une sorte de nouveau rituel.

Il y a aujourd'hui en France environ un mort par minute. Ce phénomène est donc fréquent et chacun de nous côtoie la mort, de près ou de loin, durant sa vie personnelle ou professionnelle. Pourtant, on ne peut constater qu'une fuite des hommes devant la mort, qu'un déni de la mort dans nos sociétés actuelles. La mort peut nous faire peur, mais certainement moins que ce qui lui précède, « le mourir » disait Montaigne. De façon plus ironique, Sullivan écrivait dans *L'écart et l'alliance* « Ne pas trop s'inquiéter pour sa mort : elle ne dure qu'une seconde, la première ». En effet, mourir, ce n'est pas être mort et c'est pourquoi, en un sens, toute mort est une mort subite.

La quête d'immortalité habite depuis toujours l'humanité, et l'extrême technicité qui marque le 21<sup>ème</sup> siècle va dans ce sens. Beaucoup espèrent que les progrès de la science permettront d'échapper un jour à la mort elle-même. On peut croire à une vie après la mort, mais cet espoir peut perdre de sa force quand la vie semble pouvoir être allongée, sauvée in extremis. Ce qui importe, c'est de vivre. Et pourtant, la mort fait encore partie de la vie en l'achevant et la clôturant. Le CCNE soulignait dans son avis 63 que « Le pouvoir mystérieux de la mort tient dans le fait que, tout en mettant fin à la vie, elle lui donne pourtant valeur et sens » [17].

L'homme, de par l'évolution de la médecine, est sans cesse en quête de maîtrise générale, y compris de la fin de vie et de sa mort. Il oublie de penser sa propre finitude. La mort n'est plus un évènement

naturel, la fin de la vie, mais souvent vue comme un échec de la médecine. En effet, quand on annonce un décès, les proches nous demandent « de quoi est-il mort ? », comme s'il s'agissait forcément d'une maladie ou d'un accident. Comment penser la limite à ne pas transgresser quand la responsabilité de vie, l'urgence vitale, les conditions d'exception l'expression d'espérance de la famille pourraient nous inciter à tout justifier ? Les conditions du mourir, parce qu'elles sont brutales et inattendues, nous interrogent sur le sens de nos actions.

Et pourtant, une pratique médicale qui ne serait attachée qu'à la technique, comme à l'utopie d'une vie sans fin, n'entrerait-elle pas alors en conflit avec ces autres valeurs fondamentales de l'existence humaine que sont la dignité et le sens de la fin ? Ainsi, on pourrait définir l'obstination déraisonnable comme un refus par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort.

La mort survient à l'heure qu'elle a choisie. Le fait de ne pas réanimer peut aussi traduire le refus de situations inhumaines, car il existe une disproportion entre l'objectif visé par la thérapeutique et la situation réelle. L'arrêt de toute assistance cardiaque signifie seulement que l'on reconnaît la vanité de cette assistance, et par là-même l'imminence de la mort. De ce fait, l'abstention de gestes inutiles peut être le signe d'un réel respect de l'individu.

Quand on intervient à domicile sur un patient très âgé en ACR, on recherche tout de suite auprès de sa famille ses souhaits, qu'il aurait préalablement exprimés. Et la réponse est très souvent pleine de contradictions, à savoir « Il ne veut pas d'acharnement thérapeutique, il ne veut pas être un légume... mais faites tout ce que vous pouvez pour le sauver docteur ! »

Cette obstination déraisonnable « ordinaire » existe dans ce cadre de la situation d'urgence, où il y a une pression familiale et sociétale parfois excessive pour inciter le médecin à agir encore, voire à « ressusciter les morts ». « Ne rien faire » peut avoir un impact psychologique négatif important sur les familles, elles peuvent être confortées par l'idée que « tout a été tenté » pour le patient.

Le rapport Sicard met bien en évidence ce dilemme, ce choix tragique exposé aux familles [18]. Il existe une tension entre d'une part le souhait de non-abandon des familles face à la mort, et l'espoir d'une autonomie respectée de leur proche, et d'autre part cet activisme qu'est l'excès de médicalisation de la fin de vie. L'aide médicale attendue n'est, le plus souvent, pas celle qui est proposée, et celle qui est proposée n'est pas, le plus souvent, celle qui est attendue. Ce problème majeur est lié à la difficulté, voire à l'absence d'anticipation de ces situations de fin de vie par la société, les familles, et la médecine. La mort n'est plus acceptée.

Notre société est en train d'assimiler fin de vie et urgence vitale. Nous le voyons quotidiennement, le SAMU est souvent appelé au dernier moment pour réanimer à domicile des patients atteints de maladies mortelles, tels des cancers avec métastases, alors que la famille est bien au fait de l'issue

fatale de la maladie de leur proche. L'intervention médicale est sollicitée pour suppléer aux carences les plus marquantes de notre société. Mais la médecine est aussi responsable de cette confusion entre fin de vie et urgence vitale. La médecine, toute-puissante, fuit la mort.

La responsabilité médicale consiste à être plus anticipatoire. Le médecin se doit, si le patient est prêt à l'entendre, d'annoncer un pronostic sombre au patient. Pierre Le Coz décrit l'annonce de cette mauvaise nouvelle comme « moralement nécessaire et nécessairement immorale » [21]. Moralement nécessaire car chacun est en droit de connaître la vérité sur son état de santé, et nécessairement immorale car cette annonce ne peut que faire du mal à celui qui l'entend. Annoncer des pronostics sombres est difficile, on comprend ainsi que peu de directives anticipées soient écrites car la mort et ses conditions de survenues ne sont que très rarement abordées dans les consultations médicales. La mort est parfois évoquée, mais les souhaits des patients restent souvent peu précis, comme « je ne veux pas d'acharnement thérapeutique ».

