

Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation

Outboard consulting colleague for end of life decision in the intensive care

R. Cremer · J.-P. Graftieaux · A. Renault · G. Le Gall · L. Haddad · D. Dreyfuss

Reçu le 22 décembre 2011 ; accepté le 25 décembre 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

Résumé La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) a donné un cadre légal aux décisions de limitation et d'arrêt de traitement (LAT) en réanimation et a instauré l'obligation d'une délibération collégiale pour les patients incapables d'exprimer leur volonté.

R. Cremer (✉)
EEHU de Lille, 1, place de Verdun, 59045 Lille, France
e-mail : robin.cremer@chru-lille.fr

CHU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, avenue Eugène-Avinée,
59037 Lille, France

J.-P. Graftieaux
Service d'anesthésiologie, CHU de Reims,
hôpital Maison-Blanche, 45, rue Cognacq-Jay,
51092 Reims, France

A. Renault
Service de réanimation médicale, CHU de Brest,
hôpital de la Cavale-Blanche, boulevard Tanguy-Prigent,
29609 Brest, France

G. Le Gall
Service de réanimation polyvalente,
centre hospitalier des Pays de Morlaix, 15, rue de Kersaint-Gilly,
29672 Morlaix, France

L. Haddad
Service d'anesthésie-réanimation,
unité d'évaluation de la douleur, hôpital Saint-Louis,
19, rue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

D. Dreyfuss
Service de réanimation médicochirurgicale,
CHU Louis-Mourier, 178, rue des Renouillers,
92700 Colombes, France

Pour la commission d'éthique de la SRLF : Didier Dreyfuss (secrétaire), Pierre-Édouard Bollaert, Laurence Bloch, Ludivine Chalumeau-Lemoine, Robin Cremer, Cédric Daubin, Dominique Folscheid, Jean-Pierre Graftieaux, Olivier Guisset, Lise Haddad, Philippe Hubert, Didier Jourmois, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Lautrette, Guy Le Gall, Anne Renault, Christian Richard, René Robert, Marina Thirion, Daniel Villers.

Les modalités de cette collégialité ont été précisées en 2006 par un décret d'application qui impose notamment au médecin en charge du patient de prendre l'avis motivé d'un consultant avant toute décision de LAT. L'objet de ce texte est de préciser la vision qu'a la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française du rôle et du positionnement de ce consultant et de proposer des éléments d'orientation pour en guider le choix en pratique. **Pour citer cette revue : *Réanimation* 21 (2012).**

Mots clés Réanimation · Fin de vie · Éthique

Abstract In 2005, the French law about patients' rights at end of life ratified that the decisions of withdrawing/withholding life-sustaining treatments must be undertaken by the physicians in charge of the patient, after obtaining the advice of an outboard consulting colleague. The purpose of this text is to put forward the perspective of the ethical committee of the French Society of Intensive Care Medicine regarding the role of this consulting physician and to propose guidelines to help choosing him (her). **To cite this journal: *Réanimation* 21 (2012).**

Keywords Intensive care · Ethics · Decision-making · Withholding treatment · Withdrawing treatment

Introduction

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) a donné un cadre légal aux décisions de limitation et d'arrêt de traitement (LAT) en réanimation et a encadré leur pratique en instaurant l'obligation d'une délibération collégiale avant les décisions pour les patients incapables d'exprimer leur volonté [1]. Les modalités de cette collégialité ont été précisées par le décret du 6 février 2006 [2] qui impose au médecin en charge du patient concerné de prendre l'avis motivé d'un consultant avant

toute décision de LAT. L'objet de ce texte est de préciser la vision qu'a la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française du rôle et du positionnement de ce consultant et de proposer des éléments d'orientation pour en guider le choix en pratique.

Définitions législative et réglementaire du consultant pour les LAT

Pour décider de limiter ou d'arrêter les traitements chez un patient incapable d'exprimer sa volonté, la loi du 22 avril 2005 [1] a imposé une procédure collégiale dans les termes suivants :

« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, **après avoir respecté la procédure collégiale** définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. » (Article L. 1111-13 du code de la santé publique.)

Les modalités de cette collégialité ont été précisées par le décret du 6 février 2006 [2] dans les termes suivants :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins, sur **l'avis motivé d'au moins un autre médecin, appelé en qualité de consultant**. Il ne doit exister aucun lien hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant peut être demandé par l'un des deux médecins s'il l'estime utile. » (Article R. 4127-37 du code de la santé publique.)

