

Limitations et arrêt des thérapeutiques actives

Withholding and withdrawal of life support

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SPF001

Influence de l'âge sur les limitations et arrêts de traitements (LAT) en réanimation : résultats préliminaires

G. Ducos¹, O. Mathe¹, S. Silva¹, B. Riu¹, P. Sanchez¹, A. Mari², J. Ruiz¹, E. Brunel¹, S. Sourdet³, L. Balarly³, M. Genestal², O. Fourcade¹

¹Département anesthésie et réanimation, CHU de Toulouse, hôpital Purpan, Toulouse, France

²Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU de Toulouse, hôpital Purpan, Toulouse, France

³Service de médecine interne et de gérontologie clinique, Hôpitaux la Grave-Casselardit, Toulouse, France

Introduction : Le nombre de personnes âgées (> 65 ans pour l'OMS) et très âgées (> ou = 80 ans) est sans cesse croissant dans la population générale. Cette population a bénéficié ces dernières années d'une augmentation des admissions en réanimation ainsi que de l'intensité thérapeutique proposée [1]. Les limitations et arrêt des thérapeutiques sont fréquents dans ces services et concernent environ 10 % des patients et 50 % des décès [2]. L'objectif de cette étude est de déterminer l'influence de l'âge sur les limitations et les arrêts de traitement en réanimation (incidence, type, délai).

Patients et méthodes : Étude prospective monocentrique de cas-témoins dans une réanimation polyvalente de 16 lits. Inclusion de tous les patients à leur sortie de réanimation. Deux populations sont comparées, les patients âgés de moins de 80 ans (M80) et ceux de plus de 80 ans (P80). Analyse descriptive. Normalité vérifiée par test de Kolmogorof Smirnov, variables comparées à l'aide de tests de Student ou de Fisher exact. Seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats : Les populations sont comparables en termes de sexe (masculin 60 %), de gravité (IGS II ajusté, SOFA scores à j0 et j2) et de motif d'hospitalisation (médical 70 %, chirurgical 30 %). Les principaux résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1	Population totale (n = 101)	M80 (n = 91)	P80 (n = 10)	p
LAT en réa	23 (22,8 %)	17 (18,6 %)	6 (60 %)	< 0,05
Arrêt de traitement	12 (47,8 %)	10 (58,8 %)	2 (33,3 %)	NS
Délai moyen LAT	12,2 jours [1 ; 50]	14,1 jours [1 ; 50]	5,7 jours [1 ; 17]	0,12
Durée moyenne de séjour	11,6 jours [1 ; 59]	12,3 jours [1 ; 59]	5,9 jours [1 ; 17]	< 0,05
Mortalité en réa	23 (22,8 %)	17 (18,6 %)	6 (60 %)	< 0,05
Mortalité après LAT	19 (82,6 %)	15 (88,2 %)	4 (66,7 %)	NS

Discussion : Les LAT sont plus importantes dans le groupe P80 ce qui montre que l'âge a une influence sur les LAT en réanimation. Il n'existe

pas de différences dans le type de LAT en fonction de l'âge. Nos résultats sont en accord avec les données actuelles de la littérature en termes de mortalité plus importante et de durée moyenne d'hospitalisation plus faible du groupe P80 [1]. La différence dans le délai de mise en place des LAT n'est pas significative, ce qui peut être expliqué par le faible effectif du groupe P80 ainsi que par une dispersion des données importante. La mortalité globale de notre effectif (22,8 %) est légèrement en deça des données habituelles de la littérature. Enfin le taux de décès « imprévisibles », non précédés d'une décision de LAT, est faible (17,4 %) [2].

Conclusion : Ces résultats préliminaires semblent montrer une incidence plus importante des LAT chez les patients âgés de plus de 80 ans en réanimation. Ils seront complétés lors de l'analyse finale par la recherche de variations dans les modalités d'application des LAT chez les personnes âgées, notamment en terme de recours aux différentes suppléances vitales ainsi que par l'analyse des arguments décisionnels menant aux LAT en fonction de l'âge.

