

La réanimation est-elle le meilleur endroit pour mourir ?

Maurice Rapin
INSTITUT MAURICE RAPIN



Dr Jean-Pierre Quenot
Service de Réanimation Médicale
CHU Dijon
Le 18 novembre 2011

PLAN

Histoire de la réanimation = Quelle évolution en un demi siècle ?

Mortalité en réanimation = facteurs pronostics

Critères d'admission en réanimation

Conséquences d'une hospitalisation en réanimation
(syndrome dépressifs, états de stress post traumatique, qualité de vie...)

Amélioration de la prise en charge de la fin de vie

La réanimation est certainement le meilleur endroit pour mourir !!!

Ouvrages

- **Problèmes éthiques en réanimation** (Azoulay E, Dreyfus D, Ferrand E, Langlois A, Melot C, Moreau D, Pochard F, Quinio Ph, *collection MASSON 2003*)
- **La réanimation: naissance et développement d'un concept** (Maurice Goulon, édition Maloine 2004)
- **Fin de vie en réanimation** (JM Boles, F. Lemaire, *collection Elsevier 2004*)
- **End of life care in the ICU** from advanced disease to bereavement (Rocker G, Puntillo KA, Azoulay E, Nelson JE, *Oxford University Press 2010*)
- **Enjeux éthiques en réanimation** (sous la direction de Louis Puybasset, *édition Springer 2010*)
- **Médecin à l'hôpital Claude Bernard** (François Vachon, éditions Glyphe 2010)

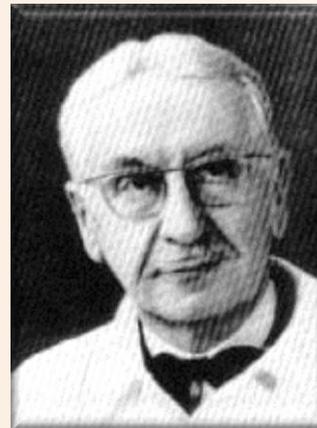


La RÉANIMATION

Naissance et développement d'un concept

« Spécialité qui prend en charge les malades dont l'affection responsable de leur état, quelle qu'en soit l'étiologie, met en jeu le **pronostic vital** »

- 1^{er} Septembre 1954 , Pr P. Mollaret (Hôpital Claude Bernard)



Réanimation ou Ranimation ?

Déclaration de Jean Hamburger

«Je plaide coupable d' avoir proposé le terme de réanimation dans les années 50 sans me rendre compte qu' il risquait de créer une confusion avec les méthodes de ressuscitation d' un homme en état de mort apparente. La réanimation médicale n' est nullement l' art de faire revenir à lui un malade évanoui. Elle consiste pendant toute la période critique d' une maladie aiguë à prendre le contrôle du milieu intérieur que l' organisme malade ne contrôle plus.»



La mortalité en réanimation

La mortalité en réanimation est d'environ 20% et continue de progresser à la sortie de 13 à 20% respectivement à 6 mois et 1 an. *Bickenbach J, et al. Minerva Anesthesiol 2011;77:427-38*

La mortalité en réanimation dépend de nombreux facteurs

- **Age des patients** (*Roch A, et al. Crit Care 2011;15:R36*)
- **Comorbidités associées** (*Soares M, et al. Chest 2011;134:520-26*)
- **Etat de santé antérieur** (*Somme D, et al. Intensive Care Med 2003;29:2137-43*)
- **Diagnostic à l'admission** (*Winters BD, et al. Crit Care Med 2010;38:000-000*)
- **Gravité à l'admission** (*Le Gall JR, JAMA 1993;270:2957-63, Vincent LJ, et al. Crit Care Med 2006;34:344-53*)
- **Réadmission en réanimation** (*Fernandez R, et al. Intensive Care Med 2010;36:1196-201*)
- **Nombre et de la durée des défaillances d'organes** (*Bickenbach J, et al. Minerva Anesthesiol 2011;77:427-38*)
- **Durée d'hospitalisation en réanimation** (*Friedrich JO, et al. Critical Care 2006;10:R59*)

Le refus d' admission en réanimation

L' objectif premier de la réanimation est de « prévenir une souffrance inutile ainsi qu' une mort prématurée, par la prise en charge des pathologies réversibles présentes, pendant une durée appropriée » *F. Philippart, M. Garrouste-Orgeas*