La difficulté réside également dans le choix du moment où l'on aborde le sujet des LATA, et notamment de la justification d'une RCP ou non. L'envisager trop précocement est source d'angoisse et d'inquiétude ; alors qu'attendre une dégradation de son état peut rendre la discussion impossible. Ainsi, on comprend que dans nos cas cliniques les LATA n'ont pas été clairement posés précédemment à l'intervention du SMUR, comme dans le cas n°3 où le médecin urgentiste avait « l'impression » qu'une réanimation n'était pas souhaitée par l'équipe d'HAD, mais dont les mots clairs et précis n'ont pas été écrits dans le dossier, repoussant la prise de décision entre les mains de ce spécialiste de l'urgence vitale. La question de la mort pourrait également être évoquée à l'entrée en EHPAD : doit-on ou non réanimer ce nouveau résident en cas d'ACR ? Une discussion peut être entamée entre le résident, sa famille, le médecin traitant, le médecin coordonnateur sur la qualité de vie, les soins qu'il désire ou ne désire pas avoir. C'est certes très difficile, mais l'est-ce moins que dans l'urgence vitale, quand toutes ces questions existentielles doivent être résumées en quelques secondes... et une décision prise ? L'urgence est parfois la matérialisation de la non-anticipation...

Quand survient l'arrêt cardiaque, même dans le cas où l'entourage d'un patient était préparé à cette éventualité, l'activisme est apparemment toujours valorisé, même s'il est excessif. C'est le paradoxe d'une revendication simultanée d'une médecine qui sauve à n'importe quel prix, et d'une médecine qui doit avec discernement ne pas sauver [18]. Avoir la possibilité technique de réanimer n'est pas et ne doit pas être nécessairement associé au devoir de le faire.

La société demande aux urgentistes de sauver. Et il leur est donc quasiment impossible d'adopter en urgence une attitude palliative. Ils ont généralement l'impression que les images des séries télévisées, insistant sur le caractère spectaculaire des scènes de « ressuscitation », ont bouleversé le sentiment du mourir avec cette confusion entre le virtuel (ou le fantasme) et la réalité. La

récupération ad integrum des facultés physiques et mentales, nous l'avons vu, est très rare, et dépend de critères scientifiques. La société connaît moins les lourdes conséquences d'une RCP avec RACS, réelles avec le patient inconscient branché à diverses machines et tuyaux lui permettant de respirer, que ces scènes de réveil improbables où le patient ouvre les yeux et demande simplement ce qu'il lui est arrivé... Est-il toujours nécessaire de passer à travers le rite de la réanimation pour une « belle mort » au 21ème siècle ? Ne serait-il pas moins violent de simplement dire « on ne peut plus rien faire, il est mort », afin de laisser sa dignité au patient jusqu'au moment de sa mort ?

Le développement de la réanimation cardio-respiratoire a également considérablement changé la vision de la mort tant chez les soignants que chez les non-soignants [22]. La technique de RCP s'est développée à partir des années 60 et a été peu à peu encouragée à être utilisée chez toute personne dont le cœur s'est arrêté. La RCP pose une nouvelle question : la mort peut-elle ne pas être constante ? La RCP empêche-t-elle les vivants de mourir ou fait-elle revenir les morts à la vie ? Il faut savoir distinguer la personne en ACR susceptible de bénéficier d'une RCP et arrêt cardiaque attendu, c'est-à-dire la mort prévue. On ne les confond que trop à l'heure actuelle. Pour certains, la mort n'est bientôt qu'un arrêt cardiaque qui se prolonge. Sans réflexion en amont, on réanimerait la victime d'un arrêt du cœur et celui dont l'arrêt du cœur n'est que l'étape ultime de la fin de sa vie. Ainsi, la différence s'est progressivement réduite entre la mort lente (patients très âgés, maladie grave), la mort attendue et la mort subite inopinée. La mort apparaît toujours comme subite, qu'elle survienne lentement ou rapidement. De ce fait, la mort est rentrée dans le champ de la médecine d'urgence, elle est devenue comme une maladie dont il faut se hâter de guérir le malade.

L'essence même de la décision est de trancher entre ACR et fin de vie. Cette question est évoquée dès la prise d'appel au centre de réception et régulation des appels (CRRRA), ou centre 15 [23]. Une écoute de qualité permet souvent de différencier ces 2 types d'appel. Certaines expressions signifiant la mort sont sans équivoque « il est froid » « il ne se réveille pas ». D'autres évoquent d'emblée une détresse vitale « il n'est pas conscient » « il est cyanosé ». Dans les cas où le médecin régulateur n'est pas certain qu'il s'agisse bien d'un ACR, il envoie systématiquement une équipe mobile de réanimation, le doute bénéficie toujours au patient.

Dans le contexte de fin de vie, les appels émanent de familles qui ne supportent pas que tout ne soit pas fait pour leur mourant, de proches qui n'acceptent pas la mort, de soignants qui ne peuvent pas assumer cette responsabilité. Dans ces cas, les décisions de non obstinations sont difficiles à prendre depuis la régulation. Le régulateur ne peut pas proposer de choisir entre réanimation et abstention thérapeutique, il envoie donc à domicile un médecin du SMUR qui aura une vision plus précise de la situation et devra trancher entre ACR et fin de vie, et faire le choix ou non de tenter une réanimation.

## **2. La décision médicale**

Qu'est-ce qu'une décision ? C'est un acte intellectuel qui consiste à faire un choix entre différentes possibilités. C'est un acte porteur de sens, qui est le résultat d'un jugement, d'une délibération. Prendre une décision, c'est évaluer... puis choisir ! La décision précède l'action dont elle est la représentation mentale anticipée. Il y a donc toujours un avant et un après de la décision.

La décision médicale, qui a pour objet l'action médicale, a longtemps été animée par l'arbitrage entre science et conscience du médecin. Mais quelles sont les spécificités de la décision médicale ? La première réside dans sa dimension éthique et dans son universalité : tout le monde y sera un jour confronté. Ensuite, une des autres spécificités par rapport aux autres décisions consiste dans le fait qu'elle est décision pour autrui. En effet, la décision n'aura pas de conséquence sur le médecin, autre que morale. Le praticien est entièrement responsable pour un autre. Enfin, la décision porte sur un acte de secours à l'un de ses semblables.

Les mécanismes de la décision en médecine sont complexes. La décision est le fruit de deux différentes composantes : objectives et subjectives.