Références

1. Nguyen YL, Angus DC, Boumendil A, Guidet B (2011) The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care* 1:29
2. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, et al (2001) Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *French LATAREA Group. Lancet* 357:9–14

SPF002

Limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) en réanimation : poursuite d'une collaboration entre un service de réanimation et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

O. Guisset¹, B. Paternostre², F. Camou¹, E. Barbé¹, V. Stevens¹, S. Charrazac², M.-N. Gombert², C. Angelini², G. Mourissoux¹, B. Burucoa², C. Gabinski¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André, Bordeaux, France

²Soins palliatifs, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André, Bordeaux, France

Introduction : Plus de 50 % des décès en réanimation médicale sont liés à des LAT. Le service de réanimation s'intéresse depuis une dizaine d'années à cette question par le biais d'une réflexion pluriprofessionnelle et la mise en place d'une démarche décisionnelle en accord avec les recommandations de la SRLF [1] et de la loi Léonetti. L'EMSP est régulièrement appelée depuis 2005 pour certaines situations de LAT afin de collaborer avec l'équipe de réanimation. L'objectif de ce travail est de décrire et d'analyser les situations de collaboration sur 4 ans en étudiant les motifs des appels, la procédure de collaboration et leur évolution.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective portant sur 2 350 patients (850 patients annuels) admis dans

le service de réanimation médicale. (8 lits de réanimation + 6 lits de surveillance continue [SC]) de septembre 2008 à mai 2011 inclus avec une mortalité globale stable d'environ 15 %. Les dossiers de réanimation et de l'EMSP de ces patients ont été relus par un médecin et une infirmière de chaque service. Une étude comparative est réalisée avec les malades ayant bénéficié de LAT sans intervention de l'EMSP au cours de ces 4 dernières années.

Résultats : Durant la période étudiée, 20 % (460) des patients admis dans notre service ont fait l'objet d'une décision de LAT. La proportion des patients décédés en LAT par rapport à la totalité des décès observés dans le service est passée progressivement de 58,3 à 86 %. L'EMSP est appelée à intervenir dans la réflexion de LAT durant la période d'étude, invariablement de l'expérience acquise, pour 1–2 patients par mois, soit 42 patients (51 hospitalisations). Ces patients « EMSP » peuvent être répartis en deux groupes distincts selon qu'une décision de LAT (57 %) ou pas (43 %) soit prise au décours. Ils sont également compliqués et requièrent la même proportion de prise en charge palliative, spécifique et symptomatique. La mortalité des patients « EMSP » avec LAT sont proches de celle des patients mis en LAT dans le service « en interne » (mortalité dans le service : 50 %, à l'hôpital : 75 %, à 6 mois : 80 %) pour des gravités estimées par l'IGSII qui diffèrent (respectivement 46,9 versus 54,6). Les patients « EMSP » sans LAT par rapport aux « EMSP » avec LAT sont plus jeunes, plus graves (IGSII 53 %) avec une meilleure survie (mortalité dans le service : 11 %, à l'hôpital : 28 %, à 6 mois : 44,5 %). L'EMSP peut faire office de consultant extérieur « spécialisé » dans le cadre d'une réflexion de LAT. Mais plus fréquemment, elle joue un rôle d'accompagnement par rapport aux besoins — attentes des patients le plus souvent communicants et des familles. Les patients suivis par l'EMSP par rapport aux patients LAT « internes » relèvent majoritairement de situations complexes (appel à > j15, pathologies graves intriquées, patients conscients et communicants, soignants demandeurs d'aide).

Conclusion : Les situations de LAT sont fréquentes en réanimation du fait de la prise en charge de patients aux lourdes comorbidités et du questionnement éthique maintenant systématique des équipes. Cette étude décrit au fil des années un mode de collaboration entre un service de réanimation et une EMSP pour un nombre limité de patients particulièrement complexes et innovants, pour moitié seulement avec des décisions de LAT. Il sera nécessaire d'apprécier objectivement l'efficacité d'une telle intervention (auprès du patient, des proches, de l'équipe).

Bibliographie

1. Actualisation dans les LAT en réanimation adulte (2009). Recommandations de fin de vie en réanimation. Paris, Elsevier (SRLF)

SPF003

Limitations ou arrêts de traitements (LAT) en réanimation pédiatrique à l'épreuve de la loi Léonetti

L. de Saint Blanquat¹, C. Elie², R. Cremer³, M.-L. Viillard⁴, P. Hubert¹
¹Service de réanimation pédiatrique, CHU Necker–Enfants-malades, Paris, France

²Biostatistique et informatique médicale, CHU Necker–Enfants-malades, Paris, France

³Service de réanimation pédiatrique, CHRU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, Lille, France

⁴Équipe mobile soins palliatifs pédiatrique et adulte, CHU Necker–Enfants-malades, Paris, France

Introduction : Préciser cinq ans après la promulgation de la loi Léonetti : 1) la connaissance que les soignants (médecins et paramédicaux) ont de la loi ; 2) leur adhésion aux décisions de LAT et à leurs modalités de mise en œuvre.