Ces deux textes sont venus modifier par deux fois le code de la santé publique et l'article 37 du code de déontologie médicale. En complément du texte du code de déontologie, deux sources principales, sans valeur juridique opposable, sont disponibles pour mieux cerner les qualités et le rôle du consultant lors d'une décision de LAT : les commentaires du code de déontologie rédigés par les membres de la sous-section éthique du conseil de l'ordre des médecins [3] et le rapport de la mission d'évaluation de cette loi [4]. Le contenu des auditions qui ont été menées lors de cette évaluation [5] est également une source complémentaire, utile pour cerner les limites de ce rôle.

La notion de consultant et l'obligation déontologique d'y recourir existaient déjà dans le code de déontologie médicale, avant la loi Leonetti. Ainsi, l'article 60 de ce code (article R. 4127-60 du code de la santé publique) stipulait déjà que « *le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent [...]* », en

référence à l'article 70 qui indique qu'« *il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins [...] dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* » (article R.4127-70 du code de la santé publique). Le décret d'application de 2006 [2] qui a modifié l'article 37 du code de déontologie médicale a donc ajouté une circonstance supplémentaire exigeant le recours à un consultant.

Rôle et positionnement du consultant pour les LAT

Pour comprendre le positionnement du consultant, il est éclairant de constater à quel point la situation décrite à l'article 37 du code de déontologie correspond très exactement aux définitions aristotéliennes de la délibération et de la décision. Ainsi, la délibération précède et définit la décision ; elle porte sur des actions possibles (on ne délibère pas d'actions impossibles), lesquelles actions ne sont pas des fins en soi, mais des moyens. La décision est définie comme l'exercice de liberté qui a fait juger une action préférable à l'issue de la délibération, pour atteindre une fin [6]. C'est au stade de la délibération qu'intervient la collégialité instituée par l'article 37 du code de déontologie : il est donc prévu une délibération collégiale suivie d'une décision individuelle. Contrairement à la situation antérieurement définie dans l'article 70, le consultant ne décide pas à la place du médecin qui fait appel à lui, mais participe à la délibération qui précède la décision, laquelle décision reste de la responsabilité du médecin en charge du patient. Il n'est donc ni un expert scientifique qui viendrait donner un avis définitif entraînant une décision mécanique, ni un contrôleur qui détiendrait la vérité sur les bonnes pratiques, ni un homme de paille dont la consultation ne constituerait qu'une formalité vide de sens. C'est un pair qui est recherché pour délibérer avant une décision de LAT.

Le consultant doit prendre connaissance du dossier médical

Pour remplir sa mission, il est indispensable que le consultant ait une vue aussi complète que possible de la situation du patient concerné ; il doit donc prendre connaissance de son dossier médical. La question de la nécessité d'un examen clinique effectif est souvent posée en raison de la phrase suivante des commentaires du code de déontologie : « *Par sa présence auprès du malade, il conforte les proches dans l'assurance qui leur est due que la décision sera, en tout état de cause, prise de manière raisonnée et raisonnable.* » Il semble évident que cet examen clinique doit être possible si la nécessité s'en fait sentir, mais il n'existe pas d'argument pour en faire une condition absolue

de recevabilité de l'avis du consultant. En revanche, pour répondre à l'objectif de réassurance des proches, il est nécessaire que le recours au consultant soit annoncé à la famille.

Le consultant doit être étranger à l'équipe en charge du patient

Cet impératif ne figure pas dans la loi, mais il figure en tête des commentaires du conseil de l'ordre des médecins concernant l'article 37 du code de déontologie [3]. Il est logique puisque c'est précisément le questionnement des équipes de réanimation quant à la pertinence des traitements qui est à l'origine de la plupart des procédures de LAT. Dans les cas plus rares où, conformément au décret du 29 janvier 2010 [7], la procédure collégiale est initiée à la demande des proches ou de la famille, c'est encore l'équipe en charge du patient qui se questionne sur la manière de répondre à cette demande. Le rapport d'évaluation de la loi présente d'ailleurs l'intervention du consultant comme de nature à diminuer le risque d'erreur collective [4]. Ce rôle de tiers garant de la transparence a été souligné, par le président du conseil de l'ordre des médecins, lors de son audition par la mission d'évaluation de la loi [5].