Les composantes objectives ou biomédicales, sont basées sur l'EBM. L'exercice médical actuel s'appuie sur des connaissances scientifiquement établies. Mais un médecin ne peut connaître à l'instant T l'ensemble du corpus scientifique, ses connaissances ne sont que partielles. Cependant, on peut affirmer que pour bien décider, il faut une connaissance parfaite de la pathologie en cause.

Les composantes plus subjectives, ou humaines, sont liées à la personnalité du médecin, à ses expériences passées, à l'environnement... Elles montrent que la décision implique plus que le seul savoir scientifique. On peut noter par exemple l'influence des séries : dans une pathologie donnée, une série de succès pousse à l'audace, tandis qu'un accident spectaculaire rend timoré. Le médecin se trouve confronté à des situations complexes où interviennent des éléments de psychologie, des implications socio-culturelles, d'éthique, de mœurs, voire de convictions philosophiques ou religieuses. De plus, les contraintes économiques interviennent de plus en plus souvent dans les prises de décision. Ceci peut expliquer que des situations qui semblent similaires au point de vue biomédical puissent donner lieu à des décisions différentes.

Ce vers quoi doit tendre tout médecin serait donc une décision qui intégrerait à la fois les données scientifiques les mieux validées, les valeurs et préférences du patient, et l'expérience du praticien.



Dans « Décision médicale ou la quête de l'explicite » [24], Junod explique les mécanismes de pensée impliqués dans le raisonnement puis la décision médicale. Parmi les éléments de la décision médicale, il insiste sur les notions d'*utilité* et de *qualité de vie*. Ainsi, l'espérance de vie est un facteur déterminant de la décision médicale, et plus encore l'est la qualité de cette espérance de vie restante. Mais qui peut juger de cette qualité de vie ? Le médecin seul ? Le patient dont on ne peut connaître l'opinion dans notre cas d'ACR qu'à travers la parole de son entourage, choqué par la situation ?

La délibération est la confrontation de points de vue pouvant justifier une décision. Cette délibération peut tout à fait être intérieure, effectuée par un individu seul (comme elle peut aussi être collective en donnant lieu à un échange d'argument).

Le modèle délibératif paraît peu adapté aux situations d'urgence vitale : il n'est pas toujours facile de prendre le temps de confronter l'ensemble des possibles pour décider et agir, mais il est tout de même possible de ménager un temps même extrêmement bref pour la délibération. Il faut éviter de faire de l'urgence un alibi pour ne pas avoir à délibérer. Mais il est vrai également qu'il est difficile de délibérer "à chaud", et qu'il faut parfois agir sans être absolument certain d'avoir fait le bon choix, mais en étant en revanche certain qu'il est préférable d'agir plutôt que de ne rien faire. Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons déjà souligné, même ne rien faire c'est décider, décider de ne pas agir, c'est encore décider. Comme le souligne Aristote, la délibération relève de la prudence qui est la vertu de celui qui sait mener une délibération bien conduite.

Le groupe Miramion, réuni autour du thème de l'urgence vitale [25] en 1999 a débattu au sujet de cette éthique de la délibération. Pour bon nombres d'experts, le contexte de l'urgence vitale est celui de la non-décision, à savoir un choix envisagé à la suite d'une délibération. La délibération au moment du soin urgent n'est pas possible ; au moment de l'urgence vitale, il n'y a pas de réflexion au coup par coup et le débat éthique se situe à un autre moment. Personnellement, je regrette cette idée de réduire le médecin traitant l'urgence vitale à un excellent technicien, qui n'a pas à se poser la question de réanimer ou non.

Une décision de LATA ne doit pas se prendre seul, cette mesure est inscrite dans la loi Leonetti. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, cette loi ne peut pas s'appliquer dans le contexte de l'urgence vitale. Son esprit doit demeurer.

La parole du patient est reine afin de respecter au mieux son autonomie, et agir selon ses volontés. Dans le cas de l'ACR, le patient est inconscient : comment savoir s'il aurait aimé que tout soit tenté pour lui sauver la vie, même si c'est pour la prolonger dans des conditions neurologiques défavorables ? En préhospitalier, nous ne connaissons absolument pas les patients chez qui nous

retrons, c'est pourquoi l'entourage doit être interrogé et écouté. Il faut qu'il participe à la décision, essentiellement pour relayer les souhaits du patient et non leur volonté à eux. Si une décision de LATA est prise, la famille doit être clairement informée et consultée, mais ne doit pas être associée à la décision afin de ne pas favoriser le sentiment de culpabilité. Il est impératif de partager le sentiment d'obstination déraisonnable avec la famille pour ne pas la traumatiser d'avantage. La décision reste médicale, c'est-à-dire dont la responsabilité est assumée entièrement par le médecin. Il est recommandé, dans le cadre de décision pour LATA, de recourir à une discussion collégiale. Or, il n'y a qu'un seul médecin dans les ambulances du SAMU : qui appeler pour recueillir un autre avis ? Dans le cas de d'arrêt d'assistance cardiaque pour les ACR, très souvent le médecin prend la décision sans en parler à un confrère. S'il le fait, il pourra choisir d'en parler avec un médecin en charge du patient (médecin traitant, médecin coordonnateur d'EHPAD...) ou un autre spécialiste de l'urgence (régulateur, réanimateur), mais le contexte est peu propice à une réelle discussion de bonne qualité avec confrontation des arguments et contre-arguments. La contrainte du temps pèse trop lourd sur le bon déroulement d'une décision dite collégiale.

Une concertation avec l'équipe paramédicale doit également être recherchée, mais la décision finale revient toujours au médecin. Par ce qu'elle est très lourde à prendre, la décision ne saurait peser sur le personnel paramédical.

La dimension éthique de la décision médicale se présente de façon aiguë quand l'équipe est confrontée à un dilemme : deux solutions opposées se défendent non seulement du point de vue technique mais également par rapport à des principes éthiques de référence.

