



Chapitre 58

Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en régulation médicale

F. BRAUN, M. BAILLY



Voir la vidéo

Points essentiels

- Les procédures de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives sont encadrées par la loi.
- Elles se distinguent de l'euthanasie et du suicide assisté, punis par le code pénal.
- En absence de texte réglementaire sur ces procédures en médecine d'urgence et plus précisément en régulation médicale, il convient de rechercher et d'appliquer l'esprit de la loi.
- L'esprit de la loi se base sur la **condamnation de l'obstination déraisonnable**, le respect du **choix du patient** et la **collégialité de la prise de décision**.
- Le patient peut exprimer son choix directement, pas le biais de directives anticipées ou *via* la personne de confiance.
- La décision de LATA impose de « laisser du temps au temps », ce qui est souvent incompatible avec la pression temporelle de la régulation médicale.
- Une détresse aiguë chez une personne en fin de vie n'est pas systématiquement synonyme de LATA.
- Une **réanimation d'attente** permet de « laisser du temps à la mort ».
- L'anticipation des situations de fin de vie est indispensable.
- Cette anticipation comprend des procédures et protocoles de prise en charge communs entre les équipes de soins palliatifs, d'hospitalisation à domicile, d'EHPAD et la médecine d'urgence.

Structures d'urgence, CHR Metz Thionville, Hôpital de Mercy, 1, allée du Château, CS 45001 57085 Metz Cedex 03

Correspondance : Dr François BRAUN, Structures d'urgence, CHR Metz Thionville, Hôpital de Mercy, 1, allée du Château, CS 45001, 57085 Metz Cedex 03. Tél. : 03 87 17 92 92.

E-mail : fr.braun@chr-metz-thionville.fr

La LATA découle du principe de refus d'obstination déraisonnable (1, 2). Elle consiste à ne pas mettre en œuvre ou ne pas intensifier des traitements actifs (withholding), voire à ne pas poursuivre ces traitements actifs (withdrawing). La médecine d'urgence est confrontée depuis de nombreuses années à cette « obstination déraisonnable » tant au niveau des prises en charges préhospitalières qu'intrahospitalières. Pourtant, si les publications sur la LATA en structures des urgences ou en Smur sont nombreuses, il n'y a pas de travail publié s'intéressant à l'aspect particulier de la régulation médicale en Samu-Centre 15 face à une décision de LATA.

Il convient tout d'abord de bien définir le cadre de la LATA tout comme celui de la régulation médicale, avant d'analyser le rapport entre les deux.

1. La limitation et arrêt des thérapeutiques actives

L'obstination déraisonnable identifiée par la loi, consiste donc à suspendre ou à ne pas entreprendre des actes qui « *apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* ». La décision de LATA n'a aucun rapport avec les principes d'euthanasie ou de suicide assisté, punis par la loi. Il convient de bien comprendre les différences entre ces concepts, afin d'éviter toute dérive dans la mise en œuvre d'une LATA.

- L'euthanasie est définie par un acte ayant pour intention de donner volontairement la mort. Elle est punie par le code pénal (articles 221-1 à 221-5), même si la victime est consentante.
- Le suicide assisté est une aide apportée à un malade pour qu'il se donne lui-même la mort. Il est également puni par le code pénal (articles 221-1 à 221-5).

La LATA concerne les patients en soins palliatifs, en fin de vie, ou atteints d'une pathologie aiguë à pronostic défavorable à très court terme. Sa conséquence peut être d'avancer le moment de la mort, mais en aucun cas de la provoquer.

Définis par la Société française d'accompagnement de soins palliatifs, « *Les **soins palliatifs** sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.* » (3).

Les patients en **fin de vie** présentent d'emblée une détresse vitale, sur un terrain marqué par des antécédents médicaux chargés, voire déjà en soins palliatifs. Le caractère « aigu » de la fin de vie justifie souvent sa prise en charge par les urgentistes.

