

peut induire dans un contexte émotionnel exacerbé, deux stratégies inappropriées :

- une sous-médicalisation en cas de sous-évaluation initiale ou dans le but de conserver des ressources pour des patients plus graves mais sans espoir réel de survie ;
- au contraire, une surmédicalisation d'urgence dépassée.

Il est important que cette problématique de la prise en charge médicale de nombreux enfants en cas d'attentats soit abordée. Que l'on soit spécialiste ou pas, cette prise en charge sera difficile et complexe. Trop vouloir coller les recommandations pédiatriques, à celles définies pour les adultes par soucis de diffusion ou d'adhésion, risque de les rendre inappropriées quand elles viendront buter douloureusement sur la réalité. Il faut aussi rappeler avec force que ces recommandations ne sont pas adaptées à la prise en charge préhospitalière de l'enfant grave « tout venant ».

Au final, cette préoccupation reflète l'importance de l'enseignement de la pédiatrie chez tous les intervenants en médecine d'urgence. Acquérir les bases minimales de prise en charge des enfants graves est aussi utile et fondamental pour la pratique quotidienne et permettra de rendre plus perceptible les enjeux pour faire face à ces situations exceptionnelles.

Le défi est donc après triage, de tendre à une prise en charge, rapide et de qualité, adaptée à l'âge de l'enfant, en expurgant ce qui n'est pas fondamental dans un environnement dégradé.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Alix-Séguin L, Lodé N, Orliaguet G, Chamorro E, Kerroué F, Lorge C, et al. Et si c'était des enfants ? Adaptation de la prise en charge médicale en cas d'attentats terroristes avec de nombreux enfants victimes. *Arch Pediatr* 2017;24:280-7.
- [2] Duracher C, Vergnaud E, Meyer P, Vivien B, Orliaguet G. Damage control appliqué à la pédiatrie. *Anesth Reanim* 2016;2:247-53.
- [3] Launay E, Gras-Le Guen C, Martinot A, Assathiany R, Blanchais T, Mourdi N, et al. Suboptimal care in the initial management of children who died from severe bacterial infection: a population-based confidential inquiry. *Pediatr Crit Care Med* 2010;11:469-74.
- [4] Bouchut JC, Teyssedre S. Des recommandations et de la pratique de l'anesthésie de l'enfant en situation d'urgence. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:443-4.
- [5] Gnauck KA, Nufer KE, LaValley JM, Crandall CS, Craig FW, Wilson-Ramirez GB. Do pediatric and adult disaster victims differ? A descriptive analysis of clinical encounters from four natural disaster DMAT deployments. *Prehosp Disaster Med* 2007;22:67-73.

Jean-Christophe Bouchut<sup>1,2</sup>, Olivier Peguet<sup>1</sup>, Carine Chassery<sup>1</sup>, Anne Beissel<sup>1</sup>, Sonia Teyssedre-Courtil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Édouard-Herriot, Smur pédiatrique (Samu 69), place d'Arsonval, 69003 Lyon, France

<sup>2</sup>Réanimation pédiatrique, hôpital Femme-Mère-Enfant, boulevard Pinel, 69500 Bron, France

**Correspondance :** Jean-Christophe Bouchut, hôpital Édouard-Herriot, SMUR pédiatrique, SAMU69, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France  
jean-christophe.bouchut@chu-lyon.fr

Disponible sur internet le :  
27 novembre 2017

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2017.06.011>

© 2017 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Limitation et arrêt des thérapeutiques en situation aiguë. Quel rôle pour le médecin anesthésiste-réanimateur dans une décision d'abstention d'un acte chirurgical urgent ?



### Decision-making on withholding and withdrawing treatments in case of urgent surgery: what role for the anaesthesiologist ?

