




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## RECOMMANDATIONS

# Aspects cliniques et éthiques du transfert en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes

*Clinical and ethical aspects of admission in intensive care unit of patients with malignant hemopathies*

La commission d'éthique de la société française d'hématologie (SFH)<sup>1</sup>, la société de réanimation en langue française (SRLF)<sup>1</sup>, le groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP)<sup>1</sup>

Reçu le 15 septembre 2010 ; accepté le 20 septembre 2010  
Disponible sur Internet le 27 octobre 2010

### MOTS CLÉS

Transfert en réanimation ;  
Hémopathies malignes ;  
Éthique ;  
Concertation pluridisciplinaire et collégiale ;  
Réanimation d'attente

**Résumé** Le transfert en réanimation d'un malade porteur d'une hémopathie maligne pose un problème difficile et quotidien aux équipes de soins d'hématologie (adulte et pédiatrique) et de réanimation. La décision d'un tel transfert est lourde de conséquences pour le vécu des patients et de leur famille, pour le fonctionnement des services ainsi que pour son coût humain et économique. À la lumière des progrès récents en hématologie et en réanimation, un vaste débat pluridisciplinaire a abouti à un texte validé par les trois disciplines. Les principaux aspects qui ont été développés concernent : la clarification des situations médicales, susceptibles de conduire à un transfert en réanimation, tant du point de vue de l'hémopathie maligne que de la détresse clinique ; les conditions de prises de décisions dans un contexte de concertation régulière interdisciplinaire et impliquant le malade et sa famille ; le concept de réanimation d'attente, afin qu'un maximum de patients puisse bénéficier d'une prise en charge en réanimation dans les limites du raisonnable ; l'organisation collégiale de la concertation, non seulement au moment de la décision initiale mais tout au long du parcours du malade en réanimation et ultérieurement. Tout cela doit conduire à créer des liens structurels entre les différents services impliqués, à entreprendre des travaux communs et à entretenir une information interne vers les équipes cliniques et les sociétés savantes respectives et une information externe vis-à-vis des instances et du public.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française.

<sup>1</sup> Liste des participants en Annexe 1.

## Préambule

Dans le prolongement de son travail sur la limitation des traitements en hématologie [1], la commission d'éthique de la Société française d'hématologie (SFH) a souhaité engager une réflexion sur le transfert en réanimation des malades suivis pour une hémopathie maligne et présentant un état de détresse clinique.

À la suite des recommandations proposées par la Société de réanimation en langue française (SRLF) sur la limitation des traitements [2], des publications des réanimateurs concernant le thème spécifique des hémopathies malignes [3] et faisant appel à l'expérience de certains centres dans ce domaine (Saint-Louis, hôtel-Dieu, Créteil, Saint-Antoine, Grenoble), deux réunions ont été organisées les 18 septembre et 18 décembre 2006 entre les membres de la commission de la SFH et certains réanimateurs, membres de la SRLF, en vue de permettre un échange de vue et d'envisager les modalités de collaboration. Par la suite, des représentants du groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP) ont introduit la dimension pédiatrique de ces situations [4]. Les documents résultant de ces travaux seront diffusés à l'ensemble de la communauté des hématologistes des pédiatres et des réanimateurs pour inciter à la réflexion et aider aux prises de décision de transfert (ou non transfert) en réanimation.

## Justification de la démarche

### État des lieux

#### Les progrès thérapeutiques concernant les hémopathies malignes

Les progrès thérapeutiques concernant les hémopathies malignes [5–8] permettent de prendre en charge des patients de plus en plus nombreux et de plus en plus âgés, avec des chances croissantes de guérison ou de phases d'amélioration prolongée. Chez l'enfant, dont le pronostic a été de tout temps meilleur, ces progrès sont encore plus significatifs [4,9].

