

**INSTITUT DE FORMATION  
EN SOINS INFIMIERS DE BLOIS**

*La "LATA" en Réa,  
le soin d'une Éthique.*



Guidant : M. Métayer Frédéric.

UE 3.4 et 5.6, Semestre 6.

Auteur : Klimek Guillaume  
Promotion 2010-2013

## **Dédicaces & Remerciements**

### ***Dédicaces***

Je dédicace ce travail d'investigation et de recherche à mes parents : M. Klimek Jean-Marc et Mme Klimek Brigitte, qui m'ont soutenu tout au long de mon parcours scolaire et extra scolaire.

Ils ont su me guider, m'écouter dans les moments difficiles et m'ont permis d'évoluer positivement.

### ***Remerciements***

Merci à M. Métayer Frédéric qui a su me guider tout au long de ce travail.

Merci à Mme Blondet (cadre du service de chirurgie orthopédique du CH de Blois) de m'avoir reçu et aidé sur la réflexion éthique dans le soin.

Merci à tous mes amis et collègues qui m'ont soutenu.

Merci à ma sœur, Mlle Klimek Mélanie pour sa gentillesse et son temps passé à m'aider.

Merci pour la relecture de ce travail à Mme Millet Giselle, M. Luraud Matthieu et Mlle Goncalvez Sophie .

Un grand merci à mon amie d'enfance, Mlle Riffault Amandine, qui m'a soutenu et aidé tout au long de ma vie.

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>p.6</b>
<b>1_ Questionnement.....</b>	<b>p.6</b>
<b>1.1_ Problématisation.....</b>	<b>p.7</b>
<b>2_ Exploration Théorique.....</b>	<b>p.8</b>
<b>2.1_ La Réanimation.....</b>	<b>p.8</b>
<b>2.1.1_ Étymologie/Définition.....</b>	<b>p.9</b>
<b>2.1.2_ Le Service de Réanimation Aujourd'hui.....</b>	<b>p.9</b>
<b>2.1.3_ Le Rôle de l'Infirmière en Réanimation.....</b>	<b>p.11</b>
<b>2.2_ L'Éthique dans le Soin.....</b>	<b>p.14</b>
<b>2.2.1_ Définition/Histoire.....</b>	<b>p.15</b>
<b>2.2.2_ Les Quatre Principes Fondamentaux.....</b>	<b>p.18</b>
<b>A)_ Principe de Bienfaisance.....</b>	<b>p.18</b>
<b>B)_ Principe de Non-Malfaisance.....</b>	<b>p.19</b>
<b>C)_ Principe d'Autonomie.....</b>	<b>p.20</b>
<b>D)_ Principe de Justice.....</b>	<b>p.21</b>
<b>2.2.3_ L'Approche du Dilemme Éthique.....</b>	<b>p.22</b>
<b>2.3_ La Limitation et/ou Arrêt des Thérapeutiques Actives.....</b>	<b>p.24</b>
<b>2.3.1_ La Loi Leonetti.....</b>	<b>p.25</b>
<b>A)_ La Loi : Les Cinq Principes Fondamentaux.....</b>	<b>p.26</b>
<b>B)_ Ambiguïtés et Difficultés d'Application.....</b>	<b>p.28</b>
<b>2.3.2_ La Réflexion : Trois Situations Quotidiennes.....</b>	<b>p.29</b>
<b>2.3.3_ Les Rôles et la Place de l'Infirmière dans une décision de « LATA ».....</b>	<b>p.30</b>
<b>2.4_ Problématique/Question de Recherche.....</b>	<b>p.32</b>
<b>2.5_ Hypothèses.....</b>	<b>p.32</b>
<b>A)_ Évaluer.....</b>	<b>p.32</b>
<b>B)_ Former.....</b>	<b>p.32</b>
<b>C)_ Échanger.....</b>	<b>p.33</b>
<b>3_ Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>p.33</b>
<b>A)_ Choix de l'Outil d'Enquête.....</b>	<b>p.33</b>
<b>B)_ Choix de la Population et du Lieu d'Enquête.....</b>	<b>p.34</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>p.34</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexe</b>	

## **Introduction**

La réanimation est un lieu, un service à part entière où patients, familles et soignants (médecins, infirmières, cadres de santé, aides soignantes...) se côtoient, partagent des moments plus ou moins difficiles, et où la mort est omniprésente. Avant, le décès intervenait chez soi, en famille. Aujourd'hui, l'hôpital est un lieu où l'on meurt suite à des défaillances multiples, suite à la vieillesse... Nous le verrons plus bas, les services de réanimation, dans leur histoire, sont là pour sauver et ne sont pas préparés à la fin de vie. La technique médicale sans cesse plus performante, ne résout pas tous les problèmes mais peut aider à mieux accompagner un décès si elle est utilisée dans le respect de chacun et de la législation en vigueur. La limitation et arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s) (LATA) permet sous couvert de la justice d'accompagner la personne en fin de vie vers une mort digne. Pourtant, l'accompagnement vers un décès proche n'est pas une décision facile pour ceux qui y participent. La société d'aujourd'hui évite le sujet de la mort pourtant inévitable dans une vie d'homme. Cette mort redoutée et oubliée pour certains se produit de plus en plus en service de réanimation : nouveau paradigme pour une nouvelle mort.

## **1 Questionnement**

La limitation et arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s), est une phrase bien médicale et juridique pour accompagner une personne en fin de vie. Après plusieurs expériences, je me suis rendu compte que la loi Leonetti était peu connue, voir inconnue et pour la majorité mal interprétée. Pourtant, ce texte est la référence en matière de non obstination des soins. Aujourd'hui quelle place donner aux choix du patient pour une fin de vie digne dans un contexte où il faut guérir sa propre mort ? Comment humaniser un soin quand la technique et la performance sont les seuls mots d'ordre ? La réanimation est aujourd'hui, un des lieux où l'on vient mourir, alors comment les professionnels se sont-ils adaptés à ces nouvelles décisions de fin de vie dans un service où l'ont veut sauver ? Nous, soignants, sommes formés à accueillir, éduquer, écouter, prévenir et pour globaliser, prendre soin d'une personne à part entière. Alors sommes nous suffisamment formés et impliqués pour contribuer à la décision d'arrêt des thérapeutiques ? Connaissons-nous suffisamment les souhaits du patient et à fortiori ceux des proches pour prendre une telle décision ? Comment accompagner et prendre soin jusqu'à la mort ? La famille est-elle suffisamment impliquée dans la/les décision(s) ? Comment la famille est-elle accompagnée par les soignants dans cette décision de limitation des soins ? Le

médecin est-t-il au final seul responsable de la décision d'arrêt des thérapeutiques ? Comment l'infirmière doit-elle se positionner dans cette prise de décision ? Nos valeurs sont-elles un frein aux choix du patient ?

Pour éclairer un peu plus mes recherches, je vais citer les personnes travaillant en soins palliatifs qui définissent simplement l'accompagnement de la fin de vie : « *Tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire* ». Ces quelques mots résument bien le rôle et le devoir que nous avons envers ces personnes souffrantes et voulant mourir dignement. Comme évoqué plus haut, le décès se déroule de plus en plus en service de réanimation, qui est un lieu où la technique est omniprésente et où l'on peut vite oublier l'importance de l'humain, de la vie mais aussi de la mort. La « bonne mort » est souvent recherchée, mais qu'est-ce qu'une bonne mort aujourd'hui ? Comment les soignants voient-ils la mort ? Les valeurs personnelles, spirituelles et surtout professionnelles suffisent-elles à atteindre le meilleur choix éthique ?

Les situations en réanimation où l'on aborde une limitation et/ou arrêt des thérapeutiques sont toutes différentes. La majorité des patients de réanimation sont intubés, ventilés, trachéotomisés pour certains avec un panel de thérapeutiques que l'on appelle familièrement « la réa ». Plusieurs questions peuvent découler de ce constat : repousser la vie mais à quel prix ? Est-il humain de repousser les limites de la vie ? La technicité et les connaissances médicales actuelles donnent-elles le droit de prolonger la vie ? Les bénéfices pour le patient sont-ils plus élevés que les risques ? La temporalité de la décision (parfois très longue) serait-elle un facteur défavorisant pour le patient et la famille ?

### **1.1 Problématisation**

En tant que futur infirmier, mon objectif est de travailler en service de réanimation. Le sujet de la fin de vie me semble tout aussi important que les connaissances techniques, si particulières de ces services. J'ai eu l'opportunité de faire mon premier stage en réanimation lors de ma deuxième année. Je me suis rendu compte que ce n'était pas chose aisée de procurer des soins lorsque l'on sait que la personne soignée vit ses derniers instants. On discute sur la meilleure fin de vie, faire au mieux pour soulager la douleur physique mais aussi la douleur psychique du patient, de la famille. Nous pourrions croire que la douleur se limite au cercle familial mais les soignants procurant des soins aux patients voient le bien fondé de leur métier, lorsqu'il est question d'un arrêt de thérapeutique active, déstructuré, pour la simple raison que d'accepter de laisser mourir n'est pas inscrit dans le fondement de notre métier. Mon stage pré-professionnel s'est déroulé en réanimation chirurgicale. J'ai assisté à une

discussion sur le devenir d'une patiente avec un pronostic sombre. Les médecins réanimateurs et chirurgiens ont la conviction de continuer les soins mais pourtant plusieurs voix se sont faites entendre de la part des infirmières, évoquant un acharnement des soins. Par la suite, les larmes ont remplacé les discussions prouvant que nous sommes démunis face à certaines décisions et que nos valeurs peuvent diverger. La question de la mort est omniprésente en réanimation car l'évolution de la médecine dans les pays occidentaux a permis de prolonger, de sauver mais aussi de garder en vie des personnes qui n'auraient pas survécu sans la technicité que l'ont connaît aujourd'hui. Le chemin vers la fin de vie se fait dans ces services actifs car nous avons le devoir de procurer au patient le meilleur des soins. Cette technique permet aussi d'accompagner la personne vers une fin de vie digne et sans douleur physique. L'évolution de celle-ci est une chose, mais que pouvons nous dire des soignants qui eux sont confrontés tous les jours à la mort ? Des lois, des décrets, des recommandations, des avis sont régulièrement mis à jour pour guider les soignants. Pour commencer mon travail de recherche je me suis posé comme question de départ :

**Quelles sont les difficultés rencontrées par l'infirmière dans la décision de limitation et/ou arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s) ?**

Dans ce qui va suivre je vais analyser mes différentes recherches effectuées tout au long de ce travail par des lectures, témoignages, conférences, revues, articles et vécu en stage. Ensuite, je tirerai de ces analyses une question de recherche qui m'amènera à des hypothèses. Pour finir la méthodologie d'enquête sera expliquée.

**2 Exploration théorique**

Dans un premier temps, nous allons tenter de définir et comprendre ce qu'est un service de réanimation et l'évolution des pratiques. Dans un second temps, nous mettrons en exergue l'éthique dans le soin et pour finir, ce que la loi Leonetti a apporté aux patients en fin de vie et plus particulièrement la limitation et arrêt des thérapeutiques actives. Je tiens à signaler que dans l'écriture de ce mémoire, j'emploierai au féminin ou masculin le terme « infirmier/infirmière » sans jugement de genre. La réanimation sera employé par le terme « réa » et pour finir le terme de « LATA », limitation et/ou arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s), cela pour simplifier la compréhension lors de la lecture.