- **Evaluation du bénéfice attendue**

- **Les ressources en soins intensifs sont rares**

Incertitude concernant l' absence de bénéfice

Le refus d' admission en réanimation

- Sévérité de la pathologie
- Co-morbidités
- Qualité de vie antérieure

Consensus statment on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA 1994;271:1200-3

Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical care Medicine. Crit Care Med 1999;27:633-8

3 facteurs peuvent être associés à un refus (7,3% à 63,1% des patients)

- Pas assez grave (refus dans 21 à 63% des cas)
- Trop grave (refus dans 8 à 36% des cas)
- Bonne indication mais pas de lits

Garouste-Orgeas M, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. Crit Care Med 2005;33:750-5

Sprung CL, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. Crit Care Med 1999;27:1073-9

Le refus d' admission en réanimation

Refus liée au patient

- **Admission médicale** (Azoulay E, et al. Crit Care Med 2001;29:2132-6)
- **Un état de santé altéré** (Thiery G. J Clin Oncol 2005;23:4406-13)
- **Une néoplasie sous jacente** (Garrouste-Orgeas M, et al. Intensive Care Med 2003;29:774-81)
- **Des comorbidités** (Levin, et al. Intensive Care Med 2001;27:1441-5)
- **La sévérité de la pathologie aigue** (Garrouste-Orgeas M, et al. Intensive Care Med 2003;29:774-81)
- **L' âge** (Garrouste-Orgeas M, et al. Intensive Care Med 2006;32:1045-51)

Facteurs logistiques associés au refus

- **Surcharge en soins** (Garouste-Orgeas M, et al. Crit Care Med 2005;33:750-5)
- **Absence de disponibilité de lits** (environ 50% des refus)

Notion de « futilité »

- **Médiocrité de la qualité de vie**
- **Faible probabilité de survie**
- **Disproportion entre les souffrances et le bénéfice potentiel**

Le refus d'admission en réanimation

Comment définir le bénéfice clinique ?

Une chance de survie >5% semble nécessaires pour une intervention thérapeutiques selon le praticien (0 à 60%) (Vanhecke TE, et al. Crit Care Med 2008;36:812-7)

Décision de LAT en dehors du service de réanimation

-Refus d'admission par téléphone (58,8% des patients) (Reignier J, et al. Crit Care Med 2008;36:2076-83)

- Faible participation de l' IDE et des proches/réanimation (Ferrand E, et al. Intensive Care Med 2006;32:1498-1505)

Mortalité des patients refusés

. **Le refus d'admission est associé à une surmortalité** (score APACHE II dans le tertile moyen (Metcafe MA, et al. Lancet 1997;350:7-11).

Peut-on prédire la mortalité ?

- **L'évaluation reste extrêmement difficile** (Garrouste-Orgeas M, et al. Intensive Care Med 2003;29:774-81)
- **Persistance d'un doute clinique (33%)**
- **Délai insuffisant pour prendre une décision de limitation (32%)**
(Giannini A, et al. Br J Anaesth 2006;96:57-62)

Comment améliorer la sélection des patients ?

Divergence entre l'avis du praticien et celui du patient

L'information concernant les préférences du patient pourrait se faire à distance d'un épisode aigu et en présence des proches (patient porteur d'une pathologie chronique).

- . Permet de s'amender de l'anxiété de la situation urgente
- . Fournir des informations claires, honnêtes, compréhensibles, adaptées à la pathologie, à la survie attendue et prendre en compte les paramètres permettant d'évaluer sa qualité de vie potentielle.

Les préférences du patient ne sont connus que dans un tiers des

cas. Sprung CI, et al. *Intensive Care Med* 2007;33:104-10

Qu'est ce qu'une survie significative ? Danis M, et al. *JAMA* 1988;260:797-802

Il manque l'information essentielle pour prendre une décision. Quel est le risque de mortalité associé aux différents traitements ?

Conséquences de la réanimation

Patient

- **Syndrome dépressif**
- **Troubles anxieux**
- **Qualité de vie** (*Oeyen SG, et al. CCM 2010*)
- **Etat de stress post-traumatique (ESPT)** (DSM IV en 1980)
 - . Exposition à un évènement traumatisant
 - . Reviviscence
 - . Evitement
 - . Hyperactivité neurovégétative
 - . Durée de plus d'un mois
 - . Retentissement

Prévalence ESPT de 14 à 41% dans les 3 mois après la sortie de réanimation

Facteurs de risque = le sexe féminin, un niveau socio-économique faible, des antécédents psychiatrique, un trouble de la personnalité, l'isolement social, les caractéristiques de l'évènement traumatisant...l'alcoololo dépendance.