Matériels et méthodes : Étude multicentrique nationale par questionnaire auto-rempli. Les 41 questions étaient fermées et la majorité des réponses était proposée selon une échelle de Likert en 4 ou 5 points. Les questionnaires pour les médecins et les paramédicaux étaient similaires. Durant le dernier trimestre 2010, 22 unités de réanimation pédiatrique du GFRUP ont participé à cette enquête. Ce travail exploite les neuf questions concernant la connaissance de la loi, l'adhésion et les modalités de mise en œuvre des décisions de LAT.

Résultats : Les réponses de 334 médecins et de 1 005 paramédicaux (taux de participation respectif : 87 et 64 %) ont été analysées. Cinquante sept pour cent des médecins et 73 % des paramédicaux avaient plus de 2 ans d'expérience en réanimation pédiatrique ; 2 médecins et 54 paramédicaux n'avaient pas été personnellement confrontés à une LAT. Plus de 97 % de l'ensemble des soignants affirmaient que les décisions de LAT devaient être prises lors d'une procédure collégiale et que les parents devaient en être informés. Leur avis devait être pris en compte pour 89 % des médecins et 82 % des paramédicaux. Les décisions de ne pas intuber ou d'extuber un malade, de limiter ou d'arrêter des catécholamines ou une épuration extrarénale pour ne pas prolonger inutilement l'agonie étaient jugées acceptables par 81 à 98 % des médecins et par 72 à 88 % des paramédicaux. En revanche, la décision d'arrêter la nutrition et l'hydratation n'était jugée acceptable que par 18 % des médecins et 15 % des paramédicaux, alors qu'ils étaient respectivement 51 et 41 % à la trouver « éthiquement choquante » et 31 et 44 % totalement inenvisageable. L'augmentation de la sédation analgésie chez un malade en ventilation spontanée et en soins palliatifs, même si celle-ci risquait d'entraîner une dépression respiratoire mortelle, était acceptée par 96 % des médecins et 83 % des paramédicaux. Quatre vingt dix huit pour cent et 88 % d'entre eux savaient que l'administration de médicaments avec intention de provoquer la mort était illégale. Pourtant, 40 et 64 % jugeaient cet acte acceptable si la décision était collégiale. L'administration de curare avant l'arrêt de la ventilation mécanique chez un malade correctement sédaté était acceptée par 10 % des médecins et 31 % des paramédicaux et respectivement 16 et 22 % ne savaient pas répondre.

Conclusion : 1) Cette étude, qui est la première réalisée en réanimation pédiatrique en France, suggère, contrairement aux affirmations habituelles, que le processus décisionnel de LAT défini par la loi Léonetti est assez bien connu des soignants. 2) Les décisions de LAT, lorsqu'elles concernent la suppléance de défaillance d'organe sont très largement acceptées par les médecins et un peu moins par les paramédicaux. Mais, lorsqu'elles portent sur la nutrition et l'hydratation, elles sont récusées par une forte majorité de soignants qui n'acceptent pas la position affirmée par de nombreux auteurs, selon laquelle ce sont des traitements qui peuvent être arrêtés comme les autres. 3) Le fait que de nombreux soignants admettent, sous certaines conditions, la possibilité de transgresser la loi invite à préciser avec les professionnels les concepts de soins palliatifs auxquels la loi fait appel, afin de les incorporer davantage dans la prise en charge des fins de vie en réanimation.

SPF004

Épidémiologie et évaluation des procédures de limitation et d'arrêt des traitements dans un service de réanimation pédiatrique

G. Jambon, F. Bordet, B. Massenavette, J. Godard, N. Richard, F. Valla, D. Stamm, R. Pouyau, S. Teysse, C. Didier, B. Vanel, E. Javouhey
 Service de réanimation pédiatrique, hôpital Femme–Mère–Enfant, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Objectif : Décrire l'épidémiologie des procédures de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) d'un service de réanimation pédiatrique

et évaluer nos pratiques professionnelles concernant la formalisation des décisions de LAT dans le dossier médical.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique dans un service de réanimation pédiatrique de 23 lits, incluant tous les enfants ayant fait l'objet d'un questionnement sur la poursuite des traitements de réanimation entre mars 2008 et août 2011. L'évaluation des pratiques a porté sur 40 dossiers. Nous avons réalisé une réunion d'information dans le service en janvier 2011 puis tiré au sort 20 dossiers antérieurs à la réunion qui ont été comparés aux 20 dossiers survenus consécutivement depuis la réunion. Les critères utilisés pour l'évaluation des pratiques étaient inspirés du document édité par la commission éthique de la SRLF, que nous avons modifié pour l'adapter à la pratique pédiatrique.