## **2.1 La Réanimation**

### **2.1.1 Étymologie/Définition**

L'étymologie du mot réanimation est l'action de réanimer, de rendre de nouveau la vie. Historiquement selon le dictionnaire Larousse et mes lectures :

*« Le terme de réanimation est employé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, pour désigner les moyens permettant d'assurer le retour à l'homéostasie (c'est-à-dire à l'équilibre, de l'eau et des électrolytes notamment, dans l'organisme), dans le cadre de travaux qui débouchent un an plus tard sur la mise au point du premier rein artificiel. La réanimation est également issue des techniques de respiration artificielle élaborées dans les années 1950 au Danemark, puis en France, pour compenser la paralysie respiratoire des malades atteints de poliomyélite ».*

Le terme de réanimation est utilisé depuis le milieu du 20ème siècle, nous allons constater que la définition utilisée à cette époque est très proche de celle d'aujourd'hui.

Selon le décret n°2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002, article R.712-90 du code de santé publique:

*« Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu le pronostic vital. Ces patients nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléances telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale ».*

La réanimation, plus qu'un service, correspond à tous les moyens mis en œuvre pour assurer le maintien de la vie. Le but est d'accompagner les personnes souffrant de défaillances multiviscérales et de promouvoir les soins nécessaires au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ces services sont constitués de médecins réanimateurs travaillant en étroite collaboration avec des chirurgiens mais aussi avec des infirmiers, infirmiers anesthésistes, aides soignants, kinésithérapeutes, services de soins palliatifs et groupes éthiques. Nous allons aborder maintenant ce qu'est un service de réanimation.

### **2.1.2 Le service de réanimation aujourd'hui**

Aujourd'hui, les services de réanimation sont décomposés en plusieurs lieux ou appellations, toujours dans un but de prise en soin rapide et continue du patient en situation de défaillances lourdes (exemple : les services de réanimation chirurgicale prenant en charge les personnes en pré et post chirurgie). La réanimation polyvalente prend en charge les patients polytraumatisés suite à un accident de la voie publique, suite à une détresse respiratoire aiguë

et bien d'autres défaillances. Ces exemples sont simplement un état des lieux du besoin d'orientation spécifique de chaque personnes. Les services de réanimation sont ouverts 24H/24H, grâce à une équipe médicale qui se relaie, celle-ci étant formée de médecins réanimateurs ayant acquis lors de leurs parcours des compétences particulières ou bien ayant eu une formation diplômante. Selon l'article D. 712-108 élaboré par le Ministère de l'emploi et de la solidarité par le décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique :

*« L'équipe médicale d'une unité de réanimation comprend ;*

- Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;*
- Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;*
- Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé ».*

Ces services sont composés d'infirmières, cadres de santé, d'aides soignantes, de secrétaires. Des intervenants extérieurs au service lui même procurent les soins ou examens nécessaires tel que les kinésithérapeutes, intervenant pour leurs compétences en matière de rééducation, de maintien du système respiratoire... Des manipulateurs en radiologie viennent pour effectuer des examens complémentaires. Cette liste est bien sûre non exhaustive. Le service de réanimation est petit dans son espace (environ 12 à 14 lits) mais très grand dans l'équipe intervenant pour le patient. Chaque chambre est composée d'un lit automatisé, de pousse seringue, d'un chariot infirmière, composé de tout le matériel nécessaire et surtout de drogues d'urgence (éphédrine, adrénaline, atropine...), d'une aspiration avec sonde, d'un ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU), d'un chariot aide soignant pour les soins de confort :toilette, change, prévention... La liste est non exhaustive du fait de la singularité de chaque prise en charge et donc le matériel nécessaire doit s'adapter à la prise en soin du patient. Cela implique une grande responsabilité envers le patient, liée à un plateau très technique ou l'erreur n'a pas sa place, à des situations très difficiles auxquelles sont confrontés les soignants , ainsi qu'une constante remise en question des soins prodigués.

Pour rebondir sur ces derniers mots, le service de réanimation est un lieu où l'on décède aujourd'hui. Selon Nancy Kentish-Barnes, dans son livre intitulé « Mourir à



l'hôpital p.20» : « *Aujourd'hui plus de 70% de la population française décède à l'hôpital* ». Force est de constater qu'un nouveau paradigme s'installe peu à peu. La mort n'est plus entourée seulement par la famille mais pris en charge au sein de l'hôpital. Ce service dans son histoire n'a pas été préparé à l'accompagnement de la fin de vie. La culture de ces services a toujours été plutôt curative que palliative car c'est ce qui était admis par la société et le paternalisme médical. Les droits des malades se sont par la suite agrandis au fil du temps, et je me permettrai donc d'utiliser un des piliers du changement radical de ces droits, la loi du 4 Mars 2002 relative au droits des malades et à la qualité du système de santé ( loi Kouchner ). Cette loi a donné un nouveau souffle et une voie aux utilisateurs du système de santé Français. Les usagers du système de santé ont le droit à une prise en charge digne, à avoir des informations libres et éclairées sur leur situation, et à un refus des soins... In fine, l'utilisateur est acteur du système de santé. L'infirmière est une des garante de ce droit de décider des soins prodigués, du respect de la personne soignée et de son entourage. Nous allons tenter de définir les rôles et devoirs de l'infirmière en réanimation.

### **2.1.3 Le rôle de l'infirmière en réanimation**

Je vais tout d'abord définir le statut de l'infirmière en général pour en venir aux compétences particulières requises dans un tel service. Selon l'article R 4311-1 du Code de la Santé Publique :

*« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »*

De plus selon l'article R 4312-2 du Code de la Santé Publique, définissant les règles professionnelles :

*« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille. »*

Ces deux articles parmi d'autres, sont ceux qui définissent les règles et pratiques professionnelles d'un infirmier. Plus encore, ils sont l'assurance pour le patient d'une prise en

charge digne et responsable. L'établissement lui aussi est soumis à des règles particulières définies entre autres par le Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé. Ainsi, ils pourront pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique. L'article D. 712-109 nous dit:

*« Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :*

- *deux infirmiers pour cinq patients ;*
- *un aide-soignant pour quatre patients.*

*L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice. »*

Aujourd'hui, l'infirmier diplômé d'état possède au bout de trois années d'études théoriques et de stages pratiques dans différentes structures, le grade de licence. Plus encore, il possède des compétences multiples en matière d'accompagnement, d'éducation à la santé, d'organisation, de travail en collaboration, et pour en venir au sujet qui m'intéresse des compétences en matière de soins intensifs. En plus de mes lectures, je me permets dans ce domaine d'apporter mon analyse pratique, sur les rôles de l'infirmier de réanimation. Suite à mon parcours de stages très riche, j'ai eu l'opportunité de cumuler dix sept semaines de stages en réanimation (polyvalent et chirurgicale), qui m'a conforté dans mon projet professionnel. L'infirmier de réanimation, en plus de ses compétences acquises lors de son parcours, doit acquérir rapidité, efficacité, soutien au patient dans une phase difficile. La famille et les proches doivent être pris en charge au même titre que le patient, suite aux traumatismes souvent difficiles à comprendre et à accepter en termes de soin. Les connaissances en matière de physiopathologie, pharmacologie, examens diagnostiques et complémentaires régulier, de prise en soin dans un contexte de technicité omniprésente, sont le quotidien de l'infirmier de réanimation. J'entends par technicité, tous les dispositifs médicaux mis en place lors d'une réanimation (respirateur, intubation, cathéter central, cathéter artériel, dialyses, trachéotomie, pose d'un dispositif pour mesure de la pression intra-abdominale...). Pour être un infirmier en réanimation compétent, dans le sens d'une prise en charge globale et responsable du patient et de la famille, ils nous faut acquérir, par un travail assidu, l'utilisation, la compréhension et tous les risques associés aux différentes situations.

Suite aux défaillances multiples, comme évoqué plus haut, nous travaillons en étroite collaboration avec les médecins présents 24H/24H. Les prescriptions quotidiennes de chaque

patient peuvent changer à tout moment, les examens à effectuer sont multiples. L'intervention en matière de soins et de surveillance est présente à chaque instant et chaque professionnel est capable de réagir à toute situation qui peut changer rapidement. Un constat, partagé par tous les infirmiers que j'ai rencontré en réanimation, est qu'il faut environ un an d'expérience dans un tel service pour être compétent et cinq ans pour devenir expert. Pour appuyer ce constat, la Société de Réanimation en Langue Française (SRLF), le Collège de Réanimation et médecine d'urgence des hôpitaux Extra-Universitaires de France (CREUF), le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ont identifié la nécessité de créer un document pédagogique et de formation. Ce document est un référentiel de compétences publié en 2011 pour identifier les compétences requises pour un tel service. Le référentiel se présente sous forme de quatorze chapitres (situations):

*« Patient en situation d'insuffisance rénale aiguë, Patient en situation de défaillance neurologique (agitation incluse), Le patient sédaté, Le patient polytraumatisé, Nutrition du patient de réanimation, Installation et transport du patient de réanimation... »*

Ces chapitres sont eux même déclinés en concepts qui eux même sont définis pour chaque situation:

*-« savoir : Le résultat de l'assimilation d'informations grâce à l'éducation et à la formation. Le savoir est un ensemble de faits, de principes, de théories et de pratiques liés à un domaine de travail ou d'étude. Le Cadre européen des certifications fait référence à des savoirs théoriques ou factuels.»,*

*-« aptitudes :La capacité d'appliquer un savoir et d'utiliser un savoir-faire pour réaliser des tâches et résoudre des problèmes. Le Cadre européen des certifications fait référence à des aptitudes cognitives [...] ou pratiques[...].»*

*-« compétences :La capacité avérée d'utiliser des savoirs, des aptitudes et des dispositions personnelles, sociales ou méthodologiques dans des situations de travail ou d'études et pour le développement professionnel ou personnel. Le Cadre européen des certifications fait référence aux compétences en termes de prise de responsabilités et d'autonomie ».*

Ces recommandations sont un socle riche d'information et plus encore un guide pour tout infirmier arrivant en réanimation. Les savoirs particuliers, lorsqu'ils sont acquis, nous servent dans la perspective de toujours faire au mieux pour le patient.

Pour en revenir au sujet de la fin de vie et surtout de la dignité que chaque homme est en droit d'avoir, il faut rappeler que la technicité est une chose qui nous sert à sauver mais nous devons garder à l'esprit que l'humain n'est pas un outil sur lequel nous avons tous les droits. La perversité de la technique est subtile car nous pouvons vite oublier que le patient est un être humain avec des droits. La ligne à ne pas franchir est invisible et seules nos valeurs professionnelles comme personnelles peuvent nous servir pour utiliser une éthique du soin.

