

Ethique et Déontologie

Cours : La réanimation médicale

Date : Le 30 octobre de 13h30 à 15h30

Ronéotypeuse : Lachaume Noémie

La réanimation médicale

PLAN DETAILLE

I- Introduction : Fin de vie en réanimation (Rappel du cour de P1)

1) Quelques chiffres et quelques études sur la réanimation

2) Limitation et arrêt des traitements

II- Le cas de Mr M

1) Le cas clinique

2) Dégagement des questions et valeurs éthiques

a) Le problème de la valeur de la vie

→ La valeur absolue de la vie

→ La qualité relative de la vie

→ Enjeu du cas de Mr M

b) Le problème de la définition du bien et de justice

→ Le bien dans la morale déontologique

→ Le bien dans la morale conséquentialiste utilitariste

III- Le cas de Mme Z : valeurs et principes en jeu

1) Etape 1 : les trois premières semaines

a) L'exposition du cas clinique

b) Les principes et valeurs éthiques

2) Etape 2 : De la 4eme à la 6eme semaine

a) L'exposition du cas clinique (suite) :

b) Les principes et valeurs éthiques

3) Etape 3 :

a) L'exposition du cas clinique (suite)

b) Les principes et valeurs éthiques

4) Le problème de l'euthanasie :

a) Le problème du droit de la personne de disposer de sa vie et de choisir les conditions de sa mort. Il y a aussi le problème de respecter la volonté de la personne.

b) Le problème de l'euthanasie :

c) L'arrêt des soins de Mme Z peut-il être considéré comme de l'euthanasie ? Quelle est la différence entre l'arrêt des soins et l'euthanasie ?

IV – La législation :

1) La loi Léonetti :

2) Remarques sur les autres pays :

LA REANIMATION MEDICALE

I – Introduction : Fin de vie en réanimation

1) Quelques chiffres et quelques études sur la réanimation :

Aujourd'hui on estime que sur 800 000 morts par an, il y en a 70% en institution Dont 48% en milieu hospitalier et 10% en clinique. Ce qui sont en théorie des endroits plutôt pour guérir.

D'ailleurs on estime que pour les décès survenant à l'hôpital, la moitié a lieu dans des unités de soins intensives.

La réanimation, crée par Maurice Rapin, consiste en l'ensemble des techniques de suppléances des fonctions vitales donnant le moyen de prolonger la vie. C'est-à-dire, qu'on peut différer mais pas empêcher la mort.

Des études ont été faites sur la réanimation :

- Etude LATAREA faites en France en 1997 qui stipule qu'environ qu'un décès sur deux en réanimation est du à une décision de limitation ou d'arrêt des soins prise par l'équipe médicale. La mortalité du à la limitation ou l'arrêt des traitements conduit à environ 20% des décès en réanimation.

- The ETHICUS study faites en 2003 sur 37 unités de réanimation dans 17 pays européens. On a pu déduire que la mortalité était aussi du à une décision de limitation ou d'arrêt des traitements dans $\frac{3}{4}$ des décès.

Mais il y a selon les pays et les service une très large variabilité du à des différents facteurs (culturels, ...)

2) Limitation et arrêt des traitements :

En raison de ces études, les professionnels ont définis des conduites et des recommandations à tenir dans la limitation et l'arrêt des traitements.

On définit trois types de situation pour la mise en application de ce type de décisions :

- L'échec thérapeutique dans le but de ne pas prolonger l'agonie.
- La suppléance des défaillances d'organes apparaissant déraisonnablement au regard d'un pronostic très défavorable en terme de qualité de vie.
- Le patient conscient, informé et apte à consentir, demandant la limitation – l'arrêt d'une suppléance.

Il faut donc se poser la question du bien fondé de la poursuite du traitement.

D'ailleurs le code de déontologie nous dit :

Article 37 : En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Article 38 : Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité de vie, enfin sauvegarder la dignité du malade, reconforter son entourage mais il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Le serment d'Hippocrate affirme aussi :

- Je ferai tout pour soulager les souffrances

- Je ne prolongerais pas abusivement les agonies
- Je ne provoquerais jamais la mort délibérément

II – Le cas de Mr M :

1) Le cas clinique :

Le 4 octobre :

Mr M, 63 ans, fait un malaise (ébrio) au restaurant avec des amis

13h30 : Il a une BSPP

14h30 : Il est emmené aux urgences où on lui dépiste une hémiparésie droite et un triple retrait gauche. Il est dans le coma (SG8)

16h30 : Il est emmené par le SAMU pour rejoindre un service de réanimation. Il est intubé par ventilation artificielle (VA).