#### L'agressivité des thérapeutiques

L'agressivité des thérapeutiques de l'origine des progrès est, en retour, responsable d'états de détresse clinique que l'on espère réversibles, ce qui multiplie les situations susceptibles de justifier un transfert en réanimation [3].

#### Les progrès de la réanimation

Les progrès de la réanimation permettent une meilleure prise en charge de ces malades en relation avec une meilleure connaissance des chances de réversibilité et, à l'inverse, des situations critiques qui laissent peu d'espoir d'une issue favorable [10,11]. Ils permettent même la continuité des traitements hématologiques dans les meilleures conditions possibles.

#### Les coûts humain et économique

Les coûts humain et économique de la réanimation doivent inciter à une réflexion sur le bien fondé de chaque transfert.

### L'information

L'information due aux patients et à leurs proches, selon les lois relatives aux droits des malades et à leur fin de vie, implique que les malades et leurs proches soient informés et que leurs avis soient pris en compte. Les références aux principaux textes législatifs sont données en [Annexe 2](#).

### La coordination

La coordination des équipes d'hématologie et de réanimation devrait assurer le caractère collégial nécessaire au processus décisionnel dont la traçabilité est désormais exigible et réalisée par l'inscription dans le dossier du patient.

### Le point de vue des hématologistes

La situation de détresse clinique, surtout quand elle n'est pas attendue du fait de l'évolution de la maladie, représente pour les équipes d'hématologie, une source de difficultés décisionnelles et relationnelles importantes. Les hématologistes peuvent avoir du mal à évaluer le degré de gravité de la situation médicale et les chances de réversibilité de la défaillance, ce qui peut les conduire à maintenir le malade dans un milieu hématologique. À l'inverse, la multiplication des demandes de passage en réanimation, parce que le malade devient « trop lourd » pour le service d'hématologie, n'est pas souhaitable.

Les situations médicales qui amènent l'hématologiste à proposer un transfert en réanimation méritent aujourd'hui d'être bien codifiées en fonction du profil évolutif de l'hémopathie maligne [1]; elles le sont beaucoup moins en fonction de la nature de la détresse clinique et de ses chances de réversibilité.

#### On peut schématiser quatre situations médicales

*L'hémopathie est au stade palliatif.* Sur ce point, la commission d'éthique de la SFH a publié un document précisant les conditions de limitations des traitements dans les hémopathies malignes [1]. La question du transfert en réanimation ne devrait pas en règle se poser. De telles indications s'apparentent le plus souvent à des traitements déraisonnables. La décision de non-transfert devrait être anticipée, discutée avec les différents intéressés, et notifiée clairement aux équipes, aux familles et dans le dossier.

*Le malade est en traitement de première ligne avec une réponse non encore évaluable, en rémission complète ou en très bonne réponse.* L'objectif est curatif, le passage en réanimation est nécessaire et les arguments doivent être apportés aux réanimateurs afin qu'ils admettent ce patient quelle que soit la gravité de son état.

*Le malade est en réponse partielle, en rechute ou réfractaire à certaines lignes thérapeutiques.* Le malade est en réponse partielle, en rechute ou réfractaire à certaines lignes thérapeutiques mais avec un espoir d'efficacité raisonnable pour d'autres lignes thérapeutiques. C'est cette situation qui pose les plus grandes difficultés décisionnelles et qui justifie une concertation approfondie. Les arguments propres au patient lui-même (âge, état général, comorbidité...), au pronostic de son hémopathie, à la gravité de la détresse clinique, etc. . . doivent intervenir.

*Le malade est engagé dans une thérapeutique à haut risque de mortalité et de morbidité grave iatrogènes.* Le

malade est engagé dans une thérapeutique à haut risque de mortalité et de morbidité grave iatrogènes (complication de certaines allogreffes ou de certains traitements expérimentaux) : les facteurs intervenant dans les décisions, habituellement complexes, doivent intégrer les données les plus récentes de l'évaluation pronostique. Mais ils ne sont pas seulement médicotéchniques, ils s'inscrivent dans un contexte personnel et éthique en raison du sentiment de responsabilité des hématologistes qui ont prescrit ces procédures avec des conséquences iatrogènes sévères pour lesquelles il est difficile d'assumer le désengagement thérapeutique.