**Mots clés** Décision médicale ; Urgence ; Limitation des thérapeutiques

#### Introduction

Une patiente de 94 ans est adressée d'un EHPAD au service d'accueil des urgences à 23 h pour une douleur abdominale évoluant depuis 24 heures, associée à des vomissements. La patiente est consciente, désorientée. La PA est à 150/110 mmHg, la FC à 122/min, les extrémités sont froides sans marbrure. La FR est à 25/min sans signe de détresse respiratoire, la SpO<sub>2</sub> à 97 % en air ambiant, le murmure vésiculaire clair symétrique. L'abdomen est souple avec une sensibilité hypogastrique, le toucher rectal retrouve un méléna associé à des rectorragies. La température est à 38,1 °C. Le bilan biologique objective une leucopénie à 3,3 × 10<sup>9</sup>/L, des plaquettes à 240 G/L, une hémoglobine à 14,3 g/dL, un TP à 81 %, une créatininémie à 87 μmol/L, des bicarbonates à 20 mmol/L, une bilirubine totale à 14 μmol/L, un pH à 7,21, une PCO<sub>2</sub> à 45 mmHg, une hyperlactatémie à 5 mmol/L. Un scanner abdominopelvien injecté met en évidence une perforation rectale avec une issue importante de matières fécales associée à un rétropneumopéritoine, sans lésion responsable identifiée, sans épanchement

liquidien associé. Le chirurgien viscéral sénior vous appelle pour laparotomie exploratrice en urgence au bloc opératoire.

La patiente n'est pas interrogeable et ses principaux antécédents notés dans le dossier sont : une démence non étiquetée, une HTA, un diabète non insulino-dépendant, une hypercholestérolémie, une hypothyroïdie, une PTH droite, une hystérectomie et une annexectomie bilatérale pour carcinome il y a 20 ans. Son traitement habituel comporte : aspirine 75 mg/j, atorvastatine 10 mg/j, amlodipine 5 mg/j, miansérine 30 mg × 2/j, levothyroxine 75 µg/j. Elle vit en EHPAD sans notion de son niveau de dépendance. Elle est très entourée par ses deux enfants qui ne sont pas joignables en pleine nuit.

Faut-il opérer cette patiente ? Dans ce contexte poly-pathologique aggravé d'une défaillance vitale, l'enjeu est de taille. Il existe un fossé entre le geste et la décision. Le geste d'endormir et d'opérer cette patiente repose sur une vision technico-centrée de la réponse à donner. La décision d'opérer implique, quant à elle, une responsabilité. La pléthore de techniques à notre disposition ne doit pas faire oublier l'importance d'une réflexion éthique préalable au geste. La décision de pratiquer ou non le geste doit résulter d'une réflexion qui va plus loin que les seuls paramètres ou enjeux techniques. Quel sens peut-on donner à l'acte chirurgical dans la trajectoire singulière de cette patiente ? Si la décision de ne pas opérer aboutira certainement au décès, la décision d'opérer est-elle pour autant raisonnable ?

Le processus décisionnel de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) est encadré par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie (dite « loi Claeys Leonetti ») [1]. Cette loi promeut les droits des malades dans le cadre spécifique de la fin de vie. Elle incite le praticien à mettre en place tous les moyens à disposition pour sauvegarder la dignité du mourant et assurer sa qualité de vie en dispensant des soins palliatifs. Elle impose également au praticien de s'abstenir de toute obstination déraisonnable. Cette obstination déraisonnable est définie juridiquement par des actes qui apparaîtraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Pour autant, ce concept d'obstination déraisonnable est difficile à circonscrire dans une situation singulière : le seuil en est variable d'un patient à l'autre et révisable d'un moment à l'autre [2].