Le neurochirurgien dépiste une TDM : AVC probable, ischémie sylvienne gauche étendue

19h30 : Il rentre en réanimation (SG7). L'avis neuro révèle un AVC sylvien massif et une souffrance du tronc cérébral. Il est trop tard pour tenter une trombolysé pour dissoudre le caillot. Le pronostic vital et fonctionnel est donc très péjoratif.

Le 4 et 5 octobre :

Poursuite de la réanimation

La famille n'est pas présente au début

Mr M vit seul, de plus on est le week end.

Le 7 octobre : 72 heures après !

La famille est arrivée, il y a des visites séparées de plusieurs membres de la famille et des entretiens « rapides » avec l'équipe de garde qui signale la gravité de l'état de Mr M .

Mais qui est Mr M ? Il est divorcé, il a trois enfants (36 à 25 ans), il était cadre dans le secteur bancaire, il est retraité depuis deux ans. Et a été atteint par un infarctus du myocarde léger il y a deux ans.

Le 7 – 8 octobre :

Il y a des aggravations avec des signes d'engagement et une souffrance du tronc cérébral.

TDM : AVC sylvien, œdème majeur, engagement sous falcoriel et temporal.

L'avis neuro : Pronostic vital est très mauvais avec un pronostic fonctionnel désastreux.

Le neurologue peut avancer cette hypothèse d'après ses connaissances :

Pronostic des AVC sous VA : mortalité à J30 : 58%

3 à 6 mois : 69%

1 à 2 ans : 68%

Parmi les survivants, il y a une récupération sans ou avec séquelles « mineures » de 30%, soit 10% des AVC/VA.

Les critères prédictifs d'évolution défavorable sont :

- AVC sévères (SSVA)
- Engagement temporal
- AVC sylvien « malin »
- Troubles neurovégétatifs
- Coma initial profond et persistant
- Déviation des structures médianes

- Co-morbidité associée

Or Mr M présente certains de ces critères... Sa survie est donc estimée inférieure à 30%. Il y aura aussi sûrement nécessité d'une trachéotomie avec une sonde d'alimentation.

Mr M continue à recevoir de nombreuses visites. L'équipe médicale (PH, assistant, internes, ...) informe la famille qu'il n'y a pratiquement pas d'espoir. Et se pose la question « Que faire en cas d'arrêt cardiaque ? »

La fille répond « Il va guérir, il faut tout faire »

Un des fils explique « Vous nous avez laissé entrevoir une possibilité de guérison »

C'est pour cela que les médecins décident de faire une Réunion d'Ethique pour savoir le bien fondé de la poursuite de la réanimation.

Sauf que la famille n'est pas prête à accepter cette décision, sa fille est anxieuse. Les médecins décident de ne pas limiter les soins. Mais ils notent dans le dossier de soins que le pronostic vital est très compromis et que la famille en est informée.

Le 13 octobre :

On met en place une conférence de famille avec le médecin senior, les deux fils, la fille, la cousine, l'ex épouse, le frère et la sœur.

La famille comprend l'AVC et les possibles séquelles. Ils savent que sa conscience peut être altérée avec un état végétatif et donc aucune relation possible avec le monde extérieur.

Le médecin montre le rationnel de la limitation et de l'arrêt des traitements.

Se pose aussi la question de l'intérêt du patient, de ce qu'il aurait souhaité, de sa vision de la vie. Et pas seulement l'avis de la fille qui veut faire tout ce qui est possible.

Le 30 octobre :

Un nouvel avis neuro est donné : Même si les chances sont faibles, Mr M pourrait survivre au mieux après 12 à 18 mois de rééducation pour pouvoir se servir de son membre supérieur gauche. Mais il aura une vie « pauci - relationnelle » (pas de compréhension) avec une trachéo et une sonde alimentaire.

Le 3 novembre :

On continue les entretiens, puis on refait une conférence de famille pour présenter la décision médicale.

Il est proposé par les médecins que la famille soit présente pendant et après l'extubation, tout en sachant que la mort peut être rapide (15 à 20 minutes) ou au contraire très longue et difficile (encombrement suivi d'asphyxie) mais que l'équipe médicale sera là pour couvrir la souffrance par la sédation. Mais l'offre est déclinée par tous. La famille va le voir une dernière fois.