Cela permettra de réfléchir sur le soin, sur les conséquences physiques, psychologiques, spirituelles et morales engendrées par les diverses prises en charge. Nous allons maintenant aborder le sujet de l'éthique dans le soin et plus particulièrement l'éthique de la fin de vie pour en venir à la décision de « LATA ».

## **2.2 L'éthique dans le soin**

L'éthique, terme vaste, s'applique à tous domaines. Pour mieux comprendre l'éthique dans le soin, il est préférable de la différencier de la morale, qui se veut une réflexion sur le bien et le mal alors que l'éthique réfléchit, sur le bon et le mauvais. Le professeur Didier Sicard (ancien président du conseil consultatif national d'éthique), dans un article/lettre : « *Prendre soin* », « *in La Lettre de l'espace éthique AP-HP, Hiver-Été 2002, p. 2* », rappelle que :

*« prendre soin c'est en même temps exprimer sa compassion et ne pas fusionner, être attentif, vigilant et non juge, dépositaire de bonnes pratiques médicales ou chirurgicales, tout en respectant le sujet ».*

Cette « définition » du soin résume la pensée éthique que tout soignant est en mesure d'utiliser, d'améliorer, dans sa pratique quotidienne. Pour reprendre la citation ci-dessus, le respect des bonnes pratiques est la base même du respect du sujet. Pour cela, la déontologie met en jeu des valeurs et normes liées à une profession, c'est une marche à suivre. Elle est liée aux normes admises par la société ou bien un groupe savant, tel que l'ordre des médecins. Cette partie sera volontairement exclue du champ de recherche bien qu'elle guide la pensée éthique. Cependant elle renvoie plus à l'idée de procédure et de norme. Pour en venir au sujet de la fin de vie en réanimation et plus particulièrement la décision de « LATA », nous citerons Madame Blondet, cadre du service de chirurgie orthopédique au Centre Hospitalier de Blois. Lors d'un entretien sur la place de l'éthique dans l'hôpital, trois questions de départ incontournables selon Madame Blondet sont à envisager :

*« Faut-il commencer?(quels arguments pour une limitation, principe de bienfaisance)\_ Faut-il continuer?(la limitation est déjà entamée alors quelle conduite à tenir pour la suite pour ne pas dériver dans l'obstination déraisonnable, principe de non-malfaisance )\_Faut-il arrêter?(décision d'arrêt définitif des thérapeutiques actives, principe de justice et d'autonomie). »*

Une première approche semble être la base de la réflexion sur une fin de vie digne, utilisant les principes d'autonomie, de justice, de non-malfaisance et de bienfaisance. Ces principes fondateurs de l'éthique biomédicale ont été écrits pour la première fois dans un ouvrage s'intitulant : « *Principles of biomedical ethics, 1979, par Childress et Beauchamp* ». Cet ouvrage fait suite aux dérives des années 1950 aux États-Unis en matière de recherche médicale (*utilisation de personnes vulnérables et/ou non informées sur les programmes d'essais thérapeutiques auxquels ils participaient*). Cela montre l'importance d'une éthique du soin, de réflexion sur les sujets sensibles, tel que l'accompagnement de fin de vie. Ces quatre principes seront traités plus bas.

Pour comprendre l'importance de l'éthique dans le soin il faut certainement connaître l'origine de cette nouvelle culture. Pourquoi le terme de culture ? L'éthique met en jeu tout un tas de problèmes mais aussi de dilemmes éthiques mettant en conflit valeurs personnelles, professionnelles et principes éthiques. Au cœur de ce schéma : le meilleur choix à prendre pour le patient et sa famille.

### **2.2.1 Définition et histoire**

Comme évoqué plus haut, le terme de morale est presque similaire au terme d'éthique, car le premier vient du latin et le deuxième du grec. Philippe Svandra, dans son livre : « *Le soignant et la démarche éthique, 2009, p.5* », nous dit :

«[...]que rien dans l'histoire des mots ne permet de distinguer éthique de morale. Éthique vient du grec, morale du latin, et les deux vocables renvoient à l'idée de mœurs (éthos en grec et mores en latin). Il est historiquement établi que l'on doit cette équivalence à Cicéron ».

Selon le dictionnaire Larousse le mot éthique peut se définir ainsi :

« *Partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale. Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un* ».

Cette définition nous éclaire sur le sens large du mot éthique. Philippe Svandra se permet de donner une définition sur le terme éthique rapporté à celui de la morale. Dans son livre : « *Le soignant et la démarche éthique, 2009, p.7* », il définit:

*« Éthique : ensemble de principes moraux qui sont à la base du comportement de quelqu'un, l'éthique peut se définir comme la recherche personnelle d'une sagesse de l'action. L'éthique répond à la question : comment dois-je mener ma vie ?*

*Morale : ensemble des règles pratiques qui doivent diriger l'activité libre de l'homme(Littré). La morale répond à la question : que dois-je faire ? Pour simplifier, on pourrait admettre que la morale vise à définir le bien quand l'éthique le rend possible. »*

Il convient d'admettre que l'éthique est avant tout une démarche individuelle fondée sur un questionnement de sa pratique, de ses actes, de sa façon de penser. L'éthique ne s'apprend pas dans un livre ou dans un cours. Pour appuyer ce constat par un exemple, les discussions collégiales (tout le personnel concerné y participe et peut s'y exprimer) qui sont mises en place lors d'une démarche de « LATA » prouvent que l'éthique du soin ne s'apprend pas. On peut plutôt dire qu'elle questionne et permet de réfléchir sur la meilleure conduite à tenir. Ce sujet sera largement traité plus bas.

Une synthèse historique permettra de mieux assimiler la venue de l'éthique dans le soin. Dans les recherches effectuées, les supports utilisés en majorité seront les livres : « *Cécile B. Loupan, Vivre et mourir comme un homme, 2010, p13 à 24* » et « *Philippe Svandra, Le soignant et la démarche éthique, 2009, p19 à 32* ». Il va de soi que nous ne pouvons parler d'éthique sans parler de son précurseur: les soins palliatifs. Ce sujet ne sera pas développé dans ce travail car il demanderait une recherche à part entière.

Depuis le début de l'existence de l'homme, les soins sont présents dans toutes les cultures. En 1789 fut écrite la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, qui donne un droit inaliénable à la vie. Il s'agit du premier texte qui met en lien morale, droit et éthique. Jean Godinot(chanoine de Reims), est le premier à mettre en place un centre de soins palliatifs terminaux au monde. Ensuite en 1874, s'ouvre un hospice à Paris, qui est aujourd'hui, la plus grande unité de soins palliatifs en France. Par la suite, plusieurs hospices ouvriront leurs portes dans le monde. En 1984, un tournant se produit dans le soin palliatif qui aura pour but, un accompagnement digne et singulier de la personne mourante. Un article, dans la revue « *Études* » de Père Patrick Verspieren, dénonçant les pratiques d'euthanasies, a permis au comité consultatif d'éthique médicale de voir le jour. Aujourd'hui, en France, il se nomme Comité Consultatif National d'Éthique(CCNE, *Loi du 29 Juillet 1994*). Sa mission est de donner des avis sur les problèmes éthiques suite au progrès des connaissances et des pratiques.

Ensuite, le ministère de la santé officialise les soins palliatifs par la : « *circulaire Laroque du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase*

*terminale* ». En parallèle, après 1945 et les atrocités commises par les hommes et la médecine (ex: procès de Nuremberg ), les hommes ont pris conscience de l'importance de la vie, du choix et bien sûr du consentement. Suite à cette prise de conscience sur l'importance de la dignité humaine, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme a vu le jour en 1948 :

*«Article premier : Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »*

Ce premier article est le fondement de l'idée que l'homme est un être singulier, libre de ses choix et égal à autrui.

Par la suite, le terme de bioéthique apparaît en 1970. Van Rensselear Potter, cancérologue, le définissait comme : *« la science de la survie »*. Ce mot est apparu suite aux dérives d'après guerre (1945). Aujourd'hui, la bioéthique est définie par la loi :

*« loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal ».*

La bioéthique fait partie du champ de l'éthique du soin, mais fait plutôt référence au caractère légal des pratiques soignantes et des représentations.

Pour conclure sur l'émergence de l'éthique dans la conduite du soignant, il convient de mettre en évidence le rapport n°84 du CCNE, avis sur la formation à l'éthique médicale :

*« une éthique en acte qui reflète dans les moindres gestes des soignants, dans leur manière de parler et d'être avec les autres ».*

Pierre Hadot dans son livre : *« La philosophie comme manière de vivre, Paris 2001,p. 155 »*, nous dit :

*« La véritable éthique, ce n'est pas la théorie de l'éthique, mais l'éthique vécue dans la vie avec les autres hommes ».*

D'un côté nous avons besoin de supports (lois, décrets, codes...), de bases de réflexions (rapports, avis...), mais le meilleur moyen de penser éthique, est de vivre des expériences et de s'en servir au quotidien. Il est donc évident que pour comprendre et utiliser de manière logique l'éthique, il nous faut être responsables et avoir des valeurs professionnelles et personnelles en

lien avec nos convictions. Il semblerait que quatre des principes cités plus haut représentent la genèse de l'éthique dans le soin.

### **2.2.2 Les Quatre Principes Fondamentaux**

Hippocrate, véritable visionnaire de la pratique mais aussi de la pensée médicale, est reconnu aujourd'hui comme l'un des pères de l'éthique du soin grâce au serment d'Hippocrate. Tout médecin doit connaître et appliquer ce serment qui aujourd'hui est inscrit dans le Code de la Santé Publique(*article R.4127-109* ) et dans le code de la déontologie ( *article 109* ), réactualisés au gré des avancées médicales. Les quatre principes y sont évoqués sous forme de règles à suivre. Ils ont fait l'objet d'un ouvrage s'intitulant : « *Principles of biomedical ethics, 1979, par Childress et Beauchamp* », cité plus haut. Ces principes sont tirés de valeurs admises par les sociétés et les pratiques médicales.

Dans un premier temps, l'analyse des différents principes nous permettra de mieux cerner les bases de la réflexion éthique. Cependant au fil de mes lectures, tous les écrits tendent à dire, dans la pratique quotidienne, que chaque principe a ses limites. Dans un deuxième temps, cela permettra de souligner les dilemmes et problèmes liés à certaines situations de soins. Il faut sans doute rappeler que ces quatre principes sont une base de réflexion et d'action.

#### **A) Principe de Bienfaisance**

« *Primum non nocere (d'abord ne pas nuire)* » et « *Aegrotis salus suprema lex (le bien du malade est la loi suprême)*, ont été utilisés par Hippocrate et repris par le CCNE dans plusieurs de ses avis. Aujourd'hui, ces termes sont toujours d'actualité et font référence au principe de bienfaisance mais aussi à celui de non-malfaisance expliqué plus bas. Ces simples phrases latines résument très bien la pensée et la pratique de l'éthique soignante.

Le meilleur intérêt pour le patient doit être recherché par le soignant en toutes circonstances. Le principe de bienfaisance peut se définir ainsi. Aujourd'hui, nous pouvons le redéfinir par le fait que chaque malade a droit à des soins de qualité, sous entendu de se voir administrer les meilleurs traitements.

