

Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ?

The Intensive Care Physician: an External Consultant to Help Patients and Next of Kin with Decision-Making?

J.-P. Rigaud · N. Meunier-Beillard · R. Aubry · M. Dion · F. Ecarnot · J.-P. Quenot

Reçu le 2 décembre 2015 ; accepté le 8 mars 2016
© SRLF et Lavoisier SAS 2016

Introduction

Dans notre système de soins, la réanimation occupe une place particulière en raison du profil des patients qui y sont admis et des importants moyens humains et techniques déployés autour d'une proportion restreinte de malades. La réanimation est également caractérisée par un taux de mortalité important qui peut atteindre 20 à 30 % au cours du séjour et qui continue

de croître de 10 à 15 % avant la sortie de l'hôpital [1]. Cette mortalité élevée est liée, à la fois, à la sévérité des affections qui sont prises en charge et à la fragilité des patients (défaillances multiviscérales, patients âgés, nombreuses comorbidités, etc.). Enfin, dans la très grande majorité des cas, les décès en réanimation surviennent après une discussion collégiale et argumentée de limiter ou d'arrêter un ou plusieurs traitements de suppléance, conformément à la loi du 22 avril 2005 [2]. Les médecins réanimateurs ont ainsi acquis au fil des années une expertise reconnue dans ce domaine [1].

Ce dernier point est d'autant plus remarquable que l'autonomie des patients a été renforcée par les lois successives relatives aux droits des patients (loi du 4 mars 2002, loi du 22 avril 2005 et loi Clayes-Leonetti) [2–4] et la reconnaissance du droit à accepter ou à refuser des traitements qu'ils jugeraient soit inadaptés, soit disproportionnés, voire inutiles. Pour que cette autonomie puisse s'exprimer, il est de l'obligation des médecins d'informer les patients de façon loyale, transparente et claire [3].

Il faut rappeler ici que l'admission des patients en réanimation se déroule habituellement dans un contexte d'urgence vitale. En raison de l'urgence elle-même, du caractère aigu et/ou sévère de la situation pathologique, de l'existence de troubles de la conscience, les médecins ne disposent que de peu d'informations quant à un éventuel projet de soins du patient, surtout si les proches sont absents. Comment être certain, dans ces conditions, de la pertinence d'engager des soins parfois très lourds, ou a contrario y renoncer, tout en respectant les souhaits d'un patient ?

J.-P. Rigaud

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Dieppe,
F-76200 Dieppe, France

N. Meunier-Beillard · M. Dion

Centre Georges-Chevrier, UMR 7366 CNRS,
UFR sciences humaines, département de sociologie,
université de Bourgogne-Franche-Comté, F-21078 Dijon, France

R. Aubry

Service de soins palliatifs, CHU de Besançon,
espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté,
comité consultatif national d'éthique,
observatoire de la fin de vie,
Faculté de médecine de Besançon,
F-25030 Besançon, France

F. Ecarnot

Service de cardiologie, CHU de Besançon,
unité de recherche EA3920,
université de Bourgogne-Franche-Comté,
Faculté de médecine de Besançon,
F-25030 Besançon, France

J.-P. Quenot (✉)

Service de réanimation médicale, CHU de Dijon,
F-21079 Dijon, France
e-mail : jean-pierre.quenot@chu-dijon.fr

Équipe Lipness UMR 866,

université de Bourgogne-Franche-Comté, France

Centre d'investigation clinique 1432,
Faculté de médecine de Dijon, France

Spécificité de la réanimation

Un profil particulier de patients

Outre les situations aiguës (intoxications, infections sévères, polytraumatismes, etc.), la majorité des prises en charge en

réanimation sont justifiées par des défaillances d'organes compliquant des pathologies chroniques. On peut évoquer les classiques insuffisances respiratoires, cardiaques ou rénales, mais aussi les néoplasies solides ou les hémopathies, en cours de traitement ou en rémission, les maladies neurologiques dégénératives, les traitements immunosuppresseurs, etc. [5,6].