Lors du 3<sup>ème</sup> cas clinique, le médecin est face à un conflit de conscience [26]. C'est un conflit entre le médecin et la famille du patient, entre sa conscience morale et celle de l'entourage qui sollicite l'acte de réanimer. Il faut accepter que l'autre puisse mettre en péril mes propres valeurs, accepter le divorce en soi-même, entre sa conscience professionnelle et sa conscience morale. Est-il bien de ne pas réanimer ce patient ? Un processus de délibération est donc nécessaire dans lequel les différents arguments sont évalués et « mis en balance ». Cette expression, utilisée Beauchamp et Childress dans leur ouvrage de référence sur l'éthique médicale [27], signifie que dans une situation dans laquelle deux décisions opposées pourraient se justifier à partir de deux principes différents, il convient de donner la priorité à l'argument qui, étant donné les circonstances, a le plus de poids. Ce processus aboutit à une décision qui clôt la délibération, contemplation fascinée et stérile des possibles, et sanctionne ses conclusions. Elle aboutit à un acte.

L'acte, c'est ce dont je suis l'auteur : ce dont je dois par conséquent répondre, dont je suis responsable. Nous avons vu que l'acte fait suite à la décision. Il se distingue du geste, qui est une action dirigée par l'instinct, qui n'est nullement le résultat d'une délibération. Il est intéressant de regarder maintenant le vocabulaire médical, qui parle des *gestes d'urgence* et d'*actes médicaux*. N'y-aurait-il pas de place pour la réflexion dans l'urgence ? Les moments de délibération ne surgissent-ils que lorsqu'il ne s'agit pas d'accomplir des gestes d'urgence ? Aristote dirait que ces gestes ne sont pas instinctifs mais plutôt habituels. En effet, dans l'instinct, la conscience est nulle, dans l'habitude, la conscience est juste assoupie. Dans l'habitude subsiste la possibilité d'un réveil de la conscience. Il y a des cas où l'urgence commande de faire des gestes, et non des actes, c'est-à-dire ne pas tergiverser pour ne pas perdre un temps précieux, comme dans le cas où le but final est bien de ressusciter mon patient en ACR. Mais dans certains cas, la conscience peut s'éveiller : j'ai bel et bien à faire le choix de réanimer ou non ce patient poly pathologique, de prendre une décision de réaliser un acte ou de ne pas réaliser ce même acte d'urgence. Ne rien faire est bel et bien un acte en soi.

Nous voyons ainsi que la décision médicale dans le contexte de l'urgence vitale est encore une entité à part. La prise de décision ne se fait pas de la même façon selon le temps dont on dispose. Si une réaction est attendue en quelques secondes, une véritable décision éclairée est quasiment impossible à obtenir : il faut recueillir les informations sur les antécédents, l'histoire du malade, les circonstances de l'ACR, la volonté du patient... puis délibérer. De plus, dans les décisions médicales en général, le patient est censé y prendre part, être un vrai acteur, être partenaire de la décision. Or, dans le cas de l'ACR, nous ne pouvons sonder le patient qu'indirectement le plus souvent : au travers de mots dans un dossier médical, de ce que nous rapporte son entourage proche. Son avis peut être émis dans les directives anticipées rédigées, dont en pratique les urgentistes ne trouvent que trop rarement traces.

Il est difficile de faire des choix quand les données du problème sont imprécises, et selon la brièveté du temps donné. Ainsi, le contexte de l'urgence complexifie encore plus la décision médicale [28].

Pourtant, le choix est restreint, la décision est binaire dans le cas de l'ACR : vais-je oui ou non tenter de réanimer ce patient ? Le résultat final sera le même, à savoir le décès du patient à très brève échéance, mais les conditions de sa mort s'en trouveront bouleversées. Le médecin urgentiste pourra se trouver au centre de 2 choix qui le feront se sentir coupable : s'il ne le réanime pas, coupable de ne pas avoir tenté de sauver la Vie, s'il le réanime, coupable d'obstination déraisonnable. Comment la confusion entre responsabilité et culpabilité ne paralyserait-elle pas tout homme appelé à prendre une décision ? La décision se déploie toujours sur un fond d'incertitude. Il n'y a pas le temps pour la délibération infinie, et lorsque le choix ne se fait pas en conscience en

quelques secondes, le médecin du SMUR choisira le secours, le geste, l'habitude : la réanimation du patient.

La bonne décision est le but final de chaque délibération. Les décisions doivent s'adapter à la singularité de chaque patient, et adaptée à la singularité de chaque situation. Décider en médecine, c'est toujours juger, appliquer des règles générales à un cas particulier.

Aristote nous le rappelle dans Métaphysique : «L'expérience est une connaissance qui porte sur des choses singulières, tandis que le savoir-faire technique porte sur la règle générale. Or, toutes les actions et toutes les productions concernent ce qui est d'ordre singulier. Car ce n'est pas l'homme que soigne le médecin, si ce n'est par coïncidence, mais bien Socrate ou Callias ou quelque autre malade parmi ceux qui sont désignés comme malades, qui se trouve incidemment être homme.»

Dans le contexte de l'urgence vitale pré-hospitalière, quelle que soit la décision prise, elle risque de générer de la violence. La recherche doit donc être non pas celle d'une solution idéale ou idéalisée, mais de l'alternative la moins violente possible pour l'ensemble des personnes concernées dans un contexte singulier.

La meilleure décision est prise quand on prend son temps... mais ici, nous n'en avons pas !

### 3. Le problème du temps

Une démarche pour une décision éthique devrait respecter 3 temps [29]:

- Un inventaire précis des données techniques et scientifiques, des données cliniques
- Une délibération interdisciplinaire
- Enfin, une décision

Dans les conditions de l'urgence extrahospitalière, il est pratiquement impossible de respecter ces temps.

L'urgence est le quotidien du médecin du SMUR : il sait distinguer les situations pour lesquelles il ne faut pas perdre une seconde, et celles qui ne relèvent pas de l'urgence, au sens médical du terme. D'un autre côté, quand les gens font appel au centre 15, c'est qu'il y a urgence pour eux : il leur faut une réponse médicale immédiate, maintenant et tout de suite ! C'est là toute la différence entre une urgence ressentie et une urgence médicale vraie. Prenons pour exemple la crise d'angoisse (ou crise de tétanie, de spasmophilie). Les symptômes décrits par la personne victime d'une telle crise sont très impressionnants et peuvent faire peur à l'entourage qui ne connaît pas cette pathologie : sensation d'étouffer, douleur thoracique, impression que l'on va mourir... La réponse apportée par le Centre 15 appelé dans ce cas (en rassurant les témoins et en donnant des conseils téléphoniques) ne semblera parfois pas congruente avec celle attendue par l'appelant qui souhaiterait une présence médicale physique immédiate... d'où la phrase qu'on entend régulièrement « on peut toujours crever avec vous ! ».

