

La réanimation est-elle le meilleur endroit pour mourir ?

Dr Jean-Pierre Quenot
Service de Réanimation Médicale
CHU de DIJON

Les médecins exerçant dans les services de réanimation ont un recul de plus de 50 ans sur les situations critiques pouvant être rencontrées et les traitements de suppléance susceptibles d'être mis en route. Bien que nous recherchions en permanence une amélioration du pronostic pour nos patients (la recherche piétine dans ce domaine !!!), le BOND, à mon sens le plus spectaculaire réalisé ces dernières années est celui de « l'amélioration » de la prise en charge de la fin de vie en réanimation. Il a fallu dans un premier temps reconnaître puis soulever les problèmes liés aux décisions de limitations et/arrêts de traitement dans les réanimations en France (1), reconnaître la souffrance des patients et des proches dans les situations de fin de vie (syndrome dépressif, état de stress post-traumatique...) (2) et lever le tabou de la souffrance des soignants au travail (Burnout) (3). De nombreuses études observationnelles et interventionnelles ont été réalisées ces dernières années pour tenter d'améliorer les conditions de fin de vie des patients admis en réanimation ce qui a abouti à la rédaction de recommandations (actualisation 2009 des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française concernant la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation adulte www.srlf.org) et de consensus (mieux vivre la réanimation 2009 www.srlf.org) mais également de textes de loi (loi du 04.03.2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 22.04.2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) se basant sur les quatre principes éthiques que sont l'autonomie du patient, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice distributive. La problématique de la fin de vie en réanimation semble à mon avis « réglée » sous réserve que chacun s'approprie les textes de référence, ce qui doit passer par une meilleure communication au sein des équipes de soins avec une certaine culture de service, apprise et partagée par tous.

Le problème qui, à mon sens, n'est pas réglé concerne l'admission d'un patient en réanimation qui doit être associé à un bénéfice, tant en termes de morbidité que de mortalité, comparés aux résultats obtenus par des soins d'excellence en hospitalisation traditionnelle. La relative rareté des ressources en termes de lits de réanimation doit en l'absence d'amélioration attendue du patient ou de sa faible gravité conduire à refuser son admission. De nombreux facteurs de refus associés au patient ont été identifiés dans les études : une admission médicale, un état de santé altéré, une néoplasie sous jacente (en cas de localisations secondaires multiples associées à des défaillances d'organes), des comorbidités, la sévérité de la pathologie aiguë et l'âge des patients. Ces motifs de refus sont sous tendus par une littérature abondante concernant les facteurs influençant la mortalité hospitalière des patients admis en réanimation. Des facteurs logistiques indépendamment de l'état du patient sont associés à un refus telles que l'absence de lit ou la surcharge en soins. Dans ces conditions, les patients les plus graves seront moins souvent admis en réanimation. Le plus difficile en pratique pour le clinicien est de justifier de l'absence de bénéfice attendu (futilité) ce qui pousse la majorité des réanimateurs à admettre un patient en réanimation en l'absence d'une certitude concernant la possibilité ou non d'un bénéfice pour le patient. Le compromis le plus satisfaisant, à la fois pour les soignants et les proches, serait celui d'une politique d'admission large des patients avec une réévaluation précoce permettant de poursuivre

ou non la réanimation selon l'évolution de l'épisode aigu (concept de réanimation « d'attente »). L'évaluation de ce concept a permis de diminuer la durée de séjour des patients pour lesquels le pronostic était jugé défavorable et d'améliorer dans le même temps la souffrance des soignants (4,5).

Maintenant que *l'essentiel* a été dit, a été écrit (sous forme de publications et/ou de recommandations), a été inscrit dans la loi, quelles sont les pistes pour répondre au mieux à la question du lieu le plus adapté pour mourir ? On pourrait imaginer le retour à une mort survenant dans le lieu de vie du patient, comprise par tous (patients, proches, professionnels de santé) et accompagnés (unité mobile dédiée), une mort survenant dans un établissement de santé (en dehors des services de réanimation) car les moyens humains, financiers y sont probablement plus importants, ou une mort survenant dans des unités dédiées (rapprochement avec les soins palliatifs) avec des moyens proches de ceux de la réanimation notamment en termes de personnels soignants. Pour arriver à ce retour, il faut démystifier le rôle du réanimateur et des services de réanimation, communiquer sur les conséquences d'une admission en réanimation (notamment au niveau institutionnel), définir des politiques d'admission en réanimation tenant compte de l'intérêt premier du patient au travers un projet de soins clair et accepté par tous.

Le réanimateur est passé en quelques années d'une position de « sauveur » à une position de professionnelle de la fin de vie, malgré lui...

Références

1. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet 2001;357:9-14
2. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Cgevet S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert E, Darmon M, Fassier T, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2005;171:987-994
3. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:698-704
4. Quenot JP, Rigaud JP, Chahraoui K, rin S, Barbar S, Pavon A, Hamet H, Jacquot N, Blettery B, Christian H, Charles PE, Moutel G. Impact of an intensive communication strategy on end of life practices in the intensive care unit. Accepted in ICM
5. Quenot JP, Rigaud JP, Chahraoui K, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, Jacquot N, Blettery B, Charles PE, Moutel G. Burnout among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. Accepted in ICM.