Résultats : Nous avons retrouvé 95 patients qui ont fait l'objet d'une procédure de LAT. Le pourcentage de questionnement était de 3 % dans notre population. Le taux de LAT parmi nos décès était de 33 %. Le pourcentage d'enfants qui survivaient après une procédure de LAT était de 32 %. L'étude des critères d'évaluation avant et après notre réunion d'information, n'a pas montré d'amélioration statistiquement significative dans le groupe après. Néanmoins l'étude des dossiers a permis d'objectiver les points défailants de nos pratiques. Ainsi, les procédures d'urgence sont les plus difficiles à bien réaliser méthodologiquement. L'argumentation des motifs de la décision doit être plus détaillée dans le compte rendu de la réunion. La transmission de nos décisions aux autres services n'est pas suffisante. La douleur, même si elle est plus traitée, reste encore sous évaluée (20 % des patients en 2011 vs 50 % avant). Les points bien réalisés sont la présence d'un consultant extérieur lors de 100 % de nos réunions et la rédaction d'un projet de soins plus détaillé sur les modalités de LAT dans les dossiers après information.

Discussion : Cette étude nous a permis de connaître l'épidémiologie des procédures de LAT dans notre service, celles-ci étant comparables aux données de la littérature. L'évaluation de nos pratiques avant/après une réunion d'information a servi à mettre en évidence les points bien effectués, selon les recommandations en vigueur et la loi, et ceux à améliorer.

Conclusion : L'évaluation des pratiques professionnelles est à encourager pour améliorer les procédures de limitation et d'arrêt des traitements, qui sont devenues un domaine d'expertise à part entière en réanimation.

Bibliographie

- Villers D, Renault A, Le Gall G, Boles JM (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation : comment évaluer et améliorer nos pratiques. *Réanimation* 19:706–17

SPF005

Limitations et arrêt des traitements (LAT) en réanimation pédiatrique : ressenti et satisfaction des soignants

L. de Saint Blanquat¹, R. Cremer², C. Elie³, M. Oualha¹, P. Hubert¹

¹Service de réanimation pédiatrique, CHU Necker-Enfants-malades, Paris, France

²Service de réanimation pédiatrique, CHRU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, Lille, France

³Biostatistique et informatique médicale, CHU Necker-Enfants-malades, Paris, France

Introduction : Connaître la perception des soignants (médecins et paramédicaux) de réanimation pédiatrique vis-à-vis des procédures décisionnelles de LAT et évaluer leur satisfaction.

Matériels et méthodes : Étude nationale multicentrique par questionnaire auto-rempli. Les 41 questions étaient fermées et la majorité des réponses était proposée selon une échelle de Likert en 4 ou 5 points. Les questionnaires pour les médecins et pour les paramédicaux étaient similaires. Durant le dernier trimestre 2010, 22 unités de réanimation pédiatrique du GFRUP ont participé à cette enquête. Ce travail exploite les huit questions concernant le ressenti et la satisfaction des soignants.

Résultats : Les réponses de 334 médecins et de 1 005 paramédicaux (taux de participation respectif : 87 et 64 %) ont été analysées. Cinquante sept pour cent des médecins et 73 % des paramédicaux avaient plus de 2 ans d'expérience en réanimation pédiatrique ; 2 médecins et 54 paramédicaux n'avaient pas été personnellement confrontés à une LAT. Quatre vingt douze pour cent des médecins répondaient que, dans leur pratique quotidienne, les décisions étaient prises après discussion collégiale avec l'équipe paramédicale ; 74 % des paramédicaux partageaient cet avis. Lors du processus décisionnel, le point de vue des paramédicaux était le plus souvent pris en compte selon 40 % d'entre eux et 81 % des médecins. Vingt pour cent des paramédicaux estimaient que leur avis n'était jamais pris en compte. Pour 92 % des médecins et 82 % des paramédicaux les parents étaient correctement informés ; 94 et 83 % jugeaient la qualité de communication avec eux satisfaisante ou très satisfaisante. L'analgésie et la sédation en fin de vie étaient adaptées pour 96 % des médecins et 85 % des paramédicaux. Lorsqu'un traitement vital était arrêté, un médecin était toujours ou souvent présent au chevet de l'enfant selon 94 % des médecins et 82 % des paramédicaux. Les procédures de LAT de leur service étaient jugées globalement satisfaisantes par 87 % des médecins et 74 % des paramédicaux. Les réponses des médecins et des paramédicaux à l'ensemble de ces questions étaient statistiquement différentes ($p < 0,001$). Vingt pour cent des médecins et 39 % des paramédicaux trouvaient que les malades dont ils s'occupaient étaient maintenus en vie trop longtemps. Ils étaient respectivement 3 et 7 % à juger que le projet curatif était trop rapidement abandonné.