### Le point de vue des réanimateurs

Les recommandations de la Société américaine de réanimation (SCCM) et de l'American Medical Association (AMA), publiées en 1992 et en 1999 [12,13], décourageaient clairement l'admission en réanimation des patients d'oncologie ou d'hématologie, surtout chez ceux nécessitant la ventilation mécanique, rapportant plus de 90% de mortalité chez ces malades et amenant au concept que ces patients avaient *mauvaise réputation* auprès des réanimateurs. Ces recommandations ont été largement appliquées, du moins chez les adultes, pendant une dizaine d'années [14,15].

Parallèlement, des progrès considérables ont été obtenus concernant la survie de ces malades hospitalisés dans les services de réanimation avec une mortalité moyenne réduite à 50%, y compris chez ceux nécessitant la ventilation mécanique, la dialyse ou le traitement d'un choc [10,11].

En conséquence, le nombre de patients proposés en réanimation a augmenté considérablement ces dernières années et ce, malgré le souci permanent de bien les sélectionner [16].

Cependant, encore aujourd'hui, les patients d'hématologie proposés aux réanimateurs français n'ont qu'une chance sur deux d'être admis en réanimation [3]. Cela tient à l'image négative du pronostic des patients d'oncologie qui perdure mais aussi aux critères qui motivent leur refus ou leur admission en réanimation. Ils sont différents entre hématologistes et réanimateurs : les premiers s'appuient sur la situation de l'hémopathie, l'âge du malade et la gravité de l'état de détresse quitte à retarder le transfert le plus tard possible, alors que les seconds prennent en compte le nombre et le type de défaillances viscérales en privilégiant la précocité du transfert en vue de faire bénéficier les patients des stratégies non invasives avant l'aggravation éventuelle de l'état de détresse.

La difficulté tient au fait que les facteurs disponibles à l'admission en réanimation ne sont pas suffisamment discriminants pour séparer les survivants de ceux qui vont décéder [17,18].

Il apparaît maintenant que seule l'évolution au cours des trois à cinq premiers jours de réanimation apporte une information fiable sur le pronostic avec une mortalité presque constante chez les patients qui présentent une nouvelle défaillance d'organe dans ce délai, ou encore chez ceux pour lesquels les défaillances présentes à l'admission ne s'améliorent pas [18,19].

C'est ainsi qu'en 2002, l'équipe de réanimation de Saint-Louis à Paris a proposé une nouvelle stratégie d'admission

en réanimation pour les patients d'oncologie intitulée la « réanimation d'attente » [16]. Cette stratégie avait été pensée et appliquée par les réanimateurs pédiatres [20] faisant face aux séquelles graves des souffrances hypoxiques néonatales. S'agissant de décisions lourdes de conséquences pour ces malades d'oncologie, la réanimation d'attente s'inscrit dans la recherche d'une solution qui prend en compte la tension éthique entre utilité et futilité.

## La décision

### Les conditions des prises de décision

Elle devrait s'inscrire dans un contexte de concertation régulière, entre les hématologistes, les réanimateurs et leurs équipes soignantes, ainsi que les patients et leurs proches [21–24].

La commission éthique de la SFH estime souhaitable d'intégrer dans le processus décisionnel du transfert en réanimation le concept de réanimation d'attente proposé par les réanimateurs.