L'extubation est pratiquée à 23 heures.

Le 4 novembre :

Mr M décède vers 9 heures. Il y a quand même eu 1 mois de VA !

Dans le dossier de soins, sera stipulé que la mort s'est déroulée « dans des conditions de confort ».

Le fils remerciera les médecins pour leur décision, leur patience qui a permis à toute la famille d'accepter la décision et de « dire au revoir ».

Epilogue :

Malgré l'apparente satisfaction de la famille, il y a eu un mois de ventilation artificielle !

2) Dégagement des questions et des valeurs éthiques :

a) Le problème de la valeur de la vie :

Quelle est la conception de la vie :

- Du patient
- De sa famille
- Et des soignants ?

Il y a deux conceptions de la valeur de la vie :

➔ *La valeur absolue de la vie :*

« La vie doit être vécu à tout prix ».

(C'est d'ailleurs dans notre cas précédent, le point de vue de la fille.)

Cette notion de la valeur absolue est souvent mise en avant par les grandes religions. En effet la vie est considérée comme sacrée car elle émane d'une puissance supérieure à l'homme.

L'homme ne peut disposer de sa vie.

Néanmoins, les trois grandes religions refusent l'obstination déraisonnable ! Elles prennent en compte la souffrance humaine.

➔ *La qualité relative de la vie :*

« Une vie très diminuée ne vaut pas la peine d'être vécue, elle peut être pire que la mort ».

Dans cette conception, on place en son centre le point de vue de la personne, de l'être humain.

Enjeu dans le cas de Mr M :

Il faut trouver une décision partagée entre la famille et les soignants.

Ici on distingue la vie biologique des organes et la vie humaine de la personne.

Mais quel est le sens que Mr M porte à la vie ? Quel est ce sens pour l'entourage ?

Il appartient à chaque personne de concevoir le sens de son existence sans normes religieuses.

On se forme notre propre conception de la vie aujourd'hui grâce à la raison.

C'est la raison qui nous permet d'être libre et autonome.

Par conséquent chacun peut juger de sa qualité de vie et de sa mort.

Donc pour arriver à une décision informée et partagée d'arrêt des soins il faut :

- Formuler la question éthique de la valeur de la vie
- Confirmer le diagnostic et le pronostic par des examens complémentaires
- Informer la famille
- Se demande ce qu'aurait voulu le patient dans cette situation
-

b) Le problème de la définition du bien et de justice :

➔ *Le bien dans la morale déontologique :*

On se base sur la philosophie Kantienne soit le respect de la raison et de la dignité humaine.

Ce qui signifie que la personne se donne ses propres lois car c'est un être de raison non soumis à des règles extérieures.

Le bien est donc le respect absolu de la dignité humaine. On ne juge donc un acte qu'en fonction de son intention. Un acte est bon s'il est accompli par devoir de respecter la dignité de l'individu.

Versus

→ *Le bien dans la morale conséquentialiste utilitariste : C'est-à-dire la maximisation du bien être global.*

Dans ce cas, ce n'est pas le devoir qui guide mais la fin de l'acte qui compte. C'est la visée, la finalité, les conséquences de l'acte qui sont jugées.

Dans l'utilitariste, on affirme que le bien consiste à augmenter le bien être ou le bonheur de tous en minimisant la souffrance du plus grand nombre.

Dans notre cas le bien être physique et psychisme de Mr M est-il respecté ? Les ressources humaines et économiques mobilisées devaient-elles l'être ? N'ont-elles pas été amputées, refusées à d'autres ?

III – Le cas de Mme Z :

Nous allons analyser les principes et les valeurs éthiques qui sont en jeu et qui vont guider le comportement des soignants.

1) Etape 1 : Les trois premières semaines :

a) Exposition du cas clinique :

Mme Z a 80 ans et est admise en réanimation le 24 juillet pour coma profond.

Elle a été retrouvée chez elle (elle vit seule) par son fils le 23 en fin de soirée, sans connaissance, sur le sol avec une boîte de bromazepam vide.

Le SAMU l'intube (VA), lui donne de l'atropine (FC à 80, TA 130/90), lui passe 500 ml de sérum physiologique et de l'anexate. Elle est transférée en réanimation.

Elle a un coma probable (RAS par ailleurs, amaigrie, perte de masse musculaire).

Elle a des antécédents d'HTA, de diabète II, une insuffisance respiratoire chronique et une arthrose invalidante.