Il s'agit d'un exemple qui démontre les conflits de temporalité. Le temps ne s'écoule pas de la même façon que l'on soit soignant ou soigné. Un temps de médecin est différent d'un temps de patient. Le temps perçu par les proches peut paraître interminable : « ça fait des heures qu'on vous attend » « mais non, on est parti dès qu'on a été bipé ». Pour les proches dans une pièce voisine du lieu où se déroule une réanimation, le temps peut avoir tendance à se dilater. Contracté dans l'action où les heures filent comme des minutes et les minutes comme des secondes, le temps se dilate dans l'attente où les secondes deviennent éternité [30].

Au contraire, le temps des proches auprès de l'être aimé en arrêt cardiaque peut paraître trop court pour se préparer au deuil. Ainsi, le médecin du SMUR peut réaliser une réanimation compassionnelle pour allonger ce temps et permettre à l'entourage d'appréhender la triste vérité qui va leur être annoncée.

On note très souvent une vraie discordance des temps. Dans le cadre de la réanimation d'un ACR, le médecin va sembler étonnamment initialement tourné vers le passé. Il va chercher à connaître l'ensemble des éléments anamnestiques : les antécédents, les traitements, les circonstances de

l'ACR, des éléments passés du malade et de la maladie pour se faire une idée et prendre sa décision. Il incite la famille à tout dire, recherche les maladies graves.

La famille quant à elle est sidérée. Elle ne sait plus quoi répondre. Elle est plutôt tournée vers l'avenir « que pouvez-vous faire ? ». Elle voit en le médecin la personne qui va pouvoir changer le futur.

La médecine quantifie le temps, le numérise. On compte tout le temps lors d'une intervention pour ACR : temps de no-flow, temps de no-flow, temps entre les injections d'adrénaline, entre les chocs électriques délivrés par le défibrillateur semi-automatique : time is brain !

L'écart qui sépare la médecine d'urgence des autres spécialités médicales conventionnelles porte sur le temps. Etre disponible rapidement, agir sans délai, décider rapidement... telles semblent être les vertus qu'on porte à l'urgentiste. La médecine d'urgence semble être toute entière dans l'instant décisif. On a parfois l'impression qu'on prendrait de meilleures décisions si on avait plus de temps. Faire, c'est meubler le temps ; faire, c'est faire reculer l'instant de la décision. Il faut pouvoir, il faut savoir se donner du temps pour la réflexion, même en extrême urgence.

Comment gagner un peu de temps si précieux dans ces conditions de réanimation d'ACR, et quel est le but de ces quelques minutes supplémentaires ? La SFMU [8] propose de distinguer 3 situations pour lesquelles une réanimation pourrait être justifiée.

Le médecin peut choisir de réaliser une réanimation d'attente pour pouvoir récupérer toutes les informations nécessaires à sa prise de décision sans équivoque : données médicales (contexte de l'ACR, durée de no-flow, antécédents du patient...), souhaits du patient et de ses proches, si besoin avis d'un confrère (médecin traitant, médecin régulateur ou réanimateur par exemple). Il se donne ainsi le temps de la réflexion afin de pouvoir recueillir l'ensemble des éléments indispensables pour prendre une décision sur la poursuite ou non de la réanimation [31]. Et si le doute persiste, il prendra toujours l'option de la vie, celle de réanimer le patient pendant 30 minutes.

Les proches ne sont jamais prêts à l'irruption de la mort à domicile, même attendue. La réanimation compassionnelle, réalisée à titre humanitaire en raison de l'émotion suscitée par la situation, permet de préparer la famille au deuil. L'ambiance de panique qui accompagne le moment du décès pourra être atténuée par cette réanimation qui peut être faite « à minima » (poursuite de massage et ventilation à l'insufflateur manuel, mais pas de drogues vasoactives). Elle donne le temps au médecin d'informer sur la gravité de la situation. Ce temps précieux démontre que la démarche éthique a été réalisée pour ceux qui resteront. Cependant, dans le cadre d'une fin de vie attendue, cette réanimation compassionnelle est beaucoup plus discutable. Rien ne prouve qu'elle permettra aux familles de mieux vivre le deuil. Au contraire, on peut imaginer que dans le contexte d'une maladie

longue et évolutive, elle ne donne une dernière image plus pénible de l'être aimé qui s'en va. Il vaut mieux parfois privilégier une ambiance calme, sans laisser entendre qu'une réanimation était possible, plutôt que de transformer le moment ultime en chantier de réanimation.

Les équipes de sapeurs-pompiers précèdent très fréquemment celles du SMUR. Le maillage du territoire français est plus important, les équipes bien plus nombreuses. Les pompiers, volontaires ou non, ne peuvent prendre la décision de ne réaliser aucun geste de secours et aucune réanimation uniquement dans trois cas : chez une victime qui présente une séparation de la tête et du tronc, une rigidité cadavérique, un état de putréfaction. Dans tous les autres cas, les secouristes débiteront les gestes de secours dont la RCP sauf indication contraire donnée un médecin présent sur les lieux. Si les pompiers sont engagés sur une RCP depuis de longues minutes en attendant le SMUR, parfois en relais de témoins sur place ayant débuté le massage cardiaque, le médecin pré hospitalier peut décider de réaliser une réanimation de validation. Elle consiste à poursuivre les efforts réalisés par une équipe de secouristes avant de prendre la décision d'arrêter. Ceci dans le but de reconnaître le bien fondé des secouristes et de la chaîne de survie. Cependant, là aussi on peut discuter ce type de réanimation, puisqu'elle est à mettre en balance avec le besoin d'intimité au moment de la mort.