Discussion : La participation des paramédicaux au processus décisionnel de LAT et la satisfaction globale vis-à-vis de ces procédures sont perçues différemment par les médecins et les paramédicaux. Ces divergences ont déjà été soulignées dans des études en réanimation d'adultes [1,2], mais elles semblent moins importantes dans cette étude réalisée 10 ans plus tard et cinq après la promulgation de la loi Léonetti.

Conclusion : Ces résultats sont encourageants, le degré de satisfaction des paramédicaux étant généralement considéré comme un indicateur pertinent de la qualité des soins. Il persiste une marge importante d'amélioration au niveau du caractère réellement collégial du processus décisionnel de LAT.

Références

- Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al (2003) Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 167:1310–5
- Keenan SP, Mawdsley C, Plotkin D, et al (2003) Interhospital variability in satisfaction with withdrawal of life support: room for improvement? *Crit Care Med* 31:626–31

SPF006

Intérêt de la base de données Cristal Action pour la réalisation d'une étude évaluant l'impact des limitations des thérapeutiques actives sur la durée de séjour des patients décédés en réanimation

G. Pradel¹, K. Pavaday², L. Delapierre¹, A.-L. Pradel-Thierry³, N. Poussard¹, P. Courant¹

¹Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de la Durance, Avignon, France

²Coordination des prélèvements d'organes, centre hospitalier de la Durance, Avignon, France

³Smur, bataillon de marins pompiers de Marseille, Marseille, France

Introduction : Cristal Action est une base de données multicentrique créée par l'Agence de biomédecine permettant de recenser les patients décédés en réanimation ou aux urgences. Elle est actuellement utilisée pour détecter les échecs au diagnostic de mort encéphalique dans le cadre des prélèvements d'organes. L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de cette base de données dans d'autres champs d'investigation. L'objectif secondaire de l'étude est d'évaluer l'impact des limitations des thérapeutiques actives sur la durée de séjour des patients décédés en réanimation, en tenant compte des facteurs pouvant influencer les décisions de limitation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique descriptive portant sur tous les patients décédés dans notre service de réanimation polyvalente pendant 18 mois, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 30 juin 2011. Il n'y a pas de critères d'exclusion. Les données administratives et médicales ont été extraites du logiciel Cristal Action et reportées sur un tableau Excel. Les tests statistiques utilisés sont des tests *t* de Student pour les comparaisons de moyennes et des tests de Pearson pour les corrélations linéaires.

Résultats : Deux cent cinquante-cinq patients ont été inclus. La liste des patients est exhaustive, comparée au registre des entrées et sorties tenu dans le service. Il n'y a aucune donnée manquante parmi les variables recueillies. L'âge moyen est de 66,3 ans (médiane = 70 ans). Le sex-ratio est de 1,41. Le score IGS2 moyen à l'admission est de 70,5 (médiane = 69). La durée moyenne de séjour est de 9,17 jours (médiane = 3 jours). Pour 111 des sujets (43,5 %), une limitation et/ou un arrêt des thérapeutiques actives avaient été décidés pendant le séjour en réanimation. Ces limitations thérapeutiques interviennent en moyenne après 8,5 jours de réanimation (médiane = 4 jours). La moyenne du délai entre limitation thérapeutique et décès est de 5,7 jours (médiane = 2 jours). Chez les patients décédés après une limitation thérapeutique, la durée moyenne de séjour en réanimation est significativement plus longue que chez les patients décédés sans limitation : 14,1 versus 5,1 jours (médiane = 7 jours versus 1 jour) ($p < 0,001$). On retrouve 2 facteurs d'influence sur les décisions de limitation thérapeutique : l'âge et le score IGS2. Dans le groupe « limitation », l'âge est plus élevé : 70,9 versus 62,7 ans pour le groupe « sans limitation » ($p < 0,001$) et les scores IGS2 à l'entrée en réanimation sont plus faibles : 65,4 versus 74,4 dans l'autre groupe ($p < 0,001$). Par contre, au sein du groupe « limitation », le délai d'instauration de cette limitation n'est fortement corrélé ni à l'âge (test de Pearson : $\rho = 0,24$; $p = 0,012$), ni à l'IGS2 (test de Pearson : $\rho = -0,21$; $p = 0,025$).