Cela devrait conduire à admettre en réanimation la majorité des patients entrant dans le cadre des situations médicales 2, 3 et 4 sus-décrites qui nécessitent un transfert du fait d'une détresse clinique même univiscérale (en dehors de l'aplasie) et à définir les conditions de non-transfert (patients en phase purement palliative : situation 1, ou refus de transfert en réanimation). Pour tous les patients transférés, une prise en charge sans limitation thérapeutique préalable serait proposée pendant les trois premiers jours. Dans certains cas, cependant, la prise en charge des trois premiers jours peut comporter une limitation par accord entre réanimateurs et hématologues (par exemple, ventilation non invasive plutôt qu'endotrachéale ou pas de traitement actif d'une seconde décompensation d'organe vital, tel que l'hémodialyse en cas d'insuffisance rénale chez un patient ventilé après greffe).

### Ce projet implique une démarche à plusieurs étapes

*Les réanimateurs.* Les réanimateurs doivent être consultés précocement lorsqu'une situation clinique risque d'aboutir à un transfert. Ils doivent participer à la détection précoce des états de détresse, notamment chez les patients à risque afin d'éviter des décisions dans un contexte d'urgence.

*Les décisions de transfert en réanimation doivent être prises en commun par les réanimateurs et les hématologistes, dans une concertation interdisciplinaire et collégiale.* Les décisions de transfert en réanimation doivent être prises en commun par les réanimateurs et les hématologistes, dans une concertation interdisciplinaire et collégiale, de préférence de jour en évitant autant que possible qu'elles soient prises par un seul médecin, la nuit, en urgence. Elles impliquent la participation du malade (en tenant compte d'éventuelles directives anticipées), de la famille, de la personne de confiance.

*Les décisions de non-transfert s'inscrivent dans le cadre général des décisions de limitation des traitements en hématologie.* Elles concernent essentiellement les malades dont l'espérance de vie est limitée, quels que soient les traitements et relèvent, par conséquent, de soins

palliatifs avec pour objectif essentiel la qualité de la fin de vie. L'avis des réanimateurs dans les situations de détresse des fonctions vitales peut, néanmoins, être sollicité même si les hématologistes n'envisagent pas formellement le transfert.

*Quand un passage en réanimation est réalisé, une réévaluation concertée doit être faite au bout de trois jours, avec délai modulable, notamment en pédiatrie.* Elle précise le nombre de défaillances d'organes et permet de redéfinir le projet thérapeutique. Les hématologistes doivent régulièrement passer voir leurs patients et participer à la décision de garder le malade en réanimation.

En dehors des patients dont l'état s'est rapidement amélioré et qui sont retransférés dans le service d'hématologie et de ceux décédés rapidement, la collaboration active entre réanimateurs et hématologistes concerne essentiellement les patients pour qui la question du prolongement du séjour en réanimation se pose.

*Différentes évolutions sont envisageables : [19].* L'état du malade s'améliore partiellement. La réanimation est poursuivie sans limite, moyennant une réévaluation régulière concertée.

L'état du malade se dégrade. La décision de limitation des traitements devrait être envisagée. C'est là que se pose la question du seuil entre obstination raisonnable et non raisonnable.

Certains de ces patients ne vont ni s'améliorer ni s'aggraver, gardant après trois à cinq jours de réanimation, les mêmes défaillances qu'à l'admission. Ce sont ces patients qui finalement posent des problèmes majeurs pour les équipes de réanimation et d'hématologie, mais aussi pour la famille. La décision médicale est individuelle. Elle consiste le plus souvent à poursuivre la réanimation, en maintenant éventuellement des thérapeutiques hématologiques actives et tout en indiquant de façon adéquate à la famille, que toute aggravation ne sera pas accompagnée forcément d'escalade thérapeutique. Dans tous les cas, il est essentiel de veiller à ce que tous les moyens soient mis en œuvre pour assurer le confort des patients et l'accueil des familles.

*Évaluation de la situation du malade au-delà de j3 à j5.* L'évaluation doit continuer à se faire en commun par les réanimateurs et les hématologistes, régulièrement et avec une fréquence commandée par les circonstances (au minimum une fois par semaine) après le transfert et lors de la sortie de réanimation.