De ce principe, nous pouvons entrevoir certaines limites, telles que le paternalisme médical qui



pendant longtemps était présent, c'est à dire que le médecin sait ce qui est bon pour le malade. Aujourd'hui les patients sont autonomes et libres de choix. On voit bien l'importance d'utiliser ce principe avec prudence surtout en service de réanimation ou les principes de bienfaisance et de non-malfaisance sont mis à rude épreuve lorsqu'il est question de la fin de vie.

### **B) Principe de Non-Malfaisance**

Gardons à l'esprit les deux citations latine citées plus haut, qui résument ces deux principes essentiels. Reprenons l'article 16-3 du Code Civil :

*« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain sauf nécessité médicale pour la personne ».*

Le principe de non-malfaisance renvoie à l'idée qu'il n'est pas acceptable de faire du mal à autrui, par exemple lors de la prise de traitements lourds préjudiciables pour le malade. Il existe ainsi dans le Code de déontologie médicale, l'article 40 ( article R. 4127-40 du CSP ) qui explique que :

*« Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié ».*

Pour toucher du doigt les difficultés liées à l'utilisation de ces deux premiers principes, avec comme objectif le maintien de la vie, nous pouvons entrevoir certaines limites ou plutôt difficultés liées à des situations particulières. L'utilisation de techniques de réanimation met en jeu régulièrement ces deux principes lors d'utilisation de « moyens disproportionnés » qui peuvent conduire à ce que l'on appelle familièrement de « l'acharnement thérapeutique (obstination déraisonnable ) ».

La difficulté dans ces situations est de procurer des soins dans le respect de la vie mais aussi dans le respect des choix. Dans ce service en particulier, les situations sont délicates. D'un côté il y a les valeurs, les règles (lois, décrets... ), le meilleur choix au moindre risque pour le patient. De l'autre il y a le patient et son entourage ayant droit de refuser certains traitements, soins ou bien prises en charge. La limite à ne pas dépasser, nous l'aurons compris, est l'obstination déraisonnable liée à des prises en charge très lourdes.

Ces différentes notions sont difficiles à cerner du fait de la complexité de chaque situation de soin. Il faut utiliser comme ligne directrice ce que l'on nomme « la balance

bénéfice/risque ». Il faut prendre en compte le meilleur choix pour le patient tout en évaluant les bénéfices mais aussi les risques. En prenant en compte le caractère singulier de chaque situation comme de chaque homme, ayant le choix et la liberté de décider par lui même (principe d'autonomie). Un autre principe lié à ce schéma difficile est souvent utilisé : le principe de précaution, qui tente de prévenir un risque potentiel qui pourrait potentiellement avoir des conséquences.

Bien qu'il existe des lois qui régissent les situations de réanimation et/ou de soins intensifs elles ne résolvent pas tout. L'éthique intervient pour confronter les idées, les savoirs, les valeurs (professionnelles, personnelles). Elle permet de confronter les conséquences potentielles liées aux choix possibles. Elle permet de regrouper les idées de chacun (soignant, patient, entourage...) et de prendre la meilleure décision. Pour cela le principe d'autonomie va venir compléter cette recherche du meilleur choix pour le patient.

### **C) Principe d'Autonomie**

Ce principe vient renforcer l'idée que chaque individu est libre de ses choix dans la vie comme dans le monde hospitalier. Les usagers ont droit à des informations libres, éclairées et le droit de décider eux même de leur prise en charge. Prenons comme support, la loi du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite: Loi Kouchner). Dans ses grands titres, celle-ci stipule :

- un renforcement des droits individuels : information libre et éclairée, consentement au soin, non-discrimination...)

- bénéfice/risque

- qualité des services de soins,...

Pour renforcer ce texte de loi, dans le Code de la Santé Publique, la partie règles professionnelles infirmières, article R 4312-32 nous dit :

*« L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement ».*

Le médecin, dans son code de déontologie a inscrit ses différentes obligations et devoirs envers l'utilisateur (article 34-35-36-42).

Toutes ces mesures ont permis à l'utilisateur du système de santé de prendre conscience de son poids en tant que personne unique et libre de choix. Elles ont aussi responsabilisé les utilisateurs sur leur santé. Mais y a-t-il des limites à ce principe pourtant évident ?

En partant du principe que l'autonomie est liée à la liberté, on peut entrevoir un certain désengagement du soignant. Plus précisément, si l'usager est libre de ses choix en terme de prise en soin, le soignant, sous le poids des lois, pourrait être confronté à une forme d'indifférence. Prenons comme exemple la loi Kouchner. Si l'information est une constante et plus encore une obligation, le soignant, en donnant les informations au patient, se protège vis à vis de la loi. La relation peut devenir impersonnelle et la relation se verrait donc détériorée.

Du côté des usagers, il est possible qu'ils ne voient dans le soignant qu'un prestataire de service, qui doit garantir qu'il n'y ait aucun risque.

Pour appuyer ces dérives possibles, le CCNE, dans son avis N°58(1998), dit qu'il faut veiller à ne pas :

*« transformer les patients en consommateurs de soins passifs et les médecins en prestataires de service ».*

Les dérives possibles seraient alors une judiciarisation et une contractualisation de la relation soignant-soigné. Pour plus de précision, le principe de justice vient conforter l'idée que tout usager a droit à une prise en soin de qualité.

#### **D) Principe de Justice**

Aujourd'hui nous pouvons définir ce principe comme le droit d'accéder à des soins de qualité. Il affirme aussi la juste répartition des moyens mis en œuvre au sein d'une société. Dans notre système de santé, en France, ce principe permet de réguler les dépenses maladies et l'égalité d'accès aux soins. En pratique, Philippe Svandra, dans son livre : *« Le soignant et la démarche éthique, 2009, p. 79 »*, nous dit :

*« il s'agit d'affirmer la règle de la non discrimination (d'un point de vue individuel et collectif) mais aussi de ne pas faire peser des risques sur des personnes déjà pénalisées (les pauvres, les détenus, les handicapés, les malades psychiatriques, etc.)[...]Ce principe est à la fois éthique et politique. »*

Dans ce schéma de pensées à la fois politique, économique, sociale et éthique, la « Liberté » et l'« Égalité » devront être équitables. Une contribution collective permet une redistribution vers les plus faibles et donc un libre accès aux soins et une égalité d'accès à des services de qualité.

Le principe de justice devient alors une valeur fondamentale, comme celles analysées plus haut, de l'éthique du soin. Pour appuyer ce constat Susane Rameix à la conférence

nationale de santé 2001, intitulé : « *Autonomie et solidarité dans la relation médicale et dans le système de santé* », fait ce constat :

*« Il n'y a pas d'éthique individuelle sans dimension collective et réciproquement ».*

Ce principe, bien qu'indispensable, doit être utilisé avec prudence car il est très lié aux politiques économiques de notre système de santé, basé sur la répartition des ressources (dans ce sujet : l'accès aux soins). Dans plusieurs situations des questions se posent sur la conduite à tenir et sur les moyens employés ou non. Le nombre de places étant limité en réanimation (accepter ou non par les personnes âgées par exemple), il y a là un paradoxe : comment justifier la prise en charge de telle ou telle situation sans porter préjudice au principe de justice ? La question est bien sûr éthique. En ce sens, il faudra prendre une décision qui sera la meilleure et la plus juste. Cela permettra de respecter la pensée solidaire de notre système de santé mais il en n'est pas moins difficile pour les soignants de prendre ces décisions.

Pour comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés chaque jours nos soignants et plus particulièrement en réanimation, il nous faut approcher la notion de dilemme éthique.

### **2.2.3 L'approche du Dilemme Éthique**

Le dilemme éthique intervient lorsque la situation clinique crée des conflits. Les procédures, protocoles, lois, décrets etc, ne suffisant pas pour prendre la décision la moins mauvaise pour le patient. Ces conflits de valeurs, de croyances, de principes, de morales etc, surgissent lorsque la situation, si singulière soit-elle, ne permet pas d'arriver à un consensus. Pourtant, nous soignants, avons le devoir et la responsabilité de trouver et prendre la meilleure décision (la « LATA » en réanimation). Bien que cette procédure soit légiférée, force est de constater que ses cadres légaux ne permettent pas une application efficace aux réalités du terrain. Dans la pratique il n'est pas aisé d'arriver à un consensus face aux situations singulières.

Le dilemme intervient lorsqu'un problème éthique est identifié. Reprenons la « LATA », qui est une décision non seulement difficile pour le patient et l'entourage mais aussi pour les soignants qui y participent. Il n'est pas aisé, surtout en réanimation où la culture du curatif est

encore très présente, de penser à la fin de vie et son accompagnement. Le dilemme s'installe au moment de « pré-décisions », c'est à dire le moment où l'on va penser à agir. Le problème fait ressortir des dilemmes qui existent entre soi (professionnels), ses valeurs, ses limites et l'utilisateur, l'entourage, les autres soignants (médecin, infirmier, aide soignant...) qui eux aussi ont des convictions, des incertitudes. Cependant il faut admettre que selon le statut (médecin, infirmier...), la posture adoptée, l'état dans lequel nous pouvons être (famille, patient...) influencent de manière concrète notre position face à la prise de décision. Il semble donc qu'oser prendre position face à une situation clinique difficile, engage personnellement, émotionnellement et peut risquer d'être confronté à des points de vue différents.

L'éthique du soin intervient réellement à ce moment. Les différents points de vue vont être entendus par l'équipe, argumentés pour certains. Par mon expérience personnelle et mes lectures, il est admis qu'il ne faut pas se hâter à prendre une décision. Tout le monde doit être écouté, le patient et la famille en premier. Le débat pourra dans le meilleur des cas, aboutir à un consensus de l'équipe sur la conduite à tenir la mieux adaptée pour la situation.

Pour étayer cette approche du dilemme éthique il convient de donner un exemple concret. Nancy Kentish-Barnes, dans son livre intitulé : « *Mourir à l'hôpital, éditions du Seuil, Paris, p. 42-43* », délivre une situation concrète d'une possible décision d'arrêt des thérapeutiques actives. Cet exemple court, permettra de visualiser les difficultés, les conflits, les incertitudes... de l'équipe dans la décision de limiter et/ou arrêter les thérapeutiques actives.

*« [...]j'ai assisté à des discussions autour de décisions de limitation thérapeutiques refusées par les infirmières du fait du jeune âge du patient...au grand regret des médecins ![...] Un patient de 50 ans est hospitalisé pour tentative de suicide par intoxication médicamenteuse et prise d'alcool. Il est dans le coma pendant plusieurs jours et contracte une grave maladie nosocomiale. Après trois semaines d'hospitalisation, un arrêt des traitements est suggéré mais refusé par une majorité de l'équipe en raison de l'âge du patient. Les traitements sont donc poursuivis et, quelques semaines plus tard, le malade reprend entièrement conscience:les séquelles seront importantes sur le plan moteur, mais le malade quittera le service vivant ».*

Cet exemple permet de comprendre un peu mieux les difficultés, les convictions, les valeurs, les incertitudes etc, de l'équipe face à un dilemme éthique. Suite à cet exemple nous pouvons en tirer des positions différentes selon les statuts et compétences (médecins, infirmières). Cette démarche éthique et collégiale a permis d'arriver à un consensus au sein de l'équipe. C'est une démarche qui a donné au patient la chance de sortir vivant du service. Cependant des atteintes motrices apparaissent à son réveil. Les médecins, dans leur choix de départ, avaient-ils pensé

à ces risques ? Le patient avait-il un choix particulier sur la prise en charge en réanimation ? Comment va-t-il accepter son nouveau schéma corporel ?...