La réflexion philosophique n'est possible qu'à partir du moment où l'on peut disposer du loisir qui confère un temps à la réflexion (la *scholè*) : l'éthique s'avère-t-elle donc introuvable en situation d'urgence ? Et pourtant, paradoxalement, la situation d'urgence permet aussi de comprendre ce qui relève authentiquement de l'éthique.

#### 4. Ethique appliquée

Quoi de plus éloigné de l'image de l'urgentiste que celle du philosophe ? La réflexion sur les valeurs éthiques des décisions médicales peut être un champ commun de ces deux disciplines.

##### ➤ Moment philosophique de la décision médicale

Dans "Petit traité de la décision médicale" [32], Pierre Le Coz, philosophe, nous propose une approche innovante de la réflexion sur les décisions médicales. En effet, pour lui, le moment philosophique de la décision médicale se fait *a posteriori*. Cette forme de pensée n'est pas de même nature que celle qui précède cette même décision : cette pensée postdécisionnelle, qui médite, nourrie d'un questionnement sur les états affectifs ressentis au cours de l'intervention auprès du malade, pourra donner une substance éthique à la décision. C'est un temps détaché de tout contexte d'urgence.

La composante éthique d'une décision s'appuie sur les 3 principes fondamentaux, à savoir l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance. Ce qui est tout à fait original dans son travail, c'est que les émotions sont mises en avant pour débiter la réflexion éthique. En effet, les émotions sont les révélateurs des valeurs éthiques : le respect nous renvoie à l'autonomie, la compassion à la bienfaisance et la crainte à la non-malfaisance.

Il faut tout d'abord identifier le contexte de la décision, pour dégager un principe éthique prédominant. Si nous nous recentrons sur le contexte de la réanimation préhospitalière de l'ACR, le principe de bienfaisance (et de non-malfaisance) aura plus de poids que celui de l'autonomie du patient. En effet, le patient est inconscient, son cœur ne bat plus, il ne peut pas participer à la réflexion et nous donner son avis. Les directives anticipées si elles existent et sont accessibles peuvent nous éclairer sur ce point. En général, nous ne pouvons recueillir qu'un avis probable du patient en interrogeant ses proches; le patient avait-il clairement exprimé « en cas d'arrêt cardiaque, je souhaite (ou ne souhaite pas) être réanimé » ? Connaisait-il tous les tenants et les aboutissants d'une telle réanimation ? Le *respect* de sa personne me fait chercher ses volontés et je m'engage à respecter son autonomie. En l'absence de connaissance du souhait du patient, nous choisissons la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade et donne un sens à l'acte médical.

Le principe de bienfaisance tient une part immense dans ma réflexion. En effet, j'ai de la *compassion* pour cet être humain dont je vois le risque, si la réanimation aboutit à une RACS, de porter un polyhandicap neurologique lourd, d'être paucirelationnel. Mais j'ai également de la compassion envers sa famille, je vois la souffrance des apparentés qui perdent un proche et souhaite tout faire



pour leur épargner cette souffrance. Pour certains [25], en invoquant le principe de bienfaisance dans les situations d'urgence vitale, il est de notre devoir d'entreprendre une réanimation jusqu'à obtenir la preuve qu'il faut arrêter, preuve qui ne peut être obtenue qu'à posteriori.

Par ailleurs, j'ai la  *crainte*  réelle de ne faire que prolonger son agonie : je veux lui épargner un préjudice moral et physique qui ne fait pas sens pour lui ; en cela, je suis sensible au principe de non-malfaisance. L'obstination déraisonnable est une violation du principe de non-malfaisance.

Cette réflexion après coup n'est pas dépourvue d'efficacité pratique. Si je comprends mieux ce qui s'est joué lors de la prise en charge de tel patient, alors je déciderai mieux lors des futures interventions pour le même motif. Chaque effort de réflexion post décisionnelle laisse une trace dans ma mémoire, que je réactiverai pour un prochain patient. Ainsi, la philosophie prolonge l'activité médicale en vue de consolider la composante éthique des décisions.

### ➤ Théories morales

On attend de la philosophie morale [33] qu'elle nous éclaire sur ce qu'il convient de faire, de nous aider sur les bonnes décisions à prendre, même dans l'urgence.

Essayons maintenant d'appliquer les grandes théories morales, à savoir déontologisme, conséquentialisme et éthique de la vertu, à ces cas de non-réanimation des ACR. Ne pas réanimer un patient est-il moral à la lumière des grands principes ?

Le déontologisme est une théorie éthique qui affirme que chaque action humaine doit être jugée selon sa conformité (ou sa non-conformité) à certains devoirs. Elle s'intéresse aux caractéristiques de l'acte. Certains peuvent la nommer éthique de la conviction. A l'origine de l'action du médecin se trouve le principe moral qui le guide, que Kant décrit dans les « Fondements de la métaphysique des mœurs » [35] : « Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen ». Ainsi, pour Emmanuel Kant, venir en aide à autrui représente l'obligation éthique par excellence. Ne pas tenter de réanimer un patient ne semble donc pas moral.

Cependant, le principe moral et juste qu'est le refus de l'obstination déraisonnable, qui place la dignité humaine au-dessus de toute autre valeur, s'oppose à cette idée. Quelle règle morale prévaut sur l'autre ?

Le conséquentialisme fait partie des démarche téléologiques. Il est en rapport avec l'*effet* de l'acte, axé sur la fin recherchée. Les effets correspondent-ils à ce qui était souhaité ? Ce sont les conséquences d'une action donnée qui doivent constituer la base de tout jugement morale de ladite action. Ainsi, du point de vue conséquentialiste (comme celui de J .Mill), une action moralement juste est une action dont les conséquences sont bonnes. Si je ne pas réanime pas ce patient, sa famille sera-t-elle apaisée car je l'aurais laissé partir en paix ? Ou au contraire sera-t-elle choquée car je n'aurais pas tout tenté pour le sauver ? Une même action peut ainsi avoir des conséquences bien différentes. De même, si je pense à la place de l'économiste de la santé, réanimer un patient et faire repartir son cœur pour quelques heures seulement aura des coûts non négligeables pour la société (équipe SMUR, drogues, ventilation artificielle...) et ne pas le réanimer d'emblée aurait été une meilleure action.