*En cas d'une éventuelle limitation ou arrêt des traitements actifs.* En cas d'une éventuelle limitation ou arrêt des traitements actifs, la concertation doit rester permanente en vue d'instaurer des soins palliatifs et un accompagnement en apportant à la famille le soutien nécessaire. Idéalement, le retour dans le service d'hématologie devrait être organisé (malade non ventilé). Il ne s'agit pas là d'abandonner le patient, mais au contraire de favoriser une fin de vie dans le calme et le confort, avec l'équipe soignante qui connaît bien le malade et de permettre à ses proches d'être plus libres dans leurs mouvements sans les contraintes de la réanimation. Cela implique qu'il y ait une disponibilité de place dans les unités d'hématologie. Ultérieurement, un transfert peut être réalisé à partir de l'hématologie soit vers une unité de soins palliatifs, soit au domicile du patient.

## L'organisation de la concertation<sup>2</sup>

Il est souhaitable d'organiser la concertation en intégrant, si possible les modalités suivantes :

- un réanimateur peut assister, sur la demande des hématologistes, aux réunions des unités d'hospitalisation d'hématologie ;
- il peut être utile de désigner un réanimateur référent, interlocuteur privilégié du service d'hématologie ;
- des réunions multidisciplinaires programmées devraient être mises en place, destinées à discuter chacune des situations cliniques impliquant la réanimation et l'hématologie, en amont du transfert, pendant le séjour en réanimation, après la sortie et à distance de celle-ci. Ces réunions seraient ouvertes aux médecins, aux équipes soignantes de réanimation et d'hématologie, ainsi qu'aux personnels des soins palliatifs, aux psychologues, etc... Chaque patient faisant l'objet d'une discussion devrait être informé et son avis, comme celui de ses proches sera recueilli par le médecin référent. Ces avis seront exprimés par le médecin référent au moment de la réunion. Les conclusions de la concertation seront transmises au malade ou à sa famille ;
- des réunions de morbidité communes devraient être organisées périodiquement ;
- toute décision dictée dans l'urgence par la situation du malade devrait, dans la mesure du possible, répondre aux exigences de la concertation pluridisciplinaire même de façon impromptue entre hématologistes et réanimateurs ;
- pour assurer la traçabilité, toutes les décisions et tous les événements impliquant l'hématologie et la réanimation devront être consignés dans le dossier du patient et dans un document récapitulatif qui permettra de faire le point de la situation, d'améliorer les conditions de la collaboration et d'engager des études rétrospectives ;
- en fonction de ses particularités, chaque centre de traitement des hémopathies malignes devrait mettre en place un accord cadre avec son service de réanimation référent pour définir les modalités de fonctionnement en tenant compte des recommandations proposées et incluant des actions de formation du personnel.

## Prévention des conflits

L'organisation de la concertation pluridisciplinaire en amont de la décision ainsi que le développement de l'information et de la communication devraient permettre le plus souvent de limiter les conflits potentiels en les anticipant. Les conflits entre le médecin et le malade ou ses proches peuvent survenir quand il y a des décisions impliquant le devenir immédiat du malade. Elles peuvent être perçues comme un acharnement thérapeutique – on en fait trop – ou au contraire comme un abandon – on n'en fait pas assez –.

L'analyse de la situation devrait permettre de comprendre les raisons de ce conflit qui pourraient impliquer le

<sup>2</sup> Elle existe déjà dans certains centres en France, c'est le cas à l'hôtel-Dieu de Paris dont les modalités de fonctionnement sont données en [Annexe 3](#).

fonctionnement du service, le défaut de communication régulier ou occasionnel pour en tirer des conséquences sur l'amélioration de l'information.