Ce qu'il faut retenir de cet exemple, ce n'est pas tant la finalité car la décision retenue était de tout faire pour sauver cet homme (droit inaliénable à la vie), mais plutôt l'investissement de l'équipe dans une démarche collégiale, qui a commencé par un problème d'ordre éthique (poursuite ou non des traitements?). Cela s'est transformé en dilemme éthique entre le personnel médical et paramédical, où plusieurs points de vue et conduites à tenir ont été entendus. Pour finir une décision a été retenue par consensus.

Pour conclure sur cette partie, il est admis qu'une réponse d'ordre éthique doit être entreprise lorsqu'un dilemme sur le devenir, la poursuite ou non de traitements lourds est envisagé. L'utilisation de tous les moyens moraux, légaux, éthiques, techniques mais encore les valeurs, points de vue, choix individuels (patient, famille...), doivent impérativement être mis en œuvre. Cette démarche doit permettre de donner la réponse la mieux adaptée à la situation à laquelle elle est confrontée.

Maintenant que la démarche éthique a été analysée, il convient de comprendre d'un point de vue légal, les lois qui régissent la fin de vie en France.

### **2.3 La Limitation et/ou Arrêt de(s) Thérapeutique(s) Active(s)**

*« La décision de limitation ou d'arrêt des traitements n'est en aucun cas un arrêt des soins ou un abandon de soins. Elle entre dans le cadre d'une réorientation de la stratégie de soins vers une stratégie palliative ».*

Selon la Société de Réanimation de Langue Française dans son rapport actualisé (2009) : *« Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte »*. Gardons à l'esprit ce principe général, qu'un arrêt des traitements n'est pas un arrêt des soins, bien au contraire. Celui-ci étant basé sur les quatre principes fondamentaux de l'éthique (cf 2.2.2).

Après avoir défini les services de réanimation, les rôles et devoir du personnels soignants, après avoir analysé les bases de l'éthique du soin et les réflexions associées, il convient d'aborder la dernière loi en vigueur, en France, dite : *« Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie »*, plus connu sous le nom de *« loi Leonetti »*. Celle-ci fait suite à la première grande avancée de ce siècle en terme de droit défini

pour l'usager du système de santé : « la loi Kouchner ». La loi Leonetti est un travail de longue haleine, qui a fait suite à une envolée médiatique de situations mettant en cause des professionnels de santé. Bien sûr cette loi permet de légiférer des actes liés à la fin de vie, et de protéger les soignants. Elle permet aussi de répondre aux attentes de la société contemporaine qui est de moins en moins préparée à l'accueil de la fin de vie. Nous pouvons rajouter une demande explicite des patients à accéder à une mort digne et sans douleur. Pourtant, bien que cette loi soit la dernière grande avancée en terme de fin de vie en réanimation particulièrement, elle est peu ou mal connue des professionnels de santé ou bien, mal interprétée. Cet état des lieux fait suite à un constat lors de mes multiples lectures et lors de ma pratique dans ces services de soins intensifs. Nous allons analyser et définir cette loi et mettre en exergue les rôles de l'infirmière et des autres soignants dans la décision de « LATA ». Nous allons tenter de comprendre les difficultés d'application.

### **2.3.1 La Loi Leonetti**

Cette loi adoptée le 22 Avril 2005, est un travail entamé par Jean Leonetti en 2004 qui a demandé à son équipe un lourd travail de réflexion et de questions sur la fin de vie aujourd'hui. Le débat a été riche, plusieurs rapports ont été écrits, beaucoup de questions sur l'euthanasie ont été formulées. Il a été question de garantir le respect :du choix de l'usager, des notions de dignité et de soin de qualité(lois Kouchner) et bien sûr de garantir la sécurité juridique du personnel soignant. Il faut noter que cette loi a été votée à la quasi unanimité.

La question de l'euthanasie a très vite été rejetée. Le code pénal ne sanctionne pas l'acte en tant que tel mais le fait de donner délibérément la mort. Selon l'Article 221-1 du code pénal :

*« L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre », le fait de donner la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle ».*

La limite entre euthanasie (acte délibéré et conscient) et délivrance de traitements (sédation...) ayant pour but le soulagement du patient mais pouvant provoquer la mort, est faible. La loi rappelle dans l'article 1 et 2, Loi n°2005-370 du 22 avril 2005, Journal Officiel du 23 avril 2005 :

*« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La*

*procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »*

La limite renvoie donc à une réflexion éthique sur les meilleurs moyens à entreprendre pour soulager le patient mais aussi aux valeurs fondamentales du soignant.

Dans la suite de la recherche, il convient d'expliquer les grands principes de la loi Leonetti dans un premier temps. Dans un second temps, j'aborderai les trois situations généralement rencontrées, lors de la mise en place d'une stratégie d'arrêt des soins. Dans un troisième temps les ambiguïtés de la Loi Leonetti seront expliquées. Pour finir, j'exposerai le rôle et la place de l'infirmier dans la/les décisions de « LATA ».

### **A) La Loi : Les Cinq Principes Fondamentaux**

Le premier principe est bien sûr l'interdiction de donner la mort délibérément, comme évoqué plus haut. Pour appuyer ce principe, référons nous à la déclaration universelle des droits de l'homme (droit inaliénable à la vie). Dans l'article 3, elle énonce : *« Tout individu a droit à la vie »*.

Le deuxième principe fondamental est l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Selon l'article 1er de la : *« Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 »* :

*« [...] Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie [...] »*.

La Loi permet donc de suspendre, voire de ne pas entreprendre d'échelles thérapeutiques inappropriées voire délétères. Les soins palliatifs, avec comme texte de référence, la circulaire « Laroque », du « 26 Août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale », est le commencement de cette culture de la fin de vie. Aujourd'hui, le soin palliatif fait partie de l'enseignement des soignants. C'est un objectif politique et social très présent. Lorsqu'il est question d'une limitation des traitements, il est question de soins palliatifs. Car comme nous l'avons vu, ce n'est pas parce que nous arrêtons les traitements actifs que les soins de confort, de lutte contre la douleur, etc, s'arrêtent, bien au contraire. La réanimation lieu du curatif, peut faire appel dans certaines situations difficiles, aux équipes mobiles de soins palliatifs. Grâce au programme de développement des soins palliatifs (2008-2012), mis en place par le ministère de la santé et des affaires sociales,



des unités mobiles de soins palliatifs ont été formées et mises à disposition des professionnels de santé. Cela montre la demande croissante de la population et du système de santé d'un réel accompagnement vers une mort digne. Ce sujet demanderait un travail à part entière de recherche, mais il semblait intéressant d'y faire référence.

Le troisième principe fait référence au respect de la volonté des patients. L'appréciation du caractère « déraisonnable » est le fait du patient (en état d'exprimer sa volonté). Sinon, c'est le médecin qui prend la décision, après avoir recherché quelle pourrait être la volonté du patient (existence de directives anticipées, consultation de la personne de confiance, de la famille) et avoir respecté une procédure collégiale. La Loi nous dit (Leonetti) :

*-Article 6 : « Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix.[...]»*

*-Article 7 : « Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. « A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant ».*

*-Article 9 : « Art. L. 1111-13. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale [...] et consulté la personne de confiance [...] la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne.[...]»*

Dans ces différents articles, il est bien défini les droits des usagers et obligations des soignants de respecter les choix du patient, avant tout pour le respect de sa dignité et celle de ses proches. L'utilité d'une procédure collégiale est très bien démontrée par la loi dans l'application, et par l'éthique dans sa réflexion.

Le quatrième principe fait référence à la préservation de la dignité des patients et l'obligation de leur dispenser des soins palliatifs. L'article 6 (plus haut) nous dit :

*«[...]Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10: Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »*

Pour finir le dernier principe évoqué à plusieurs reprises dans les différents articles fait état de l'obligation de traçabilité des procédures suivies pour protéger les différents acteurs.

### **B) Ambiguïtés et difficultés d'application**

Bien que la « Loi Leonetti » ait permis aux patients d'être reconnus libres de leurs choix en matière de fin de vie, et de contribuer à la diminution des actes déraisonnables Patrick Vespieren, lors de la conférence-débat organisée par la Maison médicale Jeanne-Garnier, le 17 Mai 2005, intitulé : « *La Loi Leonetti - Objectifs et ambiguïtés* », reconnaît l'innovation de cette loi mais fait état d'ambiguïtés et de difficultés d'application. Donnons comme premier exemple d'ambiguïté, identifié dans l'article 2 :

*« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, [...] ».*

Patrick Vespieren estime :

*« Connaissant la tendance, dans certains services hospitaliers, d'utiliser de tels traitements dans le but d'abrèger la vie. Il aurait été grandement souhaitable que, pour éviter de telles dérives, la loi renvoie à des règles concrètes de maniement des médicaments antalgiques et sédatifs, de manière à chercher à obtenir que l'effet d'abrègement de la vie reste « secondaire », non recherché, et prévenu dans la mesure du possible »*

Une deuxième ambiguïté identifiée par Vespieren, lors de la conférence, sont les critères qui permettent la « LATA », dans le cas où le patient est inconscient, avec aucune directive anticipée, de personne de confiance et/ou pas de famille. Se rajoutent à cela les cas d'urgences et donc des décisions hâtives dans certaines situations. Plusieurs critères sont évoqués tels que « l'utilité », « disproportion », « vie valant la peine d'être vécu ». Il conclue sur cette ambiguïté par :

*« Tout peut-il, cependant, être prévu et exprimé dans le langage de la loi ? En plus des situations où les traitements seraient inutiles ou disproportionnés, demeurent d'autres cas pour lesquels ces concepts ne sont pas pertinents. Il est difficile de rassembler tous ces cas dans une catégorie unique et de formuler un même critère justifiant la limitation ou l'arrêt des traitements; et tout spécialement, un critère pouvant être inscrit dans le cadre d'une législation ».*

D'autres ambiguïtés ont été identifiées telle que la nutrition artificielle comme un traitement ?

Bien qu'il y ait des ambiguïtés et donc des difficultés d'application, Vespieren dans la conférence nous dit :

*« A chacun [...], et aux médecins en particulier, de favoriser une interprétation du texte qui soit pleinement respectueuse des malades, et soucieuse de développer la solidarité due à l'ensemble des personnes vulnérables ».*

La « Loi Leonetti », légifère les grands principes d'accompagnement lors d'une démarche de « LATA » et permet aux différents acteurs d'être protégés mais laisse quelques ambiguïtés. Celle-ci ne fait pas ou peu référence aux situations particulières rencontrées en réanimation. La Société de Réanimation en Langue Française (SRLF) dans un rapport sur la limitation des traitements, actualisé en 2009, fait état de trois situations rencontrées quotidiennement en réanimation.