Le contexte dans lequel peut être prise une décision de LATA nécessite donc de connaître les éléments anamnestiques, cliniques et pronostiques du patient concerné. Cette prise de décision est de la seule responsabilité du médecin en

charge du patient. Toutefois, le cadre législatif comme déontologique, apporte nécessairement des éléments d'aide à cette décision :

– **les directives anticipées** : la notion de directive anticipée est encadrée par la loi (4). Elle permet à un patient majeur d'exprimer, avant qu'il ne soit inconscient ou incapable de la faire, ses choix relatifs à sa fin de vie et/ou à une LATA. « À 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. » Ces décisions sont révocables à tout moment, y compris bien sûr lors d'une situation de détresse. Ces directives sont « des documents écrits, datés et signés par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. » ;

– **la personne de confiance** : « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera **consultée au cas ou elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin**. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. » (5) ;

– **la procédure collégiale** : « lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale » (6). Cette procédure collégiale doit respecter certaines règles : l'équipe soignante, lorsqu'elle existe, doit être consultée, **au moins un autre médecin** doit être appelé comme consultant, les souhaits du patient doivent être respectés, ou, à défaut, l'avis de la famille, de la personne de confiance ou de proches doit être recherché. Il faut ici noter que la loi précise que « **il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant** ». Un second consultant peut être appelé si besoin ;

– **article 37 du Code de déontologie médicale**. La nouvelle rédaction de cet article intègre l'évolution législative et donc les notions d'obstination déraisonnable, de directives anticipées, de personne de confiance et de procédure collégiale.

2. La régulation médicale (7)

La régulation médicale est l'un des modes d'exercice de la médecine d'urgence avec l'urgence et la réanimation préhospitalières (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) et l'activité en structure des urgences (service des urgences). Acte médical, réalisé au téléphone, à distance du patient, la régulation médicale doit répondre au principe du juste soin (8) et adapter la réponse au besoin de soins du patient (9). La régulation médicale s'inscrit dans un contrat de soins avec le patient ou l'appelant qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier (colloque) avec le patient. Au terme de cet entretien, le médecin régulateur analyse et **qualifie** la demande de soins, établit une ou des hypothèses diagnostiques et propose une prise en charge. Pour étayer sa décision, outre l'entretien

avec le patient ou son entourage, le médecin régulateur peut consulter des éléments du dossier médical du patient, soit au sein de la base de données de régulation si le patient a déjà été pris en charge ou signalé comme « patient remarquable », soit par les biais des multiples connexions indispensables à la régulation médicale avec le ou les systèmes d'information hospitaliers, les dossiers des hospitalisations à domicile (HAD) ou les dossiers de liaison d'urgence des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La possibilité, demain, de consulter rapidement le dossier médical personnel (DMP) du patient, depuis la salle de régulation médicale permettra une « lecture » plus rapide et plus pertinente du dossier médical.

Pour **agir**, le médecin régulateur dispose de plusieurs possibilités : un conseil médical, une prescription médicamenteuse par téléphone, l'orientation vers une consultation médicale, l'intervention d'un médecin généraliste sur place, l'engagement d'un transport sanitaire en ambulance, le recours aux sapeurs pompiers ou à des secouristes dans le cadre du secours à personne, l'intervention d'une équipe de réanimation (Smur). « *En cas d'appel pour un patient pris en charge dans le cadre d'un réseau de soins (soins palliatifs, HAD, oncologie, etc.), il est recommandé de contacter ce réseau, voire son astreinte, si celle-ci existe, avec l'accord du patient* » (7).

Enfin, si elle est nécessaire, **l'orientation du patient se fera vers un service dont le plateau technique permet de le prendre en charge**, et respectera, si possible, son choix. Les filières spécialisées, directes, doivent être privilégiées et le service receveur sera informé de l'arrivée du patient. Les éléments du dossier médical de régulation peuvent être communiqués au service afin de garantir la qualité de la continuité des soins.

3. LATA en régulation médicale

La confrontation entre la médecine d'urgence préhospitalière et les situations de LATA n'est plus à démontrer. Dans une étude rétrospective auprès de 192 Smur, E. Ferrand et J. Maty (10) ont montré que 76 % des praticiens interrogés avaient été confrontés à une décision de LATA dans les 15 jours précédents l'enquête. Dans 45 % des cas, le médecin Smur décidait seul. Lors de l'intervention d'un autre praticien (55 %), il s'agissait principalement du médecin régulateur du Samu ou d'un réanimateur (40 %) ou du médecin traitant (30 %).

Les impératifs législatifs sont-ils compatibles avec la régulation médicale ?

– Les **directives anticipées** témoignent de l'avis du patient. Lorsqu'il est conscient, celui-ci doit être mis en contact avec le médecin régulateur afin d'exprimer son choix, sous réserve que le médecin régulateur puisse « éclairer » ce choix (2). La consultation d'un dossier médical peut permettre de consulter le choix d'un patient inconscient tout comme la consultation de la **personne de confiance**, sous réserve qu'elle puisse être clairement identifiée par le médecin régulateur.