En ce qui concerne la gestion immédiate du conflit, si après des explications franches au malade ou à ses proches avec une justification argumentée de la décision, les positions restaient tranchées, il serait souhaitable de faire appel à un médiateur pour débloquer la situation. Il pourrait s'agir d'un référent membre d'une équipe de soins palliatifs ou d'un groupe d'éthique ou encore d'un psychologue.

## Prolongement de la concertation décisionnelle

Au moment des réunions régulières de concertations pluridisciplinaires, l'analyse des situations en cours de gestion permettra la mise en évidence des points à améliorer. Ils devraient faire l'objet de propositions émanant soit des médecins, soit des soignants d'hématologie, de réanimation ou des unités de soins palliatifs, soit des malades eux-mêmes, des familles ou des personnes de confiance, par l'intermédiaire du médecin référent.

Des réunions annuelles, élargies à tous les membres des structures partenaires, pourraient être organisées pour faire le bilan rétrospectif des événements et des résultats de la collaboration sous la forme d'un exposé récapitulatif et d'un échange général sur le bilan d'activité de l'année.

Des études prospectives devraient être engagées entre les différents partenaires, elles entreraient dans l'évaluation des pratiques professionnelles et dans le cadre de la recherche clinique et pourraient justifier des demandes de subventions aux organismes de tutelle ou aux associations de soutien à la recherche.

Les enquêtes, issues des services d'hématologie restent à faire, pour évaluer les comportements et les facteurs de la sélection primaire par les hématologues en amont de la proposition aux réanimateurs du transfert en réanimation.

En effet, avant la prise de contact avec le service de réanimation, il existe une réflexion au sein des unités d'hématologie et des arguments décisionnels variables selon les habitudes et l'environnement de chaque service. Il en résulte que les enquêtes issues de la réanimation qui sont les seules actuellement disponibles, ne tiennent compte que des patients qui leur sont proposés. L'objectif serait ici d'associer les réanimateurs aux réflexions préalables concernant les patients hospitalisés en hématologie, pour organiser une concertation pluridisciplinaire, permettre d'anticiper les décisions et par-là, d'améliorer l'identification des patients qui justifieraient un passage en réanimation.

## Communication

Elle doit être entretenue à l'interface des trois sociétés savantes :

- en interne, d'une part, avec les unités de soins, informées des travaux accomplis, d'autre part, par des communications ou des conférences au sein de chaque société savante avec participation réciproque ;
- en externe, par des communications aux instances, aux organisations médicales professionnelles et au grand

public par voie de presse ou par l'intermédiaire des associations de malades.

## Conclusion

Ce travail est le fruit d'une réflexion collective à l'interface de trois disciplines : l'hématologie, la réanimation et l'oncopédiatrie, à propos d'une situation médicale fréquente et d'une prise de décision éminemment difficile à gérer au quotidien.

La clarification des situations médicales susceptibles de conduire au transfert d'un malade d'hématologie en réanimation, les arguments pertinents et consensuels pour la prise de décision ainsi que le concept de réanimation d'attente, représentent les aspects les plus originaux de ce travail.

Le transfert d'un patient doit se faire dans des conditions bien définies sur la base d'une collaboration interdisciplinaire régulière avant, pendant et après le séjour en réanimation. Les décisions prises dans ce contexte doivent répondre aux principes de collégialité avec implication du patient et de ses proches et en privilégiant la démarche d'anticipation. La traçabilité des décisions doit permettre aussi l'évaluation individuelle et collective des actions entreprises.