### **2.3.2 La Réflexion : Trois situations Quotidiennes**

La « SRLF », dans ce rapport de 24 pages fait état, que de la « LATA » en réanimation. Ce rapport est une base de données et de réflexions. Pour appuyer ce constat, ce rapport page 1 nous dit :

*« Pour nombre de ces situations, la procédure préconisée en réanimation n'est pas applicable et il n'existe pas de guide d'aide à la décision. Il convient de reconnaître un réel besoin de mieux évaluer ces pratiques et, sans doute, de les améliorer. »*

Dans cette partie, il est question de mettre en évidence les trois situations d'appel à une réflexion sur une démarche de « LATA », identifiée par la « SRLF ». Le patient en état de mort encéphalique étant une situation à part, celle-ci ne figure pas dans cette recherche.

Dans son rapport intitulé : « *Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française, 2009, p. 5-6* » nous dit :

*« La question de la limitation ou de l'arrêt de traitements peut être posée dans le cadre d'une réflexion quotidienne dans les situations suivantes :*

*-le patient en situation d'échec thérapeutique, malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale, pour lequel la décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement(s) a pour but de ne pas prolonger l'agonie par la poursuite de traitements de suppléance d'organe.*

*-le patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie et pour lequel la poursuite ou l'intensification de traitements de suppléance d'organe serait*

*déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle. -le patient témoignant directement ou indirectement de son refus d'introduction ou d'intensification des traitements de suppléance des défaillances d'organes, ce qui conduit à une stratégie de limitation ou d'arrêt de traitements. »*

Pour trouver la meilleure solution pour le soignant, la famille et le patient nous avons à disposition : le recours légal (loi, CSP, article, décret , code de déontologie...), les recommandations et avis d'autorités compétentes, les connaissances en matière de soins, la technique toujours plus performante, la possibilité de faire appel à des avis extérieurs (confrères, équipes mobiles de soins palliatifs...), la réflexion éthique par un processus collégial... De plus les soignants ont accès au : « *Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique (d'après le Guide LATAREA)* » (ANEXE 1), mis en place grâce à une étude multicentrique . Ce guide permet de commencer une réflexion sur la meilleure démarche à adopter, par une procédure écrite.

Nous avons donc pu voir les avancées en matière de fin de vie en réanimation suite à l'adoption de la « loi Leonetti » mais les ambiguïtés et difficultés d'application restent quotidiennes. Évidemment l'économie apparaît comme mot d'ordre, alors pour contrer certaines politiques institutionnelles, les infirmières restent les garantes des bonnes pratiques en matière de fin de vie. Grâce à une formation sur les soins palliatifs dans leurs parcours, elles ont conscience de l'importance d'accompagner le futur défunt. Seulement, moi même, par ma pratique dans ces services intensifs et par mes multiples lectures, il apparaît que les démarches de « LATA » sont encore peu ou mal connues, voir mal interprétées. Des difficultés dans certaines situations perdurent, et nous entendons encore parler d'obstination déraisonnable dans nos pratiques quotidiennes, de non respect des choix du patient, suite aux cultures curatives encore très présentes en réanimation. Elles sont certainement alimentées par la médecine moderne et les techniques de suppléances toujours plus performantes. Il semble important d'évoquer le rôle et la place de l'infirmière dans ces décisions de plus en plus régulières de limitation des traitements.

### **2.3.3 Les Rôles et la Place de l'Infirmière dans une décision de « LATA »**

Dans cette dernière partie de ma recherche, il semble important de mettre en lumière les rôles et la place de l'infirmière de réanimation. Dans un service tel que celui-ci, de multiples professionnels se côtoient pour apporter tous les soins nécessaires aux patients en détresse. Chacun possède un statut différent, des rôles différents, une approche et des valeurs

différentes. Bien que le rôle de l'infirmière ait été déjà analysé plus haut (2.1.3), il convient d'accentuer notre recherche sur la place de l'infirmière dans une décision de « LATA ». Comme relaté à plusieurs reprises, toute décision doit être soumise à une procédure collégiale. Il faut prendre en compte d'éventuelles directives anticipées et/ou avis de la personne de confiance du patient. Par la suite il faudra prendre en compte les avis de tous les professionnels de santé présents. Les infirmières et les médecins sont la plupart du temps les personnes les plus impliquées dans cette décision. Il semble difficile de faire un véritable état des lieux des pratiques réelles. Bien que le service de réanimation en France soit un mode de fonctionnement relativement commun sur les prises en charges curatives, les pratiques lors de la fin de vie semble être différentes.

Nous pouvons admettre que dans la majorité des lieux de soins intensifs, la culture curative est encore très présente mais un paradoxe s'en ressent : la poursuite d'une échelle thérapeutique due à cette culture curative et l'accompagnement du patient en fin de vie.

L'infirmière, bien que portée par cette culture curative (technique très présente, très grande responsabilité, urgence vitale régulière, hiérarchie médicale...), n'en oublie pas moins sa formation initiale, basée sur le respect, le soin, la promotion de la santé et bien sûr l'accompagnement vers une fin de vie digne. Il semble difficile, pour les infirmières, dans ces services aujourd'hui d'avoir un poids sur les décisions prises le plus souvent par l'équipe médicale elle-même. Les médecins sollicitent pourtant régulièrement les infirmières pour évaluer l'état clinique du patient, mais ils peuvent oublier les compétences de l'infirmière en matière d'argumentation sur la décision de « LATA ». Pourtant nous pourrions nous dire que la loi Leonetti permet d'être investit dans cette décision mais aussi dans la pratique. Il semblerait que cela ne soit pas le cas. Selon un rapport de C. Baccou, intitulé : « *Fin de vie en réanimation, cadre légal* », il identifie que :

*« Le personnel infirmier est donc consulté et informé du processus décisionnel de limitation des thérapeutiques actives. Et pourtant, en pratique, un malaise professionnel existe : être consulté ne signifie pas véritablement débattre, et être informé a posteriori d'une décision prise hors présence infirmière implique nécessairement un sentiment de dévalorisation. En effet, quelles sont les conditions pratiques de communication entre médecin et infirmier ? Le médecin vient à la rencontre de l'infirmier en poste, responsable des soins de trois patients, pour lui demander des informations peut-être essentielles dans la prise de décision, alors qu'il n'a ni la disponibilité intellectuelle ni le temps matériel de véritablement argumenter. De la même façon, qu'en est-il du sentiment de transparence de la décision ? Comprendre la décision médicale et ses enjeux, avoir le sentiment de faire corps et de ne plus être de simples exécutants[...] les médecins « oublie » souvent de convier des représentants du corps infirmier, et nous, infirmiers, refusons de nous imposer dans le débat, alors que, paradoxalement, nous sommes persuadés de la valeur de notre appréciation et de la qualité de notre relation au patient... »*

Il semblerait que nous soyons face à plusieurs difficultés en matière de limitation des traitements entre les corps médicaux et paramédicaux, chacun souhaitant procurer les meilleurs soins à l'usager mais avec des divergences dans les pratiques.

#### **2.4 Problématique/ Question de Recherche**

De nos jours, la fin de vie, dans la majorité des cas se déroule dans une structure hospitalière. Comme nous l'avons vu, de plus en plus de services de réanimation ont comme ligne directrice, de part leur fonction première, de sauver les personnes en état de défaillances multiviscérales. Il me semble, quand il est question de fin de vie, que l'amélioration des pratiques, des manières de penser, des lois, des avis, etc, prend du temps à s'installer et à être appréhendé. Il reste néanmoins une volonté à réfléchir sur l'évolution de ces pratiques et sur l'émergence d'une éthique en matière de fin de vie. Cependant le chemin semble encore long.

La question de départ m'a permis de conceptualiser, de définir les outils : individuels que nous pouvons développer et ceux que nous pouvons utiliser (lois, avis...). Suite à ce travail, la question de recherche retenue est celle qui suit :

**Comment l'infirmière au sein d'une équipe pluridisciplinaire pourrait-elle améliorer la qualité de prise en charge de la fin de vie en réanimation, plus particulièrement la démarche de « LATA », en intégrant éthique et pratiques professionnelles dans un cadre légal?**

#### **2.5 Hypothèses**

##### **A)Évaluer :**

Pour chaque démarche de « Lata », une évaluation rigoureuse, se basera sur des critères prédéfinis, tels que le choix du patient et/ou de la famille, la situation en elle-même (clinique, bénéfice/risque,...), ou encore les avis des soignants... Pour finir, la démarche qui sera retenue collégialement et le vécu de cette procédure par les participants (patients, familles, soignants,...) sera analysée. Cela permettra sur le long terme, d'avoir une vue d'ensemble des pratiques quotidiennes et de les évaluer.

##### **B)Former :**

Mettre en place une formation régulière des professionnels de santé travaillant en réanimation, sur les dernières avancées en matière d'accompagnement de fin de vie (actuellement la « LATA »). Par exemple, se former sur un panel de situations déjà passées, sur

lesquelles nous pourrions échanger, réfléchir et tenter de trouver une solution. Cela permettrait d'une part d'améliorer les pratiques et d'autre part d'améliorer les réflexions éthiques.

### **C)Échanger :**

Par l'organisation (service dépendant) de réunions plus régulières du staff (médical, paramédical...) pour échanger sur les patients en situations difficiles et sur lesquels une démarche de « LATA » aurait été évoquée. Cette démarche permettrait d'une part de ne pas se hâter dans les décisions. D'autre part cela améliorerait les échanges entre chaque soignant qui ne serait plus simple spectateur mais acteur à part entière (identité professionnelle). La formation étant continue, les échanges permettraient de comprendre, d'apprendre de ses pairs et d'améliorer sa pratique et sa réflexion.

### **3)Méthodologie de l'enquête**

#### **A)Choix de l'outil d'enquête**

J'ai décidé d'utiliser les entretiens semi-directifs pour mener à bien mon enquête. A mon sens, ils permettent aux professionnels de parler plus librement de leurs ressentis, de leurs émotions, de leurs connaissances. Je ne voulais pas être directif en suggérant les réponses. Mon thème portant sur la fin de vie, j'ai fait ce choix pour qu'il y ait un véritable échange avec les soignants. Je m'inscris donc dans une démarche qualitative plutôt que quantitative. De mon point de vue, une démarche qualitative permet d'exploiter beaucoup plus d'information en terme de connaissances, de valeurs, d'investissement dans les décisions de « LATA ». Je souhaite enregistrer les entretiens avec l'accord préalable des professionnels. Pourquoi les enregistrer ? Lors des entretiens je serais seul face à plusieurs professionnels, je pense que je ne pourrai pas tout prendre en note. Toute information recueillie est à mon sens très importante pour l'analyse des résultats qui suivront cette enquête. De plus, l'analyse de l'enquête m'amènera sûrement à une autre recherche et il serait important de garder en mémoire les entretiens effectués. Je souhaite mettre en place des questions larges sur la fin de vie en réanimation, sur les connaissances des professionnels d'un point de vue légal, et en fonction des recommandations et des avis émis par les différentes sociétés de réanimation. Le but sera d'échanger et de savoir se qu'ils entendent par « éthique du soin » et connaître l'implication des professionnels dans les démarches de « LATA ». Afin d'être préparé au mieux, j'ai construit des questions de relance me permettant de recadrer et d'approfondir les éléments recueillis. Ces différents échanges me permettraient d'une part, de rentrer en communication plus facilement

avec les professionnels qui ne se sentiraient pas limités par des questions fermées. D'autre part, j'essayai d'être au plus près des valeurs et pratiques professionnelles du service.