Conséquences de la réanimation

Famille

- Syndrome dépressif (16%)
- Troubles anxieux (42%)
- Etat de stress post-traumatique (ESPT DSM IV en 1980)

Prévalence ESPT d'environ 30% 3 mois après la sortie de réanimation

Explications = choc de l'hospitalisation en réanimation, rôle décisionnel auprès des médecins,

Conséquences de la réanimation

Soignants

- **Etat de stress post traumatique**
- **Burn out syndrome (BOS)** Herbert Freudenberger/Christina Maslach
 - . Epuisement émotionnel (mais également physique)
 - . Déshumanisation de la relation à l'autre (plus spécifique)
 - . Perte du sentiment d'accomplissement personnel
- . **Epuisement et déshumanisation** en rapport avec la charge de travail et les tensions interpersonnelles
- . **Perte du sentiment d'accomplissement** en rapport avec le manque de soutien et de ressources.

Prévalence de 46% chez les médecins et de 33% chez les infirmières

Facteurs de risques = facteurs organisationnels, problèmes de communication et les conflits, la fin de vie...

**La réanimation est-elle le meilleur endroit
pour mourir ?**

Oui

SOUS RESERVE

Connaissance et appropriation

Loi du 04.03.2002 relative au droits des malades et à la qualité du système de santé

Respect de l'autonomie du patient (consentement)

Personne de confiance (levée du secret médical)

Loi du 22.04.2005 relative au droits des malades et à la fin de vie

Refus de l'obstination déraisonnable

Procédure collégiale en cas d'inaptitude du patient à consentir (environ 90% des cas)

Directives anticipées (diffusion auprès des patients porteurs de pathologie chronique)

Connaissance et appropriation

Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte, actualisation des recommandations de la Société de réanimation de Langue Française (SRLF), 2009

Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique (d'après le guide LATAREA)

Fiche de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (d'après le guide LATAREA)

Connaissance et appropriation

6ème Conférence de consensus SRLF-SFAR 2009

« Mieux vivre la Réanimation »

1. **Quelles sont les barrières au « mieux vivre en réanimation ?**

Préserver la qualité de vie, diminuer les sources d'inconfort et de stress et favoriser la reconnaissance du patient en tant que personne

2. **Comment améliorer l'environnement en réanimation ?**

Bruit (moins de 10% des alarmes induisent une intervention)

Lumière: favoriser l'alternance jour/nuit, bénéficier de la lumière naturelle)

Personnaliser la chambre

3. **Quels sont les soins qui permettent de « mieux vivre en réanimation » ?**

Intimité, kinésithérapie et réhabilitation précoce, massages, musique, hydratation, traitement de l'anxiété et de la dépression, prévention de la douleur...soins centrés sur la famille.

4. **Quelles stratégies de communication en réanimation ?**

Outils de communication adaptés, journal de bord, entretiens structurés...livret d'accueil, transmissions

5. **Comment personnaliser un processus décisionnel ?**

6ème Conférence de consensus SRLF-SFAR 2009

« Mieux vivre la Réanimation »

5. Comment personnaliser un processus décisionnel ?

Procédures diagnostiques, les traitements, la recherche clinique, les limitations thérapeutiques, la fin de vie et le don d'organes

4.1. En l'absence de directives anticipées et d'information, l'organisation du processus décisionnel ne doit pas retarder la mise en route d'une suppléance de fonction vitale.

4.2. La compétence du patient doit être appréciée. Les préférences du patient pour les traitements et les soins doivent être recherchées (loi, RC). Le contexte socio culturel du patient doit être recherché.

4.3. Le patient compétent est informé des traitements et soins possibles. Sa décision libre volontaire et éclairée doit être respectée. Il doit être averti des modalités évolutives prévisibles pour qu'il puisse anticiper et formuler ses préférences.

4.4. Si le patient est incompétent, une procédure de concertation doit être engagée entre l'équipe multiprofessionnelle et la personne de confiance, l'autorité parentale, la personne référente ou les proches, en tenant compte des éventuelles directives anticipées. Leur avis n'a alors qu'une valeur consultative. La personne de confiance ou en son absence la personne référente doit être informée des modalités évolutives prévisibles.