Ces évaluations d'activités et les réflexions générées au cours des réunions pluridisciplinaires permettront d'entretenir la communication avec les professionnels travaillant dans les services impliqués, elles seront la matière des travaux futurs initiés par les trois sociétés savantes.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

## Annexe 1. Membres ayant participé au travail

### *Membres de la commission éthique de la Société française d'hématologie*

Bastard Christian	Rouen
Bordessoule Dominique	Limoges
Cahn Jean-Yves	Grenoble
Casassus Philippe	Paris, Bobigny
Ceccaldi Joël	Libourne
Colombat Philippe	Tours
Gervaise Sylvie	Paris Trousseau
Jaulmes Dominique	Paris, Saint-Antoine
Margueritte Geneviève	Montpellier
Rochant Henri	Paris
Sotto Jean-Jacques	Grenoble
Zittoun Robert	Paris

### *Membres de la Société de réanimation en langue française*

Azoulay Elie	Paris, Saint-Louis
Guidet Bertrand	Paris, Saint-Antoine
Rabbat Antoine	Paris, hôtel-Dieu
Timsit Jean-François	Grenoble

**Annexe 1 (Suite)****Membres du groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques**

Emeriaud Guillaume	Grenoble
Hubert Philippe	Paris, Necker
Valla Frédéric	Lyon

**Membres invités**

Legrand Ollivier (hématologie)	Paris, hôtel-Dieu
Leverger Guy (pédiatrie)	Paris, Trousseau

**Annexe 2. Textes législatifs**

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 : droit d'accès aux soins palliatifs.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – JO RF 5 mars 2002 : 4118-59.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002 : organisation des soins palliatifs.

Circulaire n° 101 – 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

**Annexe 3. Modèle de collaboration établie à l'hôtel-Dieu entre les unités d'hématologie et de réanimation**

Les services d'hématologie et de réanimation médicale de l'hôtel-Dieu ont développé une collaboration qui porte sur la prise en charge médicale, incluant la prise en charge psychologique du patient et de son entourage et la dimension éthique et la recherche clinique.

Les objectifs communs sont :

- éviter toute perte de chance au patient ;
- éviter toute forme de futilité thérapeutique ;
- permettre des décisions consensuelles, acceptées par tous les membres des équipes médicales et paramédicales des services d'hématologie et de réanimation ;
- proposer aux patients et/ou à leur famille des choix médicaux cohérents avec un continuum de traitement et d'information ;
- assurer la formation des internes, futurs hématologues et réanimateurs.

Cette collaboration se formalise en pratique lors de trois types de rencontres :

- réunion formelle une fois par semaine le lundi après-midi, avec présence des internes et au moins un senior de réanimation et d'hématologie, qui permet de discuter des problèmes de réanimation, de pneumologie (la réanimation médicale étant à orientation pneumologique) et d'hématologie chez les patients d'hématologie hospitalisés ou non dans les deux services. Lors de cette réunion, sont discutés les diagnostics cliniques, les résultats des investigations réalisées et les choix thérapeutiques. Est

également discutée, la suite de la prise en charge, en particulier, la conduite à tenir en cas d'aggravation, de défaillance d'organe et de transfert en réanimation. La décision médicale consensuelle est consignée dans le dossier du patient. Elle est disponible pour les médecins de garde ;

- réunions imprévisibles au cas par cas en fonction de l'évolution des patients. La règle étant de pouvoir discuter sereinement, en amont d'un éventuel transfert en réanimation, du cas d'un patient. Dans la mesure du possible, l'appel du réanimateur ne doit pas s'effectuer dans l'urgence, en particulier, la nuit. Les patients sont évalués au moins par un senior de réanimation et d'hématologie, et dans la plupart des cas par plusieurs médecins des deux services. La décision collégiale est notifiée dans l'observation du patient et les médecins de garde des deux services sont informés de la décision. Cette décision pouvant être réévaluée en fonction de nouveaux paramètres. La famille et le malade, si possible, participent à la décision ;
- évaluation systématiquement par un senior de réanimation et d'hématologie au troisième jour des patients admis en réanimation, puis régulièrement en fonction de l'évolution. Une limitation dans l'escalade des thérapeutiques agressives ou l'arrêt des thérapeutiques jugées futiles peut être décidé en fonction de l'évolution des patients. Ces décisions sont prises en concertation entre les médecins des deux services et avec la famille. En cas d'amélioration, le service d'hématologie s'engage à reprendre en priorité le patient dans le service.