Dans la pratique quotidienne, cette loi est adaptée à la prise de décision à froid en réanimation, plus qu'à la prise des décisions de LAT en périopératoire dans un contexte d'urgence. La décision d'abstention chirurgicale, qui peut aboutir à un décès, est-elle assimilable à un contexte de fin de vie en réanimation ? Ceci n'est pas clairement évoqué dans la loi. Mieux appréhender les multiples enjeux et difficultés doit permettre d'accéder à des décisions de limitation plus acceptable. Quel que soit le contexte, la décision prise, de limiter ou non l'acte chirurgical, ne sera pas contestable sur le plan juridique si le processus décisionnel respecte les éléments énoncés dans la loi du 2 février 2016, en particulier la recherche des volontés exprimées par le patient (directives

anticipées ou rapportés par la personne de confiance ou les proches), le refus de l'obstination déraisonnable, le respect du cadre de la procédure collégiale avec en particulier une concertation des membres présents de l'équipe de soin, l'avis d'un médecin extérieur à l'équipe ainsi que la traçabilité des éléments décisionnels et de l'information donnée.

### **Les particularités de la décision en urgence** **La temporalité de l'urgence : la multiplication des incertitudes**

Le contexte d'urgence peut-il, à lui seul, justifier l'acte médical ? Par exemple, dans la vignette clinique, une évaluation reposant sur l'examen clinique et radiologique abdominal, l'évaluation de l'indication chirurgicale et du protocole anesthésique, pourrait-elle suffire à poser l'indication de l'intervention ? Il faut sans doute prendre en compte d'autres éléments, parfois difficiles à appréhender aux urgences et en urgence, concernant la personne dont nous avons la charge, pour prendre cette décision. Une évaluation plus globale doit permettre de s'approcher de la plus juste mesure dans la décision.

Plus une situation est urgente et nécessite la mise en œuvre de moyens techniques sophistiqués, plus le risque de faire abstraction de sa complexité, particulièrement éthique, est grand. L'urgence de « l'agir » ou du « faire » masque souvent cette dimension éthique de la décision. Pourtant, ce contexte d'urgence n'affranchit aucunement d'un questionnement sur le sens donné au geste. Les médecins ne doivent pas omettre de se demander si l'action qu'ils envisagent de réaliser est « la meilleure action possible » dans ce contexte précis et singulier. Le contexte de l'urgence constitue une double difficulté dans le processus décisionnel de limitation ou d'arrêt des traitements. La première difficulté est liée au recueil des éléments nécessaires à la décision. La deuxième difficulté est liée au temps de maturation d'une décision, ce délai pouvant aboutir à une perte de chance pour le patient.

Dans le cas présenté, les médecins doivent décider sans avoir toutes les informations sur l'état de santé et l'autonomie antérieure de la patiente, ni sur les volontés qu'elle a pu exprimer. Il s'agit de réunir, en un minimum de temps, le maximum d'éléments pour caractériser la situation et prendre une décision. Parmi ceux-ci, on peut citer : l'âge qui n'est probablement pas un bon critère à considérer de manière isolée ; l'identification de pathologies chroniques dont l'évolutivité est à préciser ; la qualité de vie préexistante et projetée, même si son appréciation est particulièrement difficile et subjective ; l'identification de la pathologie aiguë et l'évaluation de sa réversibilité, etc. Les EHPAD doivent transmettre le document de liaison d'urgence et la fiche de liaison d'urgence, mis à jour en 2015 par l'HAS [3]. Une décision susceptible de rapprocher l'échéance de la mort ne peut être prise sans le temps nécessaire à leur collecte. Ce type de synthèse peut être très riche d'informations utiles voire indispensables. En pratique, le manque de temps, sinon

le manque de volonté déployé à obtenir ces informations, a tendance à renforcer l'importance des seuls paramètres accessibles facilement, comme les critères de gravité clinique initiale. Le risque est alors réel d'évaluer le patient à travers le seul prisme de sa problématique aiguë et d'oublier de prendre en compte la globalité de la personne malade dans sa dimension somatique, psychique, spirituelle, culturelle et sociale. Une « réanimation d'attente » peut être entreprise pour permettre d'avoir le temps nécessaire pour préciser le contexte médical, obtenir des avis spécialisés, recueillir les volontés du patient. Elle donne la possibilité d'un délai de réflexion.