6ème Conférence de consensus SRLF-SFAR 2009

« Mieux vivre la Réanimation »

5. Comment personnaliser un processus décisionnel ?

Procédures diagnostiques, les traitements, la recherche clinique, les limitations thérapeutiques, la fin de vie et le don d'organes

4.5. Si le patient est mineur, la procédure de concertation doit être engagée avec l'autorité parentale. Dès lors que le mineur est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement (charte du patient hospitalisé).

4.6. La participation d'un proche à un processus décisionnel augmente le risque de stress post traumatique (Siegel 2008, Garrouste 2008). Les facteurs prédictifs de stress post traumatique chez les patients ou les proches doivent être recherchés et leur prise en charge favorisée au décours du séjour. Une stratégie ciblée proactive limite l'ESPT (Lautrette 2001)

4.7. L'incompétence du patient peut être partielle et son aptitude à parvenir à une décision partagée peut être conservée pour certains domaines. Il est souhaitable de développer et de maintenir un « espace d'autonomie » pour des traitements et explorations non ou peu invasifs, des soins de confort ou des soins courants (Johnson 2004, Wahlin 2006), par exemple : choix du moment d'un soin, préférences dans l'installation, en pédiatrie attente des parents pour la réalisation d'une toilette.

Réanimation d'attente

. **Politique d'admission large** associée à une réévaluation précoce, après quelques jours de réanimation sans limitation.

- . **Limite le nombre de patients refusés à tort**
- . **Evite une souffrance inutile et prolongée**
- . **Diminue la durée de séjour des patients n'ayant aucun bénéfice**
- . **Augmente l'accessibilité aux lits de réanimation** (sans augmentation de leur nombre)
- . « **Bénéfice** » pour l'entourage du patient (participation au projet de soins...)

Réanimation d'attente

Article JPQ

**NANCY
KENTISH-BARNES**

Mourir à l'hôpital

SEUIL

Culture de service

Kentish-Barnes N 2008 Mourir à l' hôpital. Le seuil, Paris

La culture de service est « un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d' agir plus ou moins formalisées qui , étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d' une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte », *selon Guy Rocher*

Etude du cheminement d' une décision, la coopération entre les acteurs professionnels et profanes, observations des réactions physiques, les conduites face à l' incertitude...

Impact de la culture de service sur l' organisation du processus décisionnel et la mort elle-même.

Entretiens auprès de 138 soignants (enregistrement et retranscription)

Culture de service

Kentish-Barnes N 2008 Mourir à l' hôpital. Le seuil, Paris

Service n° 1 = Contexte relationnel et professionnel tendu = autorégulation des médecins, manque de sens dans les décisions de fin de vie, mise à l' écart des soignants et des proches, processus décisionnel rapide....

Service n° 2 = Collégialité au cœur du processus décisionnel, prolongation du processus...

Service n° 3 = Hiérarchie forte, collégialité prend en compte le coût d' une hospitalisation et volonté forte de faire tourner les lits, beaucoup plus interventionnel en fin de vie (injection de fortes doses de sédatifs avant extubation...)

Service n° 4 = Processus décisionnel très long en raison notamment du changement fréquent de médecin en charge du patient et la peur du problème médico-légal.

Culture de service

Kentish-Barnes N 2008 Mourir à l' hôpital. Le seuil, Paris

Distinction entre

-Qualité de la prise en charge médicale en fin de vie se focalise sur les soins et la satisfaction vis-à-vis des soins.

- Qualité de l'expérience du mourir du point de vue des proche du défunts et de ses soignants (23 questions et 6 domaines conceptuels : symptômes et soins personnels, préparation au décès, préoccupations des familles, souhaits en terme de traitements, prise en charge de la personne dans son intégralité, moment du décès) *Mularski RA, et al. Chest 2005;128:280-7*

Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses' Perceptions

French Multicenter Mort-a-l'Hôpital Survey

Edouard Ferrand, PhD; Patricia Jabre, MD; Claire Vincent-Genod, MA; Régis Aubry, MD; Michel Badet, MD; Philippe Badia, MD; Alain Cariou, MD; Françoise Ellien, MA; Valérie Gounant, MD; Roger Gil, PhD; Samir Jaber, PhD; Sylvie Jay, MD; Elena Paillaud, MD; Philippe Poulain, MD; Bernard Regnier, PhD; Jean Reignier, MD; Gérard Socie, PhD; Bernard Tardy, MD; François Lemaire, PhD; Christian Brun-Buisson, PhD; Jean Marty, PhD; for the French Mort-a-l'Hôpital Group