**Références**

- [1] Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la Société française d'hématologie. *Hématologie* 2005;11(1):71–9.
- [2] Les limitations et arrêts, thérapeutique active en réanimation adulte : recommandations de la Société de réanimation en langue française. *Reanimation* 2002;11:442–9.
- [3] Thiery G, Azoulay E, Darmon M, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol* 2005;23(19):4406–13.
- [4] Tamburro RF, Barfield RC, Shaffer ML, et al. Changes in outcomes (1996–2004) for pediatric oncology and hematopoietic stem cell transplant patients requiring invasive mechanical ventilation. *Pediatr Crit Care Med* 2008;9(3):270–7.
- [5] Pulte D, Gondos A, Brenner H. Improvements in survival of adults diagnosed with acute myeloblastic leukemia in the early 21st century. *Haematological* 2008;93(4):594–600.
- [6] Pulte D, Gondos A, Brenner H. Ongoing improvement in outcomes for patients diagnosed as having non-hodgkin lymphoma from the 1990s to the early 21st century. *Arch Intern Med* 2008;168:469–76.
- [7] Cavo M, Baccarani M. The changing landscape of myeloma therapy. *N Engl J Med* 2006;354:1076–8.
- [8] Hunault M, Harousseau JL, Delain M, et al. Better outcome of adult acute lymphoblastic leukemia after early genotoxic allogeneic bone marrow transplantation (BMT) than after late high-dose therapy and autologous BMT: a GOELAMS trial. *Blood* 2004;104(10):3028–37.
- [9] Hubert P, Jouvet P. Pronostic de l'enfant immunodéprimé en réanimation. *Actualités en réanimation et urgences* 2002.

- xx<sup>e</sup> congrès de la Société de réanimation de langue française. Elsevier. 534p.
- [10] Larche J, Azoulay E, Fieux F, et al. Improved survival of critically ill cancer patients with septic shock. *Intensive Care Med* 2003;29(10):1688–95 [Epub 2003 Sep 12].
- [11] Azoulay E, Thiery G, Chevret S, et al. The prognosis of acute respiratory failure in critically ill cancer patients. *Medicine (Baltimore)* 2004;83(6):360–70.
- [12] American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992;20(6):864–74.
- [13] Task Force of the American College of Critical Care Medicine, SCCM. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. *Crit Care Med* 1999;27(3):633–8.
- [14] Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med* 1999;27(6):1073–9.
- [15] Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med* 2005;33:750–5.
- [16] Azoulay E, Afessa B. The intensive care support of patients with malignancy: do everything that can be done. *Intensive Care Med* 2006;32(1):3–5 [Epub 2005 Nov 25].
- [17] Massion PB, Dive AM, Doyen C, et al. Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality. *Crit Care Med* 2002;30(10):2260–70.
- [18] Timsit JF, Fosse JP, Troche G, et al. Accuracy of a composite score using daily SAPS II and LOD scores for predicting hospital mortality in ICU patients hospitalized for more than 72 hours. *Intensive Care Med* 2001;27(6):1012–21.
- [19] Lecuyer L, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. An intensive care unit trial in critically ill cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2006;in press.
- [20] Pochard F, Azoulay E, Grassin M. End-of-life decisions for newborn infants. *Lancet* 2000;356(9233):946.
- [21] Zittoun R. Partager le savoir et la décision. Situations critiques et thérapeutiques limites dans La mort de l'autre. In: Une introduction à l'éthique clinique. Paris: Dunod; 2007. p. 93–145.
- [22] Ceccaldi J. Démarche palliative et prise de décision éthique. *Oncologie* 2008;10:105–12.
- [23] Lemaire F. Problèmes éthiques en réanimation dans *Pratique en anesthésie*. In: Réanimation et urgences. France: Masson; 2003, 243 p.
- [24] Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Medecine* 2006;2:330–3.