L'éthique de la vertu s'intéresse aux caractéristiques de la *personne* qui fait l'acte. Elle insiste sur les traits caractéristiques d'une personne et prête ainsi davantage attention à ce qu'on considère habituellement sous le nom de vertus. Des exemples de vertus sont : l'honnêteté, la sympathie, la prudence, la sagacité, la douceur, le courage... La vertu permet la réalisation de soi, autrement dit de mener une vie bonne. L'éthique de la vertu pose la question « quelle genre de personne dois-je être ? » Aristote défini l'homme sage et vertueux celui qui agit avec prudence (*phronésis*) au bon moment (*kairos*) [35]. L'homme prudent préserve le sens de son action malgré les contraintes. Il agit intentionnellement : ainsi, en choisissant l'acte de ne pas faire la réanimation, en faisant ce que je pense être le bien, j'agis de façon vertueuse.

Pour Aristote, la nature morale des actes réside dans le libre choix du bien : où est le bien dans la réanimation « systématique » ?

## **CONCLUSION**

*« Le premier devoir éthique de l'homme est de penser aussi juste que possible et de se donner les moyens intellectuels d'appréhender la réalité, aussi ambivalente et ambiguë soit-elle »*

Monique Canto-Sperber, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale

### **« A quel moment intervient la réflexion éthique dans la décision de ne pas réanimer les arrêts cardio-respiratoires extrahospitaliers ? »**

Avec les connaissances scientifiques actuelles sur la RCP médicalisée et les chances de survie, la vision moderne de la mort, l'évolution des mentalités concernant les LATA, l'expérience de terrain des médecins urgentistes, n'est-il pas temps de replacer la réflexion éthique au commencement de la chaîne de survie ? La visée bonne pourrait-elle ne pas être dans une autre façon de faire, à savoir ne pas réanimer ?

Certains, du côté des philosophes ou des médecins, [32,25] placent cette réflexion à posteriori : pour eux, le contexte de l'urgence vitale est celui de la non-décision, parce que la réelle délibération n'est pas possible. C'est bien cette réflexion à posteriori sur les situations rencontrées, vu aux travers des principes éthiques (autonomie, bienfaisance et non-malfaisance) ou des théories morales qui nous enrichiront et nous guideront pour les prochaines décisions à prendre.

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec cette vision des choses. En effet, chaque patient est unique et il est nécessaire, à chaque fois, de confronter les différentes possibilités (tenter de réanimer ou ne pas engager de manœuvres réanimatoires) à la lumière des principes éthiques. Une partie de la réflexion doit ainsi se passer dans ces quelques instants, secondes ou minutes, avant que le médecin du SMUR déclare « 1mg d'adrénaline en IV ! » ou « On arrête, c'est terminé ».

Si la médecine d'urgence peut se définir comme une discipline inscrite dans l'immédiateté, elle doit également être perçue comme celle de la réflexion. Décider en pareilles circonstances implique d'avoir anticipé les éléments indispensables à la décision dans le respect des valeurs intrinsèques du soin. Sans cette délibération, la décision ne saurait être adaptée et encore moins pertinente.

La pensée éthique se situe aussi bien en amont, grâce aux réflexions des équipes pré hospitalières sur le sujet, que sur l'instant, afin de décider pour le patient qui est sous ma responsabilité, qu'à posteriori, pour réaliser le « moment philosophique de la décision ».

Apprendre à décider doit être l'objet d'un apprentissage permanent. Cette capacité se rapproche assez de la Phronésis aristotélicienne, qui est à la fois prudence et sagacité, aptitude à anticiper et à faire preuve de prévoyance en étant capable d'adapter l'action à la singularité de la situation que l'on doit traiter.

Ces décisions de tenter de réanimer ou non les ACR extra-hospitaliers présupposent une réflexion préalable des urgentistes sur la mort, et plus globalement de la population médicale, voire de l'ensemble de nos concitoyens. De la qualité des réflexions et décisions de LATA dépend notre capacité à penser la mort autrement que comme un échec de la médecine.

La médecine anticipe encore trop mal les situations de mort ou a peur d'anticiper, ce qui peut aboutir à ce qu'au dernier moment, la mort soit confiée à l'urgence.

Il faut ouvrir le dialogue dans les familles sur la mort, ses conditions, la vieillesse, la dépendance, afin de pouvoir donner une certaine autonomie à la parole du patient si survient un ACR, et qu'il ne peut donc plus exprimer sa volonté.

On attend du médecin urgentiste qu'il s'obstine à traiter, mais pas qu'il s'obstine déraisonnablement. Si le patient en ACR n'a aucune chance de récupérer un état neurologique favorable, alors les gestes de la réanimation cardio-pulmonaire sont futiles. C'est de la dignité de la mort dont il est question ici, et l'absence de gestes inutiles peut être le signe d'un réel respect de l'individu. Le fait de ne pas réanimer dans ces cas montre avec force notre opposition à l'obstination déraisonnable, nous ne refusons pas de reconnaître qu'un homme est voué à la mort.