Le risque de décompensation aiguë pouvant amener à une hospitalisation en réanimation est, dans l'immense majorité des cas, méconnu ou ignoré par le patient lui-même et ses proches. Habituellement, hormis le cadre de la prise en charge postopératoire, le patient ne reçoit qu'exceptionnellement une information sur une potentielle hospitalisation en réanimation susceptible de compliquer son parcours de soins. Il ne peut donc pas anticiper la mise en œuvre d'un traitement lourd qu'il pourrait peut-être juger disproportionné. Il n'est pas en état de satisfaire à l'une des dispositions de la loi du 4 mars 2002 concernant l'obligation « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne puisse être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » [3]. Il s'agit d'un paradoxe de la réanimation : le patient est, dans la plupart des situations, incapable d'exprimer des souhaits relatifs à son projet de soins, du fait des traitements sédatifs ou de la pathologie qui a conduit à son admission. Lorsqu'il est en état de le faire, il se trouve le plus souvent en phase de guérison avec un sevrage des traitements de suppléance, et les souhaits qu'il aurait pu émettre peuvent alors apparaître en décalage avec son évolution clinique. Les directives anticipées telles que proposées dans la loi du 22 avril 2005 pourraient aider les médecins à mieux anticiper la mise en route de traitements lourds, notamment en réanimation [2]. Malgré la loi, les directives anticipées restent pour le moment méconnues du public. Dans une enquête réalisée en 2012 par l'Institut national d'études démographiques (INDE) en France, seulement 2,5 % des personnes interrogées avaient écrit leurs directives anticipées [7]. Dans une étude concernant la limitation ou l'arrêt des traitements en réanimation, seulement 1,3 % des patients avaient écrit des directives anticipées [8].

La réanimation, source de vulnérabilité

Une admission en réanimation, avec l'incertitude d'un pronostic vital ou fonctionnel, génère des situations de stress et d'angoisse pour le patient et ses proches qui affrontent, pour diverses raisons, une situation de dépendance et de vulnérabilité [9]. Il est raisonnable de penser qu'une réflexion anticipée, relative à une admission en réanimation, pourrait atténuer cette vulnérabilité. Mais celle-ci ne se limite pas aux seuls patients et proches. En effet, l'admission en réanimation de patients qui ne souhaitaient pas « d'acharnement thérapeutique », mais dont les volontés n'ont pas été recherchées ou ne sont pas connues, est susceptible de mettre les

soignants en difficulté vis-à-vis du patient et de ses proches. Il en est de même, lorsqu'il est pris la décision de ne pas engager de soins de réanimation en méconnaissant les projets thérapeutiques et les aspirations du patient. Ces éléments suggèrent que l'anticipation et la connaissance des choix du patient sont au cœur du problème.

Le médecin réanimateur dans une impasse

Force est de constater que la place du médecin réanimateur est quasi inexistante en amont de la survenue des défaillances vitales. Très souvent, une situation aiguë, non envisagée, non anticipée et, de fait, non discutée est à l'origine du recours aux réanimateurs. Les médecins réanimateurs, souvent sollicités en contexte urgent, hors des heures de présence des équipes médicales habituelles et dont il est attendu, en un temps court, une décision lourde de conséquences, sont démunis face à ces patients et à leurs proches. Urgence des situations, détresse physique et/ou morale du patient et des proches, détresse des équipes soignantes, inadaptation du service d'hospitalisation, absence des interlocuteurs médicaux habituels, méconnaissance des parcours de soins et des dossiers, renseignements ténus des dossiers quant à la fin de vie, ignorance des choix des patients et des souhaits des proches, isolement des intervenants, impossibilité d'une procédure collégiale en contexte urgent représentent autant de difficultés auxquelles doivent faire face les médecins réanimateurs [10]. Ces difficultés se rapprochent de celles que vivent nos collègues urgentistes en préhospitalier ou aux urgences [11,12].

Les sentiments exprimés par ces médecins sont alors très souvent négatifs avec, à l'extrême, l'impression d'être « dans une impasse ». En effet, la crainte de générer une perte de chance pour le patient est équivalente à celle d'engager des soins disproportionnés. Aujourd'hui, il est difficile de devoir prendre des décisions essentielles, après l'initiation de la réanimation, dans le cadre de pathologies connues susceptibles de conduire à des défaillances vitales et pour lesquelles une décision aurait pu être prise en amont et hors du contexte de l'urgence. Dans certains cas, le changement brutal d'un projet thérapeutique est susceptible d'être mal perçu à la fois par le patient, ses proches et les soignants, et d'être source de sentiments d'abandon pour les uns et d'épuisement professionnel pour les autres. Dans d'autres situations, le fait d'admettre ces patients en réanimation pourrait être considéré comme une obstination déraisonnable. Ainsi, les situations pathologiques pour lesquelles il est établi qu'un traitement de suppléance, comme la ventilation mécanique, peut être considéré comme futile devraient faire l'objet d'une réflexion anticipée à laquelle pourraient participer les médecins réanimateurs afin d'évoquer l'attitude à adopter lors de la survenue d'un épisode intercurrent déstabilisant la pathologie chronique sous-jacente.