Discussion : Le logiciel Cristal Action a permis d'obtenir des données concernant tous les patients décédés dans le service au cours de l'étude. Elles sont facilement extraites du logiciel source vers un tableau Excel permettant leur exploitation directe. Il n'y a aucune donnée manquante parmi les variables étudiées. La faisabilité d'une étude épidémiologique utilisant cet outil hors du champ du dépistage des morts encéphaliques est donc établie. L'augmentation de la durée moyenne de séjour chez les patients faisant l'objet d'une limitation thérapeutique est

probablement due au fait que ces limitations interviennent en médiane après 4 jours, alors qu'il existe de nombreux décès précoces survenant avant concertation éthique et raccourcissant les délais dans l'autre groupe. Les limitations thérapeutiques sont associées à un âge plus élevé et à un score IGS2 plus faible, probablement du fait des scores très élevés chez les décès précoces avant limitation.

Conclusion : Cristal Action est une base de données exhaustive concernant les patients décédés en service de réanimation, permettant la réalisation d'études épidémiologiques. Quant aux limitations thérapeutiques dans notre service, on constate que celles-ci sont associées à des durées d'hospitalisation plus longues, vraisemblablement car les décès très précoces n'ont pas le temps de faire l'objet d'une discussion de limitation des soins.

SPF007

Limitation des soins en milieu de réanimation : sondage auprès de 100 médecins réanimateurs marocains

H. Ezzouine, B. Charra, A. Benslama, S. Motaouakkil
Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction : La limitation des soins en réanimation est un sujet de débat. Des particularités sociales, culturelles et religieuses sont impliquées dans cette décision médicale et familiale. Nous nous sommes proposé d'évaluer cette attitude et décision auprès de 100 médecins réanimateurs marocains.

Patients et méthodes : Notre travail est une enquête par sondage menée auprès d'un groupe composé de 100 médecins réanimateurs marocains et ce en remplissant un formulaire anonyme.

Résultats : Quatre-vingt-seize pour cent des médecins réanimateurs affirment l'inexistence d'une réflexion collégiale quant à la limitation et arrêt des soins en fin de vie dans les services de réanimation où ils exercent alors que 95 % des médecins interrogés affirment qu'ils ont été confrontés un jour face à cette situation dans leurs pratiques quotidiennes. En cas de décision d'arrêt des thérapeutiques actives, le fait de ne pas réaliser le massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardio-respiratoire (70 % des réponses) constitue les principaux traitements arrêtés. En cas de limitations des thérapeutiques actives, la limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FiO₂ (90 % des réponses) et la non introduction des vasopresseurs (86,6 % des réponses) viennent en premier lieu. Parmi les facteurs menant à la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation, les maladies néoplasiques en phase terminale (68 %), l'âge très avancé (66 %), les affections chroniques en phase terminale (62 %), l'inutilité ou futilité des thérapeutiques (54 %), alors que le coût des soins (42 %). Soixante-quatre pour cent des médecins interrogés pensent que la décision doit être prise par tout le staff médical de l'unité de réanimation, et 26 % pensent que la famille peut intervenir dans la décision et/ou ses modalités. Quatre-vingt-dix pour cent des médecins sont d'accord pour l'adoption d'une politique concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives en fin de vie en réanimation. 72,22 % pensent que l'ensemble des médecins (quelles que soient leurs spécialités) et du personnel paramédical de la réanimation doivent y participer.

Conclusion : En pratique quotidienne, le médecin réanimateur est perpétuellement confronté à des décisions de limitation ou pas de soins. L'absence d'une politique nationale ou départementale laisse cette décision vague et mal cernée par une législation. D'où un besoin clairement formulé par ces réanimateurs marocains d'impliquer d'autres spécialités, le personnel paramédical et les familles.