### **B) Choix de la population et du lieu de l'enquête**

Le lieu, évidemment, sera un service de réanimation. Comme largement traité dans cette recherche, il convient d'admettre, que c'est dans ce service qu'il y a le plus de démarches de « LATA ». Un seul service de réanimation serait choisi pour limiter les difficultés d'organisations de l'enquête (temporalité du travail) et d'un point de vu budgétaire (frais kilométrique). Je choisirai les infirmiers comme population d'enquête, suite à ma question départ. En temps que futur professionnel infirmier il semble important de comprendre et apprendre de cette population, tout en gardant à l'esprit les autres professionnels de santé. Suite à ma question de recherche, il serait judicieux d'intégrer d'autres professionnels dans l'enquête mais il faut sans doute se fixer certaines limites. Premièrement, une limite en matière de temps, car dans ces services actifs les professionnels sont beaucoup sollicités du fait d'une surveillance accrue des patients. Ensuite une limite dans la quantité d'informations sera traitée après les différents entretiens.

Je souhaite proposer à toute l'équipe infirmière de participer à cette enquête d'abord. Suite aux réponses recueillies, je garderai un échantillon de six infirmiers. Trois avec une expérience de plus de dix ans dans un service de réanimation et trois avec une expérience de moins de cinq ans. Les soignants ayant une expérience de plus de dix ans me permettront d'avoir une vue d'ensemble sur l'évolution de la fin de vie (avant la loi Leonetti versus après par exemple), et l'évolution de leurs implications dans les décisions de « LATA ». Les infirmières ayant une expérience de moins de cinq ans m'apporteront un regard neuf sur les pratiques quotidiennes et bien sûr leurs implications dans les différentes démarches.

Après avoir recueilli toutes ses informations, un travail d'analyse, de confrontation des différents entretiens devra être entrepris pour tenter de répondre à la question de recherche.

### **Conclusion**

Pour finir sur ce sujet si important et si intéressant que l'accompagnement vers une fin de vie digne en service de soins intensifs, je souhaite faire une ouverture en m'appuyant sur mes recherches effectuées, mes lectures, mon expérience et le rapport dit : « *Siccard* », écrit par la commission de réflexion sur la fin de vie, intitulé : « *Penser solidairement la fin de vie* ». Ce rapport a été rendu au président de la république le 18/12/12. Dans ce rapport, un état des



lieux sur la fin de vie a été formalisé suite à de nombreux débats en France, aux demandes croissantes de la population d'accéder à une fin de vie raisonnable et sans acharnement des soins. Ce rapport est intéressant car il traite en partie des difficultés d'application des lois en vigueur, de l'intégration d'une éthique du soin et de l'ultra technicité de notre système de santé, qui peu en oublier l'accompagnement psychologique, spirituel et moral que l'utilisateur est en droit de recevoir. Le travail de recherche effectué m'a permis d'assimiler les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une limitation des traitements bien qu'en France il existe des lois, saluées par les pays occidentaux.

En France, la culture des soins palliatifs est encouragée par la société elle-même car les personnes vivent de plus en plus longtemps et souhaitent une « bonne mort ». Cette culture, a pendant longtemps été oubliée des études médicales. Aujourd'hui les médecins sont confrontés à un paradoxe : d'un côté ils ont le devoir d'apporter tous les soins nécessaires au maintien de la vie et de l'autre ils ont le devoir et l'obligation de ne pas entreprendre d'échelles thérapeutiques dites « déraisonnables ». Pour cela la loi « Kouchner, 2002 » demande aux professionnels de santé d'accroître les réflexions éthiques en matière de pratique et d'accompagnement de la fin de vie. S'est rajouté à ce texte la loi « Leonetti, 2005 », qui donne la possibilité de limiter voire d'arrêter des thérapeutiques n'ayant d'autre effet que le maintien de la vie. Le monde hospitalier est confronté à des difficultés d'ordre économiques, politiques, morales, professionnels et pour finir sociétales. L'hypertechnicisation de la médecine moderne a permis d'accroître de manière spectaculaire la vie mais elle a aussi permis des dérives insupportables en matière de soins. Comme le début de la vie, la fin elle aussi, se déroule dans les services hospitaliers. Cela a provoqué un changement radical dans les modes de penser la mort. Les lois permettent une diminution des actes de judiciarisation et donc une protection de l'utilisateur comme du professionnel, mais provoquent un certain désinvestissement en matière d'humanité, qui est pourtant la base du soin. L'éthique dans le soin semble une alternative pour recentrer les pratiques et surtout réfléchir sur les situations difficiles auxquelles sont confrontés les soignants.

Il semble important qu'un échange en profondeur sur les pratiques de la fin de vie soit entrepris entre les différents professionnels de santé en lien avec les attentes de la population. Une pensée solidaire permettrait sûrement une réappropriation de la mort, comme la fin de vie, sans souffrance. Les démarches de réflexions éthiques sont de plus en plus fréquentes mais peinent à se généraliser au plan national. Un effort considérable des politiques, des professionnels et des usagers reste la meilleure démarche pour améliorer la qualité du système de santé sur les manières d'accompagner la fin de vie en France.

## **Bibliographie**

\_C. Baccou, M. Delfino, N. Michel, S. Pellegrino, S. Ribes : Fin de vie en réanimation, Cadre Légal. [http://www.reanord.org/jmaru/docs/2006/f2006\\_6.pdf](http://www.reanord.org/jmaru/docs/2006/f2006_6.pdf) (consulté le 03/05/13)

\_S. Beloucif, pour le Groupe de Réflexion Éthique de la Sfar. La fin de vie en réanimation. Les Essentiels 2005, p. 533-552.© 2005 Elsevier SAS. [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05\\_40/ca05\\_40.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_40/ca05_40.htm)(consulté le 01/05/13)

\_Infirmier.com. Christophe PACIFIC Cadre supérieur de santé, Docteur en philosophie. L'éthique ? Pour quoi faire dans nos pratiques soignantes ? 18.01.2013 | Mis à jour le 27.02.2013.

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/ethique-pour-quoi-faire-dans-nos-pratiques-soignantes.html> (consulté le 20/04/13)

\_Infiressources. Centre de ressources en soins infirmiers.

<http://www.infiressources.ca/myscriptorweb/scripto.asp?resultat=58861> (consulté le 04/05/13)

\_Jacques SAUVIGNET, le 30 janvier 2008, Une éthique infirmière.

[www.cadredesante.com](http://www.cadredesante.com) (consulté le 30/03/13)

\_J,-Cl, Besancenay, R. Homo, P. Michot, D. Moreau, M. Quest. L'éthique et les soignants. Editions Lamarre, Paris, 1996, 177p. <http://books.google.fr/books> (consulté le 05/05/13)

<http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=zdB0HL3acrAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ethique+infirmiere&ots=SNRonfNCsr&sig=Va552eaTrtO-L0NLhyP2pxqfFew#v=onepage&q=ethique%20infirmiere&f=false>

\_KENTISH-BARNES Nancy. Mourrir à l'hôpital : Décisions de fin de vie en réanimation. Paris VI : Editions du Seuil, 2008, 242p.

\_KÜBLER-ROSS Elisabeth. Accueillir la mort : Un merveilleux message d'espoir pour tous ceux qui ont perdu un proche. Paris: Edition Pocket, 2002, 188p.

\_LOUPAN Cécile B avec DOSNE Laetitia, préface de LEONETTI Jean. Vivre et mourir comme un homme. Guide pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Paris : Editions de l'Oeuvre, 2010, 190p.

\_Lyse Langlois , Réjeanne Dupuis , Manon Truchon , Hubert Marcoux et Lise Fillion. Le travail en crise : Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. Ethique Publique. 2009, vol. 11, n°2. <http://ethiquepublique.revues.org/90> (consulté le 30/04/13)

\_Paul Ricoeur, Soi-même comme un autre, Éditions du Seuil, Paris, 1990, 424 p.

\_SVANDRA Philippe. Le soignant et la démarche éthique. Paris : Editions Estem, 2009, 143p.

\_Patrick Vespieren, Département d'éthique biomédicale, centre Sèvres, Paris. La loi Leonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie. Objectifs et ambiguïtés.

[http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/commentaires-sur-loi-leonetti-fi\\_287.pdf](http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/commentaires-sur-loi-leonetti-fi_287.pdf) (consulté le

01/05/13)

\_Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adultes : Actualisation des recommandations de réanimation de langue française. 22 septembre 2009. <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/816.pdf> (consulté le 06/04/13)

\_La limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation adulte. Publication et mise en ligne du texte, ainsi que présentation au congrès de la SRLF, 2009. <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/816.pdf> (consulté le 06/04/13)

\_Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française Société de réanimation de langue française Reçu le 27 juin 2010 ; accepté le 1er juillet 2010 Disponible sur Internet le 26 octobre 2010. [http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110805-113918-616/src/htm\\_fullText/fr/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679\\_698.pdf](http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110805-113918-616/src/htm_fullText/fr/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679_698.pdf) (consulté le 06/04/13)

\_Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation, France 2011. <http://www.srlf.org/Data/Upload/Files/PDF/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20IDE%20final.pdf> (consulté le 23/03/13)

\_Société de réanimation de langue française. Le Portail de la réanimation. Organisation de réanimation, mis à jour le 07/09/2011. <http://www.srlf.org/paramedical/reglementation-et-competences/effectifs-des-personnels-de-reanimation/index.phtml> (consulté le 24/03/13)

\_Larousse, dictionnaire de Français, extrait de Larousse Médical. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/r%C3%A9animation/15763> (consulté le 30/03/13)

\_Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240> (consulté le 02/05/13)

\_Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, 13/06/2012. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_de\\_developpement\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_2008\\_2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf) (consulté le 13/04/13)

\_Comité consultatif national d'éthique, les avis :

-n°58 :Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent

à des actes de soin ou de recherche,

-n°63 :Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie,

-n°84 :Avis sur la formation à l'éthique médicale,

-n°87:Refus de traitement et autonomie de la personne.

<http://www.ccne-ethique.fr/avis.html> (consulté le 28/04/13)

\_Code pénal - Article 221-1. France, 1er Mai 1994.

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v\\_1?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v_1?)

[idArticle=LEGIARTI000006417561&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=20130514](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v_1?idArticle=LEGIARTI000006417561&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=20130514) (consulté le 03/05/13)

\_Ministere des affaires sociales république Française et de l'emploi direction générale de la santé Paris, le 26 août 1986. <http://cnrd.fr/Circulaire-DGS-3D-du-26-aout-1986.html> (consulté le 27/03/13)

\_Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618> (consulté le 04/04/13)

\_Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 10 décembre 1948. <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/declara.asp> (consulté le 02/03/13)

\_Code de déontologie médicale, novembre 2012.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medecale-915> (consulté le 10/04/13)

\_Code civil - Article 16-3, respect du corps humain, version en vigueur au 7/08/2004.