Réponses apportées par les médecins réanimateurs

Le réanimateur, un consultant extérieur à part entière

Pour nombre de médecins réanimateurs, il est dommage que la possibilité d’une admission en réanimation ne soit pas plus souvent évoquée avec le patient à l’heure où l’accent est mis sur la participation accrue du malade à son projet thérapeutique avec, notamment, le renforcement de l’incitation à la rédaction des directives anticipées [4]. L’établissement du projet thérapeutique est une véritable opportunité pour évoquer l’évolution potentielle de la maladie vers une situation d’incurabilité, la possibilité de traitements « palliatifs » ou de support. Mais il devrait aussi prendre en compte l’éventualité d’une défaillance aiguë d’organe pouvant conduire à une prise en charge en réanimation [13]. À cette occasion pourrait être abordée la question de la rédaction des directives anticipées (*advanced care planing*) qui représentent la traduction d’une véritable réflexion en amont, avant la situation aiguë, réflexion à laquelle pourraient être associés les proches et la personne de confiance. Tout cela nécessite une information complète portant sur les risques liés à la maladie, mais également sur les possibilités thérapeutiques [14].

Il pourrait être proposé, au-delà de la prise en charge de la pathologie en question, que soit réservé, au cours d’une réunion de concertation pluridisciplinaire (Fig. 1), un moment dédié à l’aspect « défaillance aiguë » de cette même pathologie. C’est lors de cette réunion, à laquelle le réanimateur serait convié, que pourraient être exposés tous les aspects, bénéfiques et contraintes, de la mise en place ou non d’une ou

de plusieurs suppléances d’organe. Le niveau de l’engagement thérapeutique, la pertinence des traitements de suppléance à des moments précis du parcours de soins, la légitimité à les répéter, etc. seraient alors définis [15]. Ces points s’enrichiraient, au fil du parcours du patient, de ses perceptions, de ses ressentis, de ses expériences, de ses souhaits. En effet, il est connu qu’une prise en charge adaptée en réanimation (décompensation de BPCO, insuffisance cardiaque, etc.) peut permettre au patient de retrouver un élan vital suffisant pour (re)parler de projet de soins, voire de projet de vie, en raison d’une amélioration de sa qualité de vie, physique et/ou psychique [16]. Bien souvent, ces patients entrent dans un cercle vicieux, avec parfois un refus de soins, tant cette situation de fragilité et de dégradation clinique empêche toute projection positive vers l’avenir. Le patient pourrait ainsi rédiger des directives anticipées qui auraient une valeur supérieure à celles rédigées sans l’éclairage spécifique que peut apporter le réanimateur.

Dans l’esprit du public, rédiger des directives anticipées, c’est souvent formuler un refus de l’acharnement thérapeutique... Mais ne peut-on pas envisager des directives anticipées rédigées avec l’idée d’un engagement thérapeutique, orienté vers la mise en place de suppléances, pour une survie que le patient jugerait acceptable ? Parce que l’appréciation du caractère précieux de sa propre vie n’appartient qu’au patient seul, les soignants doivent lui fournir tous les éléments lui permettant de prendre de telles décisions. Demander à ce que des défaillances d’organes soient prises en charge selon des modalités et des niveaux établis de façon partagée, cela peut être l’expression d’un consentement à des soins actifs et/ou de support et à un refus de l’obstination