Plusieurs constats

- **Ignorance des textes de lois et des recommandations**
- **Absence de formation concernant la fin de vie**
- **Absence d'évaluation de la « qualité » de la fin de vie.**

Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses' Perceptions

French Multicenter Mort-a-l'Hôpital Survey

Edouard Ferrand, PhD; Patricia Jabre, MD; Claire Vincent-Genod, MA; Régis Aubry, MD; Michel Badet, MD; Philippe Badia, MD; Alain Cariou, MD; Françoise Ellien, MA; Valérie Gounant, MD; Roger Gil, PhD; Samir Jaber, PhD; Sylvie Jay, MD; Elena Paillaud, MD; Philippe Poulain, MD; Bernard Regnier, PhD; Jean Reignier, MD; Gérard Socie, PhD; Bernard Tardy, MD; François Lemaire, PhD; Christian Brun-Buisson, PhD; Jean Marty, PhD; for the French Mort-a-l'Hôpital Group

Développement d'un questionnaire

- **Communication**
- **Qualité de la fin de vie**
- **Traçabilité**
- **Degré de satisfaction des médecins et des IDE en rapport avec la qualité du décès**

Table 1. Main Reasons for Admission and Main Underlying Chronic Diseases for the 3793 In-Hospital Deaths

Patient Factors	Total, No. (%) (n=3793)
Main reason for admission	
Cardiovascular	574 (15.1)
Respiratory	505 (13.3)
Neurological	505 (13.3)
Infection	145 (3.8)
Hepatic	159 (4.2)
Hematological	147 (3.9)
End of life	882 (23.3)
Postoperative	223 (5.9)
Multiple injuries	120 (3.2)
Other	533 (14.1)
Underlying chronic disease ^a	
Malignant neoplasm	1092 (28.8)
Chronic respiratory failure	621 (16.4)
Chronic infectious disease	467 (12.3)
Congestive heart failure, NYHA class IV	428 (11.3)
Chronic renal failure	305 (8.0)
Chronic neurological disease	294 (7.8)
Cirrhosis	225 (5.9)
Hematological disorders	220 (5.8)
Severe psychiatric disease	102 (2.7)
Other	500 (13.2)

Au total 3793 décès ont été analysés

- **Salle 66,3%** (44,7% en service de médecine, 10,7% en service de chirurgie, 9,9% en service de gériatrie, et 0,9% en service de soins palliatifs)
- **Urgences 6%**
- **Réanimation 27,7%**

Table 2. Principal Circumstances of Death According to Its Anticipation^a

Variable	Death Expected (n=1881)	Death Not Expected (n=1912)	P Value ^b
Admission to the ICU ^c	336/1846 (18.2)	771/1827 (42.2)	<.001
No. of patients per nurse, median (25th-75th percentiles)	7 (3-10)	10 (6-10)	<.001
Designation by the patient of a surrogate decision maker	351 (18.7)	193 (10.1)	<.001
Patient's wishes about further treatment documented	392 (20.8)	155 (8.1)	<.001
Written protocol for end-of-life decision making	557 (29.6)	434 (22.7)	<.001
Treatment limitation decision	1123 (59.7)	599 (31.3)	<.001
NTBR order	1179 (62.7)	643 (33.6)	<.001
No exacerbation of pain before death	266 (14.1)	206 (10.8)	.002
Analgesics used before death	1092 (58.1)	584 (30.5)	<.001
Family informed that death was imminent	1639 (87.1)	1339 (70.0)	<.001
Presence of family or friends at the time of death	567 (30.1)	358 (18.7)	<.001
Palliative care considered by mobile unit	530 (28.2)	108 (5.7)	<.001
Palliative care provided by mobile unit	381 (20.3)	79 (4.1)	<.001
Staff meeting with the family after the death	1448 (77.0)	1350 (70.6)	<.001
Death judged acceptable by nurses	878 (46.7)	717 (37.5)	<.001

Au total 3793 décès ont été analysés

- **Salle 66,3%** (44,7% en service de médecine, 10,7% en service de chirurgie, 9,9% en service de gériatrie, et 0,9% en service de soins palliatifs)
- **Urgences 6%**
- **Réanimation 27,7%**