– La **décision collégiale** est un élément clef du dispositif législatif de LATA. Le médecin régulateur doit donc confronter son avis, et *in fine* sa décision, avec un autre confrère. Celui-ci peut être auprès du patient ou non. Il peut s’agir du médecin traitant ou du médecin d’HAD ou du réseau de soins concerné, ou d’un médecin du Smur dépêché sur place. On est en droit de s’interroger sur la possibilité, pour un médecin Chef de service, de prononcer une LATA avec comme consultant un autre médecin de son service (Smur ou médecin régulateur), la loi précisant explicitement qu’il ne doit y avoir aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin « décideur » et le consultant. Toutefois, il convient de préciser que, si un médecin est sur place auprès du patient, il est logique que la décision lui incombe et que le médecin régulateur soit alors considéré comme consultant.

On le voit ici, la procédure de recherche de critères de LATA est une procédure chronophage souvent peu compatible avec l’acte de régulation médicale qui se heurte à des contraintes temporelles fortes, d’autres régulations étant souvent « en attente ». En l’absence de directives anticipées, le médecin doit disposer d’un « délai raisonnable » pour faire changer d’avis un patient qui ne souhaite pas l’instauration ou la poursuite d’un traitement, mettant sa vie en danger. Ce « délai raisonnable », même s’il n’est pas quantifié par le législateur, n’est de toute évidence pas compatible avec l’acte de régulation médicale.

La loi ne détaillant pas les champs précis d’application de la décision de LATA, et en particulier le champ de la régulation médicale, il convient alors de se rapprocher le « l’esprit de la loi » comme serait certainement poussé à le faire le juge confronté à ce problème. La loi est basée sur la condamnation de l’obstination déraisonnable, le respect du choix du patient et la nécessité de s’entourer d’autres avis avant la prise de décision avec la nécessité de « laisser du temps au temps ».

3.1. Obstination déraisonnable : les situations de régulation pouvant conduire à une LATA

L’**arrêt cardiaque** est une situation régulièrement rencontrée en régulation médicale. Certaines situations, de toute évidence, imposent de ne pas débiter une réanimation cardio-pulmonaire. Elle sont d’ailleurs partiellement reprises dans l’annexe III du référentiel commun sur l’organisation du secours à personne et de l’aide médicale urgente (décapitation ou écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau, raideur et lividités cadavériques, décomposition évidente des tissus) et plus détaillées dans les recommandations nord-américaines (11) en associant les situations à risque majeur pour les sauveteurs et les cas où une demande de non-réanimation a été rédigée. Dans les autres cas, le diagnostic de mort avérée est difficile et l’envoi d’un Smur est conseillé (12).

La décision d’arrêt d’une réanimation cardio-pulmonaire de base déjà entreprise par des secouristes est un problème fréquemment posé au médecin régulateur. Des règles ont été récemment édictées par l’American Heart Association (13) et

l'European Resuscitation Council (14) avec une valeur prédictive positive de la « BLS rule » excellente mais laissant sur place des patients qui auraient pu bénéficier d'une RCP efficace (15). Nous sommes bien ici dans le cadre de l'arrêt d'une thérapeutique active et l'existence de recommandations internationales ne dispense pas le médecin régulateur de s'enquérir de l'avis du patient auprès de la famille ou de proches, de l'avis des secouristes sur place et si possible de l'avis du médecin traitant.

Les Samu-Centre 15 sont de plus en plus fréquemment appelés pour une **détresse aiguë chez un patient en fin de vie**, rentré à domicile, et habituellement suivi par une équipe de soins palliatifs et/ou d'hospitalisation à domicile. Des directives anticipées sont généralement remplies et annexées au dossier médical et la famille est souvent informée d'une issue fatale à court terme. Sans connaître le patient, le médecin régulateur se heurte alors à deux difficultés :

- faire la part des choses entre l'évolution inéluctable de la maladie, et un épisode intercurrent, facilement traitable sans soins importants : bouchon muqueux dans une canule de trachéotomie, facile accessible à une simple aspiration par exemple ;
- sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins adaptés qui « visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (16).

Dans ces circonstances, l'intervention d'une équipe soignante est nécessaire, idéalement l'équipe suivant habituellement le patient lorsque celui-ci est inscrit dans un parcours de soins formalisé, mais plus souvent l'équipe du Smur qui dispose des matériels et compétences permettant de faire face, non seulement à ce double défi, mais également capable d'instaurer une réanimation d'attente (donner du temps au temps) (17, 18), ou compassionnelle (donner du temps à la mort : en raison de l'émotion liée à la présence de la famille ou en attendant l'arrivée des proches). L'appelant doit être clairement informé de la décision prise par le médecin régulateur ainsi que des délais d'intervention auprès du patient qui dépendront du vecteur engagé et de la nature de la détresse (dyspnée aiguë, trouble de conscience, saignement extériorisé...).