Dans le cas présenté, les médecins doivent décider rapidement. Le temps est compté. Pour autant, l'exercice de la médecine en situation d'urgence ne doit pas être synonyme de précipitation. Le temps joue en effet un rôle majeur dans le processus décisionnel. Il permet la maturation de la pensée. Il renforce la conviction du bien-fondé d'une limitation, d'un arrêt ou d'une poursuite des traitements. En pratique, le débat entre professionnels, compétents et experts dans leurs domaines, impliqués autour du malade, permet de proposer, de peser et de valider les différents éléments de la discussion. Ce temps de la délibération est le moment éthique du processus de décision.

Finalement, la temporalité de l'urgence multiplie les inconnues et les incertitudes. En pratique, elles amènent le médecin à douter des éléments sur lesquels il appuie sa décision : sont-ils suffisants, sont-ils pertinents ? Face au doute, il s'agit alors de réduire l'espace d'incertitude en ayant la vision la plus réaliste possible, à travers une analyse systématique. Dans la démarche éthique le processus de décision est finalement aussi important que la décision elle-même. Ce temps de réflexion ne doit pas pour autant devenir un temps de tergiversation. À un moment, il faut décider malgré les doutes et les incertitudes.

#### La pluralité des acteurs

Dans le cas présenté, les acteurs de la décision sont nombreux : le patient, le médecin urgentiste, le chirurgien, l'anesthésiste-réanimateur, les personnels paramédicaux, et les proches s'ils sont joignables. La décision ne peut pas être dans les mains d'une personne isolée mais doit plutôt être le fruit d'une stratégie commune intégrant l'ensemble des acteurs. Chaque acteur doit assumer ses compétences, ses arguments, ses avis, ses positions, participer au débat et assumer ses responsabilités propres. Il s'agit de tenir compte des perspectives respectives de chacun d'eux.

Pour la patiente, la problématique est celle de son autonomie décisionnelle. En situation d'urgence, les patients se révèlent souvent incapables de recevoir l'information, d'exprimer leur volonté, et par-là même de consentir aux soins. Par ailleurs, dans ce contexte particulier de l'urgence, le patient peut ne pas se sentir en capacité de participer à la décision. Malgré ces difficultés, il faudra veiller à recueillir l'avis du patient dans l'expression de ses volontés, tout en lui permettant de s'en remettre, si besoin, au médecin pour décider en son nom.

Pour les soignants, la problématique est celle de la collégialité et de la responsabilité. Dans une situation urgente, le médecin peut s'abstenir de toute investigation ou de toute thérapeutique qu'il jugerait inutile. Décider de l'absence d'indication d'un traitement dans ces conditions ne relève pas de la procédure collégiale : il s'agit d'un constat d'inutilité relevant de connaissances validées.

Lorsqu'il y a un doute sur la pertinence d'un traitement et que le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la loi impose une procédure collégiale pour valider une éventuelle abstention thérapeutique. Cette procédure doit respecter les directives anticipées, ou à défaut prendre en compte le témoignage de la volonté du patient recueilli auprès de la personne de confiance, la famille ou les proches. Dans le contexte de l'urgence vitale, les directives anticipées peuvent être suspendues. Cela ne peut pas justifier l'absence de réflexion collégiale. La collégialité, qui impose la concertation, est primordiale dans le processus décisionnel. Dans la situation décrite, la patiente est prise en charge par le médecin urgentiste, le médecin anesthésiste réanimateur et le chirurgien. Ces 3 médecins partagent la responsabilité de la prise en charge et donc la décision doit être concertée. De cette concertation découle un projet de soins cohérent. Le processus de limitation ou d'arrêt des traitements en situation d'urgence doit impliquer aussi les paramédicaux qui assurent les soins. La participation et l'implication du personnel paramédical à ces décisions sont indispensables. Dans l'idéal, le médecin habituel et les professionnels de santé qui connaissent le mieux le patient doivent être consultés pour prendre en compte ses particularités et les volontés qu'il aurait pu exprimer.