La question pratique immédiatement afférente à cet impératif est celle de la définition de l'équipe. À l'évidence, il ne s'agit pas d'une définition administrative, mais d'une définition fonctionnelle ; le but étant de choisir un consultant suffisamment éloigné de la décision à prendre pour en rester extérieur et en même temps suffisamment averti pour en saisir rapidement les enjeux théoriques et pratiques. Dans le cas d'un arrêt d'un traitement de suppléance en réanimation, il est assez simple d'identifier un consultant pertinent ; le médecin ayant adressé le patient en réanimation, le spécialiste qui le suit pour une affection chronique, le médecin traitant ou l'expert spécialiste de l'affection en cause sont authentiquement extérieurs à l'action envisagée et n'en porteront pas la responsabilité. La seule exigence du conseil de l'ordre des médecins étant que le consultant soit « en situation régulière d'exercice », le recours à un médecin retraité n'est pas impossible. Il existe néanmoins des situations plus complexes quand plusieurs équipes sont amenées à collaborer dans la prise en charge du même patient. Peut-on considérer qu'il y a bien intervention d'un consultant étranger à l'équipe quand les réanimateurs décident d'arrêter les traitements en collaboration avec le chirurgien qui a opéré le patient peu de temps avant et l'anesthésiste qui l'a endormi ? Dans cet exemple, a fortiori s'il y a risque de conflit, la prudence veut qu'on fasse appel à un consultant qui n'a pas été impliqué dans la prise en charge du patient de manière à lever tout soupçon de collusion. C'est également dans ce but que le décret d'application organisant la collégialité stipule qu'il ne doit y avoir aucune relation hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant [2] ;

bien qu'au vu de l'article 5 du code de déontologie, il ne puisse jamais exister réellement de dépendance professionnelle entre deux médecins. Sans pour autant être exclu de la collégialité, un chef de service, un responsable de pôle ou de département, ne peut donc être un consultant recevable dans le cadre de la délibération qui précède une décision de LAT prise par un membre de l'équipe dont il a la responsabilité organisationnelle. De même, si le médecin en charge du patient est responsable de pôle, il pourrait sembler logique de faire appel à un consultant issu d'un autre pôle. Il convient cependant de souligner qu'une interprétation trop rigide du code de déontologie pourrait rendre impossible l'application de la loi en raison du regroupement des services en pôles de plus en plus vastes. À l'exception des situations de conflit avéré, la participation d'un chef de pôle à la délibération collégiale n'est probablement pas un obstacle à ce qu'un médecin d'une autre unité du même pôle soit le consultant pour une décision prise par un réanimateur.

Rôle pratique du consultant

Le rôle exact du consultant n'est pas défini par la loi, mais l'analyse des commentaires du code de déontologie [3] peut aider à le préciser. Si on se réfère aux deux pôles de l'activité médicale définis par Mallet comme l'objectivation d'une part (le fait de replacer les symptômes dans un référentiel préexistant) et l'attention à la subjectivité d'autre part (le fait de considérer la maladie comme un événement biographique et social) [8], il apparaît que le consultant a un rôle de médecin à part entière. Ainsi, les termes « *objectivité* », « *recul* », « *compétence* », « *règles de bonne pratique* » qui apparaissent dans ces commentaires sont à classer dans le premier pôle, et les termes « *capacités humaines* », « *conforte les proches* » sont à classer dans le second. Il s'ensuit qu'il ne saurait y avoir de différence fondamentale, au lit du patient, entre le rôle du consultant et celui du médecin qui fait appel à lui. Cependant, dans ce cadre déontologique précis, le consultant est investi d'un rôle de facilitation de la délibération qui n'existe pas dans les autres situations relevant de l'article 60 du code de déontologie. Ainsi, les commentaires du code de déontologie indiquent que le consultant doit « *aider, par un échange confraternel, le praticien qui le consulte à mener à terme sa réflexion dans l'intérêt du malade* ». Cela nécessite de passer d'une logique d'expertise, laquelle se situe dans le champ de la connaissance scientifique et vise à diminuer l'incertitude, à une logique de délibération, laquelle prend en compte la singularité de la situation envisagée. La présence du tiers imposée par la procédure et le caractère consultatif de la discussion collégiale sont de nature à favoriser la naissance d'une vraie discussion sur les enjeux éthiques, distingués pour un temps des impératifs performatifs de la décision à prendre [9].

Quand le consultant est-il nécessaire ?

La loi a été écrite pour donner un cadre légal aux arrêts des traitements de suppléance en réanimation, notamment quand le fait de laisser survenir la mort est la seule façon d'éviter l'obstination déraisonnable. Dans ces situations typiques d'impasse thérapeutique ou d'absence de projet curatif, dans lesquelles la mort du