3.2. Réanimation d'attente ou compassionnelle : où diriger le patient ?

L'orientation d'un patient, pris en charge ou non par une équipe Smur, est du rôle du médecin régulateur du Samu-Centre 15. Une structure des urgences n'est pas la destination qui doit être privilégiée : ces services ne disposent que très rarement de locaux adaptés à ces prises en charge et l'activité incessante des services d'urgence est peu propice à une décision de LATA. Pour un patient ne bénéficiant pas de geste de réanimation préhospitalière nécessitant un environnement technique particulier, une orientation vers un service de soins palliatifs ou au moins le service ayant l'habitude de prendre en charge ce patient doit être privilégiée. Les patients pour lesquels une ventilation, invasive ou non a été

entreprise, doivent être dirigés vers un service de soins continus ou de réanimation. Il est évident que ces filières doivent être définies préalablement avec les services concernés et protocolisées avec eux faute de quoi, la structure des urgences de proximité sera la seule solution à la portée du médecin régulateur.

3.3. Comment éviter ces situations

L'anticipation est le maître mot pour éviter les situations dans lesquelles le médecin régulateur prendra une décision postérieurement non compatible avec la décision du patient, humainement inacceptable et potentiellement condamnable. Des procédures et protocoles doivent être réalisés avec les services de soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile pour permettre, non seulement d'identifier dès la régulation les patients concernés (patients remarquables, accès rapide à des données du dossier médical), mais également pouvoir rapidement faire appel à un référent de ces réseaux afin de faciliter l'obtention d'une décision collégiale. Un lien avec les médecins coordonnateurs des EHPAD doit également être tissé pour que les informations inscrites dans le dossier de liaison d'urgence des EHPAD tiennent compte de la possible nécessité d'une prise de décision de LATA.

4. Conclusion

L'évolution des pratiques médicales favorise l'hospitalisation à domicile pour les personnes en soins palliatifs ou en fin de vie. Ces hospitalisations sont organisées au sein de réseaux structurés dans lesquels les structures d'urgence sont trop souvent absentes. Pourtant, l'appel au Samu-Centre 15 ou l'adressage d'un patient en fin de vie à la structure des urgences est fréquent et les urgentistes se trouvent confrontés à des problèmes auxquels ils sont mal préparés. Le médecin régulateur est généralement « en première ligne » et ne dispose que rarement des éléments nécessaires à un choix éclairé. L'information des urgentistes et l'intégration des structures d'urgence dans les réseaux traitants de fin de vie sont indispensables pour l'amélioration des prises en charge de LATA.

Références

1. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades à la fin de vie.
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. <http://www.sfap.org/content/définition-des-soins-palliatifs-et-de-laccompagnement>, dernière consultation le 20 décembre 2012.
4. Art. L1111-11, R1111-17 à -20 du Code de la santé publique.
5. Art. L1111-6 du Code de la santé publique.
6. Art. R4127-37 du Code de la santé publique.

7. HAS, recommandations de bonne pratique, mars 2011 : modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale
8. F. Braun, F. Berthier. Les interconnexions de la régulation médicale. In : Conférence Congrès Urgences 2009. Paris, chapitre 81 ; 817-29.
9. Y. Pervenne et al. Régulation médicale des situations à risque. In : Conférence Congrès Urgences 2011. Paris, chapitre 89.
10. E. Ferrand, J. Maty. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. Intensive Care Med 2006 ; 32 (10) : 1464-66.
11. C. Pradeau, M. Thicoïpe . Gestion téléphonique d'un appel pour arrêt cardiaque. In Conférences Congrès Urgences 2011. Paris, chapitre 88 ; 1001-13.
12. L.J. Morrison et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Part 3 : Ethics. Circulation 2010 ; 122 : 5665-75.
13. L.J. Morrison et al, Circulation 2010 ; 122 : S665-S675.
14. F.K. Lippert et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010. Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2010 ; 81. 1445-51.
15. C. Sasson et al. Prehospital termination of resuscitation in case of refractory out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2008 ; Vol 300 : n° 12.
16. Article L1110-10 du Code de la santé publique.
17. J. Reignier et al. Limitation et arrêt des traitements ou réanimation d'attente. In Conférences Congrès Urgences 2011. Paris ; Chapitre 72 : 807-815.
18. A. Burnod, B. Devalois. Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement. In Conférences Congrès Urgences 2011. Paris ; chapitre 70 : 787-799.