En pratique, dans le contexte particulier du cas présenté, la collégialité est parfois difficile à obtenir : chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, urgentistes et paramédicaux peuvent être difficiles à réunir ; la collaboration entre soignants peut faire défaut ; les sensibilités des différents acteurs peuvent être différentes, des spécialistes pouvant être tentés de se contenter d'une réponse concernant un organe ou des paramètres vitaux sans tenir compte de la personne dans son ensemble.

Pour la famille et les proches, la problématique est celle de sa présence et de son implication. Dans le contexte de l'urgence, il n'est pas rare de se trouver en présence de patients seuls, sans proche identifié. Lorsqu'ils sont présents, leur témoignage est souvent déterminant. Bien qu'ils soient parfois sidérés par la brutalité des événements, ils peuvent le plus souvent apporter des éléments pouvant éclairer la décision ou transmettre la parole du patient. Mais il faut veiller à ne pas leur faire porter le poids de la décision. Idéalement, un lien de confiance voire une alliance avec l'entourage est à rechercher pour renforcer la valeur de la décision. Cela nécessite de les informer de façon claire et transparente. La cohérence au sein de l'équipe soignante conditionne la qualité de cette information. Cette cohérence est renforcée par la définition d'un projet de soin cohérent, compris et partagé par tous, fruit de la discussion

collégiale. Si un conflit apparaît avec les proches, l'intervention d'un tiers extérieur doit être sollicitée pour réduire les incompréhensions menant à ce conflit. La discussion conjointe, chirurgien, médecin anesthésiste réanimateur et urgentiste, avec la famille doit être favorisée.

Dans tous les cas, la décision doit être motivée et tracée dans le dossier médical du patient. Celui-ci, ou à défaut sa famille ou ses proches, doivent en être informés.

### En pratique

Si la notion d'urgence ne peut, à elle seule, justifier le geste, ne faut-il apprendre à mieux repérer les éléments nécessaires au processus décisionnels pour ne pas s'égarer et passer à côté de la décision la plus appropriée ? Nous proposons ici de lister ces éléments à recueillir pour mieux cerner la spécificité et la singularité du patient.

#### Quelle est la situation réelle du patient ?

La situation médicale est-elle caractérisée ? Les données médicales sont-elles suffisantes ? Faut-il demander d'autres avis spécialisés ?

Quel est le degré d'évolution d'une pathologie chronique (démence, cirrhose, néoplasie etc.) ou d'une dépendance ?

La nature de l'épisode actuel surajouté est-il identifié ? Est-il rapidement réversible ? Y a-t-il une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ? [4].

Le patient est-il en fin de vie ou, autrement dit, la décision d'abstention chirurgicale a-t-elle comme conséquence potentielle d'accélérer la survenue du décès ? L'intervention thérapeutique ne fait-elle que retarder l'heure de la mort ?

La décision d'opérer ou de ne pas opérer s'accompagne-t-elle d'une stratégie médicale plus large, de réanimation ou de soins palliatifs ? La stratégie d'une prise en charge en réanimation est-elle définie ? Une réanimation d'attente est-elle envisagée le temps de réunir les éléments indispensables au processus décisionnel ?

#### Le processus décisionnel est-il clairement défini ?

La volonté du patient est-elle respectée ? Le patient est-il en état d'exprimer sa volonté ? Si oui, sa volonté est-elle clairement exprimée ? si non, sa volonté a-t-elle été recherchée à travers des directives anticipées, ou auprès de sa personne de confiance, ou à défaut auprès de sa famille ou de ses proches ? La famille et les proches ont-ils été informés et/ou consultés ? Que pensent-ils de la situation et de la décision ?

Les soignants participants à la décision sont-ils identifiés et ont-ils librement exprimés leur point de vue ? Une concertation avec l'équipe de soins a-t-elle eu lieu ?

Les médecins en charge du patient et responsable de la décision ont-ils été clairement identifiés ?

Une procédure collégiale a-t-elle pu se mettre en place ? Les conditions de la délibération et de la recherche d'une adhésion à la décision ont-elles été réunies ?