De plus elle est en dépression depuis quelques mois (son époux est mort 2 ans auparavant).

Evaluation en Réanimation :

Le coma est prolongé.

Le réveil est progressif (2 à 3 semaines) avec un contact le 12 Août. Les sevrages de la VA sont difficiles.

Elle est peu coopérative.

On lui fait une trachéotomie le 19 Août (J27) pour faciliter le sevrage du ventilateur.

b) Les principes et valeurs éthiques :

Les soignants cherchent d'abord à sauver la vie de cette personne malgré sa tentative de suicide.

Ils doivent la soigner selon le principe de BIENFESANCE.

2) Etape 2 : De 4 à 6 semaines :

a) Exposition du cas clinique (suite) :

Ses deux fils, (dont l'un est médecin), rapportent que leur mère est de plus en plus passive, triste, semble s'intéresser et parler de moins en moins.

Les médecins lui prescrivent une consultation psychiatrique. Mme Z obtient des anti-dépresseurs le 14 Août pour traiter sa dépression.

Elle semble toujours opposante aux soins et est algique (douloureuse).

Entre la 4ème et la 6ème semaine en réanimation :

La tentative de sevrage de la VA est sans succès. Elle est toujours opposante aux soins.

Elle est tout de même consciente mais oppositionnelle (refus de la TV, de la lecture, elle est passive). Elle est toujours algique malgré les antalgiques.

On demande l'avis d'un gériatre qui diagnostique un syndrome de glissement avec possible retour à l'état antérieur et mise en place de morphinique à doses minimales (malgré le risque de dépression respiratoire).

b) Les principes et valeurs éthiques :

On a mis en place une aide psychologique pour lui redonner l'envie de vivre.

On fait un traitement de la dépression pour avoir une patiente plus lucide, autonome, moins influencée par son état dépressif et pour avoir peut être une nouvelle volonté de vivre.

Est-ce que la demande de mort ne cache pas d'autres demandes ?

Quels sont les principes en jeu ?

Préserver la vie et le respect de la volonté de la personne.

3) Etape 3 :

a) Exposition du cas clinique (suite) :

Ses fils s'interrogent sur le bien fondé de la poursuite des soins. Car leur mère qui était autonome est maintenant déprimée et handicapée (arthrose, elle ne mangeait plus, refusait de sortir de plus en plus).

Le 31 Août les médecins font une réunion d'Ethique sur la possibilité de limiter les traitements actifs.

Le 7 Septembre nouvelle réunion pour l'arrêt de la VA.

Ses fils expriment de nouveau que leur mère ne souhaite plus vivre ainsi car elle ne supporte plus son état.

Entre la 7ème et la 8ème semaine :

La morphine la calme, l'apaise. Elle est toujours consciente mais à besoin de ventilation contrôlée en permanence.

Les médecins font des entretiens avec Mme Z en évoquant soit le maintien de la trachéotomie et de la VA, soit l'arrêt de la VA malgré le risque anticipé de mort.
Le 13 septembre, les médecins (lors d'une autre réunion) décident d'arrêter la VA.
Les fils sont d'accord avec cette décision (conférence de famille).
Plus tard, ses fils l'informent de la décision prise, Mme Z semble calme.
La mort survient 4 heures après le débranchement (toujours accompagné de sédation).

b) Les principes et valeurs éthiques :

**Les soignants ont respecté l'autonomie et la volonté de la patiente.
Ils ont aussi soulagé sa souffrance.**

4) Le problème de l'euthanasie :

Quels sont les problèmes éthiques soulevés par le cas de Mme Z ?

Ici on aide, en quelque sorte, Mme Z à mourir...

Le cas de la tentative de suicide est particulier car elle crée un conflit entre la mission des médecins qui est de sauver la personne mais qui elle, le refuse.

Comment le médecin doit-il se positionner dans ce cas là ?

Dans cet exemple, il y a un rapport entre le soin et la mort qui pose le problème de l'euthanasie.

L'acte effectué ici, peut-il être considéré comme de l'euthanasie ou pas ?

a) Le problème du droit de la personne de disposer de sa vie et de choisir les conditions de sa mort. Il y a aussi le problème de respecter la volonté de la personne.

b) Le problème de l'euthanasie :

La société peut-elle autoriser l'euthanasie au nom du respect de la volonté de la personne et de son droit à disposer de sa vie ?

Les soignants ont-ils le droit ou le devoir d'aider certains malades à mourir ?