Cette position n'est pas la plus facile à adopter mais en sortant de la technique, en utilisant mon savoir-être plutôt que mon savoir-faire, l'individu sera respecté jusqu'au terme de sa vie. En cela nous sommes responsable [36], nous nous opposons à la prise de décision par facilité, par automatisme, par obéissance, par conformisme. L'éthique de la responsabilité est celle d'un sujet libre, autonome, prudent et courageux.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Haas L. Mourir aux urgences. In : Hirsch E, Traité de bioéthique. III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes, Toulouse, ERES « Poche - Espace éthique » ; 2010. p578-85
- [2] L'urgence et la mort. Actualités en réanimation préhospitalière. Journées scientifiques de SAMU de France 2005. SFEM éditions
- [3] Burnod A., Devalois, B. Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement (LAT). Conférence session SFMU/SRLF. Congrès Urgences 2011
- [4] Dolveck F. Questions éthiques liées à la pratique de la médecine d'urgence préhospitalière au SAMU. In : Puybasset L. Les enjeux éthiques en réanimation ;
- [5] Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med* (2006) 32: 1498-1505
- [6] Fatscher G. Les limitations et arrêt de thérapeutique(s) active(s) en médecine préhospitalière. Th D Méd, Nantes ; 2009.
- [7] Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-307 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie et présenté par M. Jean Leonetti, 28/11/2008, p.37
- [8] Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Journées Européennes d'urgences 2003.
- [9] Recommandations des experts de la Société de Réanimation en Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. *Réanimation* 2002;11:442-9. Actualisation 2009.
- [10] European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 : The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 81 (2010) 1445–1451.
- [11] Herlitz J. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest ? *Heart* 2004;90:1114-1118
- [12] Feder, S., Matheny, R. L., Loveless, R. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. *Annals of internal medicine* (2006), 144(9), 634-640.
- [13] Petrie DA, De Maio V, Stiell IG, Dreyer J, Martin M, O'brien JA. Factors affecting survival after prehospital asystolic cardiac arrest in a Basic Life Support-Defibrillation system. *CJEM*. 2001 Jul;3(3):186-92
- [14] Lapandry C. Décision de réanimation préhospitalière chez le sujet âgé. *Médecine d'urgence* 2003, p. 21-28
- [15] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>.

- [16] Garay A. L'urgence médicale : droit et éthique. La lettre de l'espace éthique n°15-16-17-18, 2002. P.95-6
- [17] CCNE, « Avis sur la fin de vie, l'arrêt de vie, l'euthanasie » n°63, 27 janvier 2000, Paris.
- [18] « Penser solidairement la fin de vie », Commission de réflexion sur la fin de vie en France, La Documentation française, décembre 2012.
- [19] Rapport n°281 (2004-2005) de M.Gérard Dériot, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 6 avril 2005
- [20] CCNE, « Avis sur fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » n°121, 1<sup>er</sup> juillet 2013, Paris.
- [21] Le Coz P. Le médecin et la mort : approches éthique et philosophique. Espace éthique, 2006.
- [22] GRUAT R. Réanimation, arrêt cardio-respiratoire et fin de vie : mieux comprendre de quoi nous parlons. In : Hirsch E, Traité de bioéthique. III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes, Toulouse, ERES « Poche - Espace éthique » ; 2010. p.538-50
- [23] Savary D, Télion C., Fuilla C. et al. Régulation : ACR ou mort avérée ?. In: L'urgence et la mort. Actualités en réanimation préhospitalière. Journées scientifiques de SAMU de France 2005. SFEM éditions 2006. p.17-35.
- [24] Junod A. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève ; Médecine et hygiène, 2003.
- [25] L'urgence vitale. Groupe Miramion. Espace éthique/AP-HP/IDF. Publié le : 14 Janvier 2014 <http://www.espace-ethique.org/ressources/revues-et-publications/lurgence-vitale>
- [26] Conflits de conscience. Groupe Miramion. Espace éthique/AP-HP/IDF. Publié le : 27 Janvier 1999 <http://www.espace-ethique.org/ressources/revues-et-publications/conflits-de-conscience>
- [27] Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale 1ère édition; Paris : Les belles lettres; 2008
- [28] Dolveck, F. Décision en médecine d'urgence. In : Hirsch Emmanuel, Traité de bioéthique. III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes, Toulouse, ERES « Poche - Espace éthique » ; 2010, 395-404.
- [29] Gomas JM. An ethical decision-making tool. Training for decision-making in crisis or end-of-life situation. Presse Med 2001;2;30(19):973-5
- [30] Valette P. D'un tri à l'autre, éthique et médecine d'urgence. Thèse de doctorat en philosophie pratique, Université de Paris Est, 2011
- [31] Reigner J. Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente ? 5<sup>ème</sup> congrès SFMU. Urgences 2011
- [32] Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : Un nouveau cheminement au Service des patients. Paris: Editions Du Seuil, 2007.
- [33] Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipse ; 1996

**[34]** Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs ; trad Delbos V. Paris : Le livre de poche ; 1993

**[35]** Aristote. Ethique à Nicomaque ; trad Boedus R. Paris : GF Flammarion ; 2004

**[36]** Durand G. Introduction générale à la bioéthique. Montréal : Fides ; 2005

**REFLEXION SUR LA DECISION DE LIMITATION ET ARRÊT DES THERAPEUTIQUES ACTIVES (LATA)  
DANS LE CADRE DE L'ACR EXTRAHOSPITALIER**

Résumé

La prise en charge des arrêts cardio-respiratoires est le quotidien des Services Mobiles d'Urgence Réanimation. Le pronostic de cette pathologie en extrahospitalier est effroyable : moins de 5% des patients victimes d'ACR et pris en charge par le SMUR sortiront de l'hôpital avec une issue neurologique favorable.

L'obstination déraisonnable est un phénomène courant dans ces situations : l'urgentiste réanime alors qu'il sait que les chances de survie de son patient sont nulles. Pourtant, l'obstination déraisonnable est condamnée par la loi. L'urgence du faire masque parfois la dimension éthique de la situation. A quel moment intervient la réflexion éthique dans la décision de ne pas réanimer les ACR extrahospitaliers ?

A partir de cas cliniques concrets, nous nous proposons de dégager les difficultés principales des médecins urgentistes pré hospitaliers dans cette décision de LATA.

L'essentiel du travail présenté porte sur l'analyse de ces difficultés : l'image de la mort aujourd'hui, la prise de décision médicale et de LATA, le temps limité. Nous proposerons des pistes, aux vues de la littérature, pour aider à la réflexion dans ces situations particulières.

La pensée éthique se situe aussi bien en amont, grâce aux réflexions des équipes pré hospitalières sur le sujet, que sur l'instant, afin de décider pour le patient qui est sous ma responsabilité, qu'à posteriori, pour réaliser le « moment philosophique de la décision ».

Mots Clés

Arrêt cardio-respiratoire, Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA), réanimation cardio-pulmonaire, SMUR, préhospitalier, urgence, mort, décision médicale, éthique.

Adresse de l'auteur

Sandrine GLATIGNY 119 rue Olivier Messiaen 38920 CROLLES

[sandrine.glatigny@free.fr](mailto:sandrine.glatigny@free.fr)