Les répercussions de la décision sur l'ensemble des intervenants de l'équipe soignante ont-elles été envisagées ?

### Conclusion

Si la décision médicale repose sur des données objectives qui doivent être rassemblées, elle repose également sur des données subjectives liées au patient et au médecin dont les valeurs, les cultures, les expériences, les affects peuvent peser dans la décision. L'échange doit concourir à faire émerger la meilleure décision.

Les enjeux et les difficultés rencontrées pour prendre des décisions de limitation qui soient acceptables tant sur le plan humain, légal qu'éthique sont multiples dans le contexte de l'urgence chirurgicale. Dans un contexte d'urgence, le doute persiste souvent et pourtant une décision doit être prise. Il revient aux équipes soignantes d'individualiser la décision en exerçant une réflexion à la fois clinique et éthique.

Le médecin doit s'inscrire dans la compréhension du sens de la situation clinique, à côté ou au-delà du problème purement médical. Il s'agit alors d'être capable de recueillir et de pondérer les données cliniques, de communiquer avec les acteurs de la décision médicale et d'être conscient de l'impact du contexte sur la décision médicale.

La patiente a été prise en charge au bloc opératoire pour une laparotomie exploratrice qui a objectivé une perforation du moyen rectum sur diverticulose associée à une péritonite stercorale. Le geste a consisté en une résection rectosigmoïdienne avec une intervention de Hartmann. En péri-opératoire, la patiente a présenté un tableau de choc septique avec défaillances hémodynamique, rénale, métabolique, hématologique et hépatique.

Ses proches ont été vus en entretien en post-opératoire immédiat et informés du pronostic sévère à court terme. Sa famille rapporte alors une qualité de vie médiocre en rapport avec un syndrome anxieux et des troubles de la mémoire immédiate ainsi qu'une dépendance pour tous les actes de la vie quotidienne. L'équipe de réanimation, au décours d'une procédure collégiale, décide de maintenir le niveau de soins de la réanimation pendant 48 h pour évaluer la réversibilité des défaillances et de ne pas intensifier la réanimation en cas d'aggravation. Les soins visant à améliorer son confort sont poursuivis.

La patiente décède d'un arrêt cardiaque à moins de 24 h de son admission.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. JORF 2016 [n° 0028].
- [2] Le Dorze M, Veber B, le Comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Limitation et arrêt des thérapeutiques :

impact de la loi Claeys Leonetti et des modifications du Code de déontologie médicale sur la pratique du médecin anesthésiste réanimateur. *Anesth Reanim* 2017;3:394-8.

- [3] [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu).
- [4] Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330(30):1007-11.

Matthieu Le Dorze<sup>1</sup>, Vianney Mourman<sup>2</sup>, Elodie Brunel<sup>1</sup>, Benoît Veber<sup>1</sup>,  
**le Comité éthique de la Société française d'anesthésie  
 réanimation (SFAR)<sup>1</sup>**  
 Comité éthique de la SFAR

Arié Attias, Elodie Brunel, Frédérique Claudot, Valérie Gateau, Marc Gentili, Caroline Guibet Lafaye, Stanislas Kandelman, Florence Lallemand, Anne Le Boudec, Fabrice Michel, Pierre-François Perrigault, Florence Plantet, Emmanuel Samain, Benoit Veber, Gerald Viquesnel

<sup>1</sup>Comité éthique de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), 76, rue Raynouard, SFAR, 75016 Paris, France

<sup>2</sup>AP-HP, hôpital Lariboisière, équipe mobile de soins palliatifs, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France  
 Hôpital Lariboisière, département d'anesthésie réanimation, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

Correspondance : Matthieu Le Dorze, Hôpital Lariboisière, département d'anesthésie réanimation, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France  
[matthieu.ledorze@aphp.fr](mailto:matthieu.ledorze@aphp.fr)

Disponible sur internet le :  
 19 septembre 2018

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2018.09.001>

© 2017 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.