Table 3. Presence at the Bedside at the Time of Death

Person Present	No. (%) of Patients						
	Total (n=3793) ^a	Medical Wards (n=1694)	Surgical Wards (n=407)	Geriatric Wards (n=375)	Palliative Care Unit (n=35)	ICU (n=1052)	Emergency Department (n=228)
Family member or friend	925 (24.4)	507 (29.9)	91 (22.4)	72 (19.2)	17 (48.6)	185 (17.6)	52 (22.8)
Nurse	1678 (44.2)	586 (34.6)	154 (37.8)	90 (24.0)	11 (31.4)	715 (68.0)	121 (53.1)
Physician	770 (20.3)	211 (12.5)	59 (14.5)	27 (7.2)	3 (8.6)	387 (36.8)	83 (36.4)
Nursing assistant	1299 (34.2)	500 (29.5)	158 (38.8)	122 (32.5)	10 (28.6)	448 (42.6)	60 (26.3)
Head nurse	115 (3.0)	43 (2.5)	19 (4.7)	15 (4.0)	0	36 (3.4)	2 (0.9)
Member of clergy	16 (0.4)	9 (0.5)	1 (0.2)	0	0	4 (0.4)	2 (0.9)
No one	612 (16.1)	347 (20.5)	76 (18.7)	103 (27.5)	7 (20.0)	54 (5.1)	25 (11.1)

Table 5. Factors Associated by Multivariate Analysis With the Dying Process Being Perceived as Acceptable to the Nurses^a

Variable	OR (95% CI)	P Value
Written protocol for end-of-life decision-making	1.5 (1.3-1.8)	<.001
No. of patients per nurse (for each 1-patient increment)	1.0 (0.9-1.0)	<.001
Death anticipated by the nurse	1.2 (1.1-1.4)	.005
Designation by the patient of a surrogate decision maker	1.3 (1.1-1.6)	.005
NTBR order or treatment limitation decision recorded in the patient's medical record	1.4 (1.1-1.6)	<.001
No exacerbation of pain before death	2.0 (1.6-2.5)	.001
Family informed that death was imminent	1.5 (1.2-1.8)	<.001
Presence of family or friends at the time of death	2.1 (1.8-2.5)	<.001
Staff meeting with the family after the death	1.6 (1.3-1.9)	<.001

Texte de loi et recommandations

LOIS

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie (1)

NOR : SANX0407R15I



Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte

Actualisation des Recommandations
de la Société de Réanimation de Langue Française

Référentiel de compétences et d'aptitudes du médecin réanimateur

Guide to abilities and skills required for the intensivists

D. La dimension éthique du métier de réanimateur est d'importance majeure

1. Le métier de réanimateur doit être exercé avec rigueur, humanisme, compassion et un constant souci du bien-être des patients, de leurs familles et des soignants ;
2. La qualité et la sécurité des soins, les principes de bien-faisance et d'autonomie doivent être constamment pris en compte dans l'exercice de la réanimation. Ces principes sont indissociables de la connaissance des limites de la réanimation.

« Mieux vivre la Réanimation »

6^{ème} Conférence de consensus SRLF-SFAR
Paris, 19 novembre 2009

Nécessité d' une culture palliative en réanimation

Définition des soins palliatifs (SFAP)= Soins actifs, délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. La prise en charge s'adresse au malade, à sa famille et ses proches. Les professionnels de soins palliatifs considèrent la mort comme un processus naturel, en s'efforçant de préserver la meilleure qualité de vie jusqu'au décès.

	Réanimation	Soins palliatifs
Objectifs primaires	Sauver ou prolonger la vie	Réduire la souffrance, améliorer la qualité de vie
Objectifs secondaires	Réduire la souffrance, améliorer la qualité de vie	Prolonger relativement la vie

Les soins palliatifs peuvent également être utile en amont et en aval de la réanimation.

La réanimation est certainement le **meilleur endroit pour mourir**

Respect du choix du patient et information sur la réanimation

Des objectifs thérapeutiques fixés dès l'admission et revus quotidiennement avec le patient, ces proches et les soignants

Culture de service

Culture du soins palliatifs

Personnels formés

Evaluation de la qualité de la fin de vie

Le Monde

11-12 mars 2007, p. 14

Décriptage : Grand entretien

Mourir le moins mal possible

Edouard Ferrand

Anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil),
membre de plusieurs commissions d'éthique médicale

Propos recueillis par Paul Benkimoun et Sandrine Blanchard

- Valorisation de l'acte (T2A oblige)
- Absence de formation des soignants
- Absence de culture palliative
- Valorisation du projet thérapeutique
- Développement d'une culture palliative plutôt des lits de soins palliatifs