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v\\_1?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v_1?)

[idArticle=LEGIARTI000006419297&cidTexte=LEGITEXT000006070721&categorieLien=id&dateTexte=20130514](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FAD3021C506FD50F7502B88EF27BC444.tpdjo04v_1?idArticle=LEGIARTI000006419297&cidTexte=LEGITEXT000006070721&categorieLien=id&dateTexte=20130514) (consulté le 10/05/13)

\_Article 109 - Engagement du médecin de respecter le code de déontologie.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-109-engagement-du-medecin-de-respecter-le-code-de-deontologie-333> (consulté le 11/05/13)

\_Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

\_Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?>

[cidTexte=JORFTEXT000000456203&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456203&dateTexte=&categorieLien=id) (consulté le 09/03/13)

\_Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie, Rapport à François Hollande Président de la République Française, 18/12/2012, présidé par Didier Siccard.

<http://www.elysee.fr/assets/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf> (consulté le 02/03/13)

\_Article R4311-1CSP:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888&dateTexte=&categorieLien=cid)

[cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888&dateTexte=&categorieLien=cid) (consulté le 27/04/13)

\_Article R4311-2 CSP :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080310&fastPos=1&fastReqId=1038277619&oldAction=rechCodeArticle)

[idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080310&fastPos=1&fastReqId=1038277619&oldAction=rechCodeArticle](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080310&fastPos=1&fastReqId=1038277619&oldAction=rechCodeArticle) (consulté le 27/04/13)

\_Article D712-109 CSP :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691719&dateTexte=20130529)

[cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691719&dateTexte=20130529](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691719&dateTexte=20130529)  
(consulté le 27/04/13)

\_Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique) :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-40-risque-injustifie-264>(consulté le 23/04/13)

\_Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, Sous-section 2 : Devoirs envers les patients, Article R. 4312-32 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id> (consulté le 21/04/13)

\_ **Image page de garde** : Image: D.U Ethique : changer son regard5 avril 2011 | [Malika Surbled](http://www.actusoins.com/6421/d-u-ethique-changer-son-regard.html) | : <http://www.actusoins.com/6421/d-u-ethique-changer-son-regard.html> (consulté le 28/05/13)

**Annexe 1**  
**Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique**  
**(d'après le Guide LATAREA)**

Discussion n°: _____		Date : _____	
Initiateur de la réflexion (fonction et identification) :			
Réflexion(s) informelle(s) ayant précédé cette discussion :    Oui   Non			
Niveau d'engagement thérapeutique ce jour : <input type="radio"/> Maximal <input type="radio"/> Ne pas réanimer un ACR (NTBR) <input type="radio"/> Limitation thérapeutique			
Consultation du patient et des proches concernant le niveau d'engagement thérapeutique avant présente discussion			
Patient : <input type="radio"/> inapte à consentir (coma ou sédation) <input type="radio"/> consulté en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consulté en désaccord avec la stratégie			
Proches : <input type="radio"/> consultés et en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consultés en désaccord avec la stratégie <input type="radio"/> niveau d'information insuffisant <input type="radio"/> défaut de qualité des entretiens <input type="radio"/> absence de proches connus ou joignables			
Intervenants de la réflexion collégiale (*: participation indispensable si présent)			
Fonction	Identification	Fonction	Identification
* Médecin senior en charge du patient	Nom :	Chirurgien	Nom :
* Interne en charge du patient	Nom :	Médecin référent	Nom :
* Infirmier(e) en charge du patient	Nom :	Cadre infirmier	Nom :
* Aide-soignant(e) en charge du patient	Nom :	Autres paramédicaux	Noms :
Autre médecin senior	Nom :	Médecin traitant	Nom :
Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion			
<input type="radio"/> Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle <input type="radio"/> Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur <input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle <input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle		<input type="radio"/> Rénal et métabolique nécessitant l'épuration extra rénale <input type="radio"/> Hépatique <input type="radio"/> Hématologique nécessitant transfusions répétées	
Contexte clinique			
Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation			
Il n'existe plus de stratégie curative possible			Oui   Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours			Oui   Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion			Oui   Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme			Oui   Non
L'âge est particulièrement avancé			Oui   Non
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion			Oui   Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée			Oui   Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée			Oui   Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée			Oui   Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient			Oui   Non
La souffrance physique du patient est incontrôlée			Oui   Non
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique			Oui   Non
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique			Oui   Non
Il ne doit pas être tenu compte dans la réflexion d'une iatrogénie (potentielle)			Oui   Non
Commentaire :			

Avis du médecin ou du chirurgien référent du patient (différent du consultant extérieur de la procédure Leonetti)	
Un avis du médecin ou du chirurgien référent serait utile :	Oui   Non   NA
... au cas où l'avis recherché serait impossible, pour quelle(s) raison(s) :	Non disponible   Non souhaité   Injoignable
... au cas, où l'avis serait possible, quelle argumentation du médecin/chirurgien référent :	
Il n'existe plus de stratégie curative possible	Oui   Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours	Oui   Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable	Oui   Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme	Oui   Non
L'âge est particulièrement avancé	Oui   Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée	Oui   Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée	Oui   Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée	Oui   Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient	Oui   Non
Commentaire :	
Niveau de consensus	
Consensus au sein de l'équipe :	Oui   Non
Prévoir autre réunion dans les 48h :	Oui   Non
Le patient sera impliqué dans cette réflexion :	Oui   Non, juste informé   Non, du tout   NA
Les proches seront impliqués de cette réflexion :	Oui   Non, juste informés   Non, du tout   NA
Commentaire :	
Stratégie proposée	
<input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté <input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données <input type="radio"/> Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR) <input type="radio"/> Limitation des traitements et démarche palliative <input type="radio"/> Arrêt des traitements et démarche palliative	
Après consultation ...	
Le patient est : <input type="radio"/> inapte à consentir <input type="radio"/> en accord avec la stratégie <input type="radio"/> en désaccord avec la stratégie Les proches sont : <input type="radio"/> en accord avec la stratégie <input type="radio"/> en désaccord avec la stratégie <input type="radio"/> non vus Un autre entretien est prévu (dans un délai maximum de 48h) le ..... Commentaire :	
Décision après les différentes consultations	
<input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté <input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données <input type="radio"/> Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR)                      → Remplir fiche de décision LAT <input type="radio"/> Limitation des traitements et démarche palliative                      → Remplir fiche de décision LAT <input type="radio"/> Arrêt des traitements et démarche palliative                      → Remplir fiche de décision LAT	

## Annexe 2 :

### Fiche de Décision de limitation ou d'arrêt des traitements (d'après le Guide LATAREA)

Nom du médecin responsable de la décision : .....

1. *Décision proposée* :  *O une limitation des traitements*  *O un arrêt des traitements*

2. Respect de la procédure de réflexion collégiale :

Date et n° de la réflexion collégiale: .....

Le médecin responsable assure :

O avoir consulté l'équipe de soins concernant la décision et ses modalités

O avoir consulté le patient conscient et apte à consentir concernant la décision et ses modalités

O ne pas avoir consulté le patient car celui-ci était inconscient ou inapte à consentir

O s'être assuré de l'existence potentielle de directives anticipées ou de souhaits antérieurement exprimés par le patient

O avoir consulté la personne de confiance (si désignée) concernant la décision et ses modalités

O avoir consulté la personne référente et les proches concernant la décision et ses modalités

O assure avoir consigné les motifs et l'identité des intervenants

3. Avis du consultant extérieur :

Nom, fonction et service du consultant : .....

Patient examiné : Oui | Non

Anamnèses antérieure et présente considérées comme suffisantes : Oui | Non

Argumentation de la décision considérée comme suffisante et cohérente : Oui | Non

Modalités de la décision prise considérées comme cohérentes et adaptées : Oui | Non

**Conclusion signée de l'avis du consultant :**

Accord avec la décision prise : Oui | Non

Désaccord avec la décision prise justifiant un autre avis : Oui | Non

*Commentaire éventuel:*

4. *Décision définitive* :  *O Limitation des traitements et démarche palliative*  
 *O Arrêt des traitements et démarche palliative*  
 *O Pas de décision de limitation ou d'arrêt en l'absence de consensus*

Modalités de la stratégie de limitation ou d'arrêt des traitements

Traitements limités ou arrêtés	
Pas de massage cardiaque externe en cas d'ACR	Oui   Non
Pas d'intubation quelle que soit la situation	Oui   Non   NA
Extubation	Oui   Non   NA
Abstention ou ablation de la canule de trachéotomie quelle que soit la situation	Oui   Non
Limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FiO2	Oui   Non   NA
Limitation de la ventilation mécanique par limitation du mode ventilatoire	Oui   Non   NA
Arrêt de la ventilation mécanique	Oui   Non   NA
Non mise en place de VNI quelle que soit la situation	Oui   Non   NA
Arrêt de la VNI	Oui   Non   NA
Limitation ou non introduction des vasopresseurs	Oui   Non
Arrêt des vasopresseurs	Oui   Non   NA
Limitation ou non introduction de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration)	Oui   Non
Arrêt de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration) quelque soit la situation	Oui   Non   NA
Abstention d'un monitoring de la PIC quelle que soit la situation	Oui   Non





Auteur : KLIMEK.G

La "LATA" en Réa, le soin d'une Éthique.

UE 3.4 et 5.6, S6, année 2013

Mots-clés : réanimation, éthique, limitation et/ou arrêt des thérapeutiques actives.

Résumé : La réanimation est un service où l'on sauve des vies mais où la mort est présente chaque jour. Les soignants se côtoient, procurent des soins, accompagnent le patient et la famille dans une phase difficile. L'histoire nous montre l'importance de ces services d'un point de vue curatif mais aujourd'hui un nouveau paradigme s'est installé. Le décès se passe de plus en plus à l'hôpital, et pour une majorité en service de réanimation. Des lois, des décrets, des avis... sont à disposition des soignants comme des usagers, mais il semble que dans la pratique cela ne soit pas si simple. Alors quelles sont les difficultés rencontrées par l'infirmière dans la décision de limitation et/ou arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s) ? Il est question dans ce travail de recherche de montrer l'importance d'une éthique du soin lors d'un arrêt des traitements dans un cadre légal mais surtout en respectant le choix du patient et de ses proches.

Abstract : Resuscitation Unit is a place where you both deal with life and death. By saving lives every day, you also fight death daily... Nursing staff come together to provide care and accompany the patient as well as his/her family in a critical phase. History has shown us the importance of these units in a healing perspective but today a new paradigm has been installed. Death is now much more happening in hospitals and consequently, in Resuscitation Units. Laws, decrees, opinions ... are now giving a support to both nursing staff and the ailing but it seems that in practice it is not so simple. So what are the difficulties encountered by the nurse in the decision to limit and / or stop (s) active(s) therapeutic(s)? In this search, we show the importance of ethics of care when stopping treatment within a legal framework but also respecting the choice of the patient and his relatives.