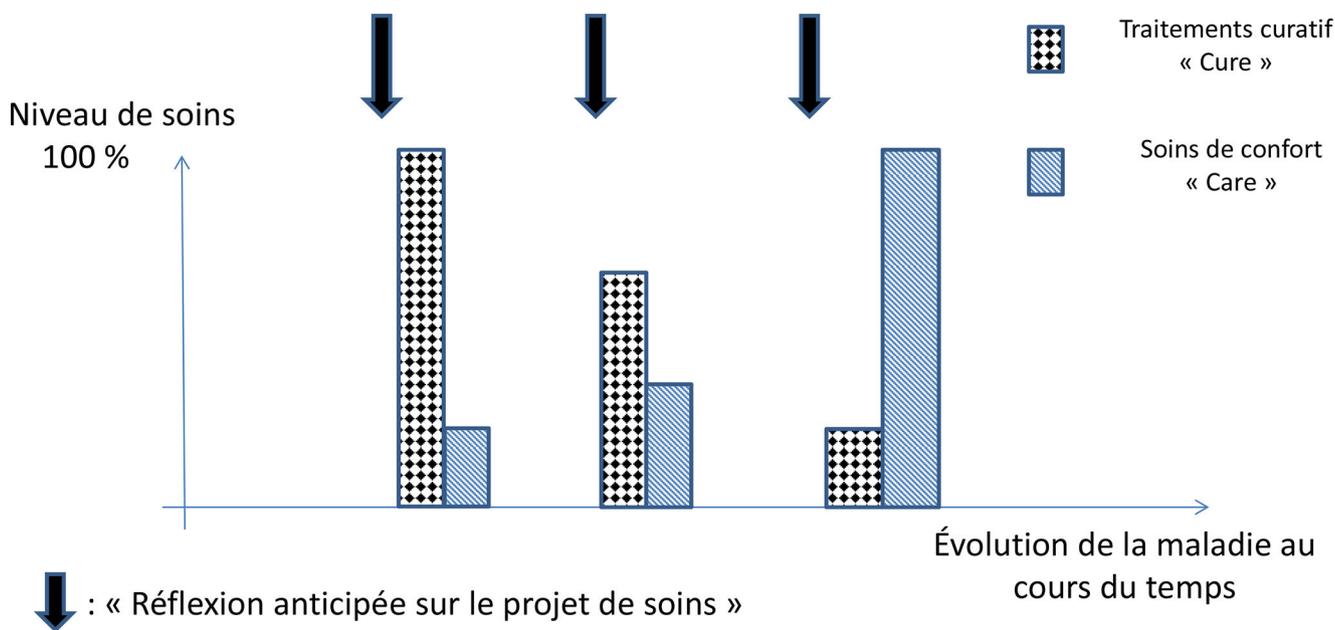


Fig. 1 Place des réflexions anticipées sur le niveau de soins selon l’évolution de la maladie

déraisonnable. Ce qui donne de la valeur à un consentement, c'est la qualité de l'information qui est donnée pour une décision que l'on peut alors qualifier « d'éclairée ». Il a été montré que lorsque la question des conditions de fin de la vie avait été abordée avec les patients, leurs souhaits avaient plus de chances d'être pris en considération et leurs familles manifestaient moins d'anxiété, de stress et de dépression [16].

Il est indispensable que le patient, sa personne de confiance et/ou ses proches le cas échéant puissent échanger, durant un moment « calme », dépassionné, hors de toute défaillance, avec le médecin réanimateur pour que celui-ci leur explique ce qui peut être proposé dans le cadre d'une potentielle défaillance vitale, mais aussi pour que leurs souhaits soient connus [15].

Expliquer ce que l'on peut faire, c'est aussi expliquer ce que l'on ne fera pas. Ce n'est pas la même approche, mais si la première apparaît plus « positive », la seconde ne saurait être passée sous silence. Expliquer ce que l'on ne fera pas, et pourquoi on ne le fera pas (pourquoi ce n'est pas raisonnable de le faire), permet de réorienter vers ce qu'on peut proposer et faire, le cas échéant. Il est primordial que ni le patient ni ses proches n'aient le moindre sentiment d'abandon de la part des soignants, quelle que soit l'évolution.

Ainsi, le projet thérapeutique doit clairement intégrer la question de l'admission en réanimation en permettant au patient de participer au choix de ce qui pourra lui être proposé. En effet, comment attendre des patients qu'ils se déterminent quant aux conditions de leur fin de vie alors même que les médecins n'ont pas défini le cadre de la prise en charge en cas de survenue de défaillances d'organes ? Ce qui signifie également qu'il ne faudra pas proposer aux patients des soins, y compris en réanimation, pouvant être jugés déraisonnables. Il faudra ainsi nécessairement aborder la dépendance potentielle à un traitement de suppléance. Seuls les médecins connaissant cette dimension sont aptes à communiquer sur ces aspects très spécifiques.

Projet de vie et fin de vie

Le moment de la survenue de la défaillance d'organe qui justifierait d'un traitement de suppléance est un point important mais qu'il est difficile de déterminer. La survenue d'une défaillance d'organe, dans le cadre d'une maladie chronique et/ou incurable, ne marque pas systématiquement la fin de vie. Comment apprécier cet aspect avec recul et souplesse, alors même que le patient est en situation de détresse ? La répétition d'épisodes d'œdème aigu du poumon, dans le cas d'une déchéance myocardique, est une situation qui peut conduire à une limitation ou à un arrêt de traitement (LAT), mais à quel moment celle-ci doit-elle se concrétiser ? À la n^{ième} (mais dans ce cas, laquelle ?) décompensation ? Ou à la suivante ?