On va commencer par définir le terme euthanasie (ethymologiquement « douce mort ») :

C'est l'acte de provoquer délibérément la mort en vue de soulager et d'abrèger les souffrances.

Certains pensaient que le suicide pouvait être une bonne chose s'il était motivé par une bonne raison, c'est-à-dire sans être soumis aux passions. En effet, pour les stoïciens, le suicide peut être une manière héroïque de sortir de sa vie pour échapper aux souffrances d'une maladie par exemple.

La loi permet-elle l'euthanasie ?

Non, elle considère l'euthanasie comme un assassinat que ce soit :

- De l'euthanasie non volontaire c'est-à-dire sans le consentement de la personne.

- De l'euthanasie involontaire c'est-à-dire contre le consentement de la personne.

Il n'y a donc pas de dépénalisation de l'euthanasie qu'il soit considéré comme un assassinat, un homicide involontaire ou la non assistance à personne en danger.

- c) L'arrêt des soins de Mme Z peut-il être considéré comme de l'euthanasie ? Quelle est la différence entre l'arrêt des soins et l'euthanasie ?

L'intention ici, est de soulager sa douleur et de respecter sa volonté, mais l'intention n'était pas de donner délibérément la mort.

Il faut faire la différence entre l'intention et les conséquences.

(C'est le cas pour l'administration de la morphine : La morphine va certes accélérer la mort mais son but premier est de soulager sa douleur. L'effet est donc prévu mais non voulu. C'est pour cela qu'on peut retrouver une ambiguïté de temps en temps, même avec les familles qui demandent « Faites que cela ne dure pas trop longtemps »)

Il est donc interdit de « faire mourir » mais on promeut le « laisser mourir », soit l'obstination non déraisonnable, en favorisant le confort, la qualité de vie de la personne. On refuse donc l'obstination déraisonnable. Bien sur, si les pratiques du médecin risquent d'avancer l'heure du décès, il doit en informer le malade et/ou la famille. Dans le cas où la personne est consciente on essaie de respecter sa volonté.

Dans cette situation, on a donc bien un arrêt des soins et donc une non obstination thérapeutique.

Peut il y avoir un droit de l'individu à disposer de sa vie, de sa propre mort ?

On a deux types d'arguments :

➔ **Les arguments défavorables :**

- **La valeur absolue de la vie**, avec la notion d'interdiction du meurtre.
- **La dignité humaine** qui est un attribut inhérent à la personne en tant qu'elle est humaine.
- **La variabilité de la volonté** : En effet une personne saine peut vouloir abrégé sa vie plus vite.
- **L'ambiguïté de l'intention de mourir** : Est-ce qu'on est en présence d'une demande de mourir ou d'une demande d'aide ?
- **La déontologie médicale** : Le devoir d'un médecin est de soigner et non de donner la mort.
- **Le risque de dérives** c'est-à-dire l'euthanasie involontaire pour des raisons idéologiques, économiques.

➔ **Les arguments favorables :**

- **La liberté individuelle et le droit naturel de disposer de son corps** : Les décisions qui concernent le patient lui reviennent entièrement, personne ne doit se substituer à lui car l'individu est considéré comme plus important que la société.
- **La dignité humaine définie comme liberté** : C'est ce que prône l'ADMD (association du droit de mourir dans la dignité)

d) La législation :

1) La loi Leonetti :

La loi Leonetti n'est pas une loi sur l'euthanasie mais sur le « laisser mourir ».

Elle prévoit que l'on peut arrêter un certain nombre de choses (alimentation, hydratation, respiration artificielle)

Elle met l'accent sur l'importance de la collégialité, c'est-à-dire les décisions prises par l'équipe médicale nécessitent des réunions d'éthique. Un médecin ne peut en aucun cas prendre la décision de limiter les traitements seul.

Elle note aussi l'importance de la traçabilité des pratiques mises en œuvre, toujours en prenant compte la situation et l'état (conscient/inconscient) du patient.

2) Remarques sur les autres pays :

Il y a deux pays qui ont dépénalisé l'euthanasie qui sont, la Hollande et la Belgique. Bien que l'euthanasie soit tolérée, elle est très encadrée, surveillée.

Ces deux pays ont un recul depuis plus longtemps et on a vu une diminution du nombre d'euthanasies (1.7% des décès) grâce à la prise en charge et aux développements des unités de soins palliatifs.

Deux pays ont aussi permis de rendre légal le suicide assisté : La Suisse et l'état d'Oregon (USA).