Comment, dans cette situation, décider, sans que le patient, sa personne de confiance et/ou ses proches n'aient été associés, de la mise en place du projet thérapeutique ? Celui-ci intégrera nécessairement un accompagnement et des soins de confort et fera une place importante aux soins palliatifs. Il n'est pas possible de prendre des décisions de LAT sans que ne soient prises en compte qualité de vie et volonté de vivre du patient, ce que l'on pourrait appeler son projet de vie. Car, en définitive, l'appréciation de la qualité de sa vie n'appartient qu'au patient et à ses proches.

Consommation de ressources

Il peut apparaître paradoxal d'évoquer ce point, mais les réalités et contraintes économiques sont bien réelles. Ce constat peut cependant représenter une véritable opportunité pour mener une réflexion quant à une utilisation optimisée des ressources. Ces dernières diminuent alors même que le nombre de patients éligibles à la réanimation s'accroît. Anticiper les potentielles admissions en inscrivant la réanimation dans les projets de soins des patients et définir, le cas échéant, le niveau des suppléances pourraient contribuer à une gestion plus rationnelle de nos ressources. Il ne s'agit pas de chercher à réduire le nombre des admissions en réanimation, mais d'éviter un certain nombre d'admissions, souvent décidées dans l'urgence, parfois non souhaitées et jugées indues a posteriori, tout en élargissant le champ des indications à des patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge souhaitée et adaptée à leur situation [10,17,18].

Conclusion

L'éventualité d'une admission en réanimation, tout comme le refus d'admettre ou de réadmettre, devrait pouvoir être intégrée dans le projet de soins en concertation avec le patient, quel que soit le stade de l'affection dont il est atteint. Cette notification doit apparaître dans le dossier du patient en respectant le caractère évolutif de la maladie et de la réflexion nécessaire dans ces situations particulièrement complexes. Le médecin réanimateur pourrait intervenir en tant que médecin consultant du ou des médecin(s) référent(s), notamment pour éclairer les choix du patient lors de la formalisation ou de l'écriture de ses directives anticipées. Le moment « idéal » de ces réflexions devra nécessairement se faire en amont d'une situation aiguë avec le respect d'une information complète, claire et loyale.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, et al (2012) Impact of an intensive communication strategy on end-of-life practices in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 38:145–52
2. Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Journal officiel de la République française* du 23 avril 2005
3. Loi 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* du 5 mars 2002
4. Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. *Journal officiel de la République française* du 3 février 2016
5. Zuber B, Tran TC, Aegerter P, et al (2012) Impact of case volume on survival of septic shock in patients with malignancies. *Crit Care Med* 40:55–62
6. Das V, Boelle PY, Galbois A, et al (2010) Cirrhotic patients in the medical intensive care unit; early prognosis and long-term survival. *Crit Care Med* 38:2108–16
7. Penneç S, Monnier A, Pontone S, Aubry R (2012) Les décisions médicales en fin de vie en France. *Population & Sociétés*, Bulletin mensuel d'information de l'INED, n° 494
8. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, et al (2014) Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care* 5:15
9. Rigaud JP, Bruyère R, Quenot JP (2015) « Les enjeux cliniques en réanimation ». In: Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, et al (eds) *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. Dunod, Paris, pp 17–22
10. Hilton AK, Jones D, Bellomo R (2013) Clinical review: the role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care. *Critical Care* 17:224
11. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group (2006) Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med* 32:1498–505
12. Burnod A, Devallois B (2011) Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement (LAT). Conférences : session SFMU/SRLF, limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LAT). *Urgences* 2011:789–99
13. Rigaud JP, Quenot JP (2014) Approche palliative de l'insuffisance respiratoire aiguë. In: Beuret P (ed) *Prise en charge du patient en insuffisance respiratoire aiguë*. Arnette, Paris, pp 171–83
14. Gillick MR (2004) Advance care planning. *N Engl J Med* 350:7–8
15. You JJ, Fowler RA, Heyland DK (2014) Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ* 186:425–32
16. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al (2010) The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ* 340:c1345
17. Pronovost P, Angus DC (2001) Economics of end of life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 29:46–51
18. Capuzzo M, Rhodes A (2015) Should cost considerations be included in medical decisions? Not so sure... *Intensive Care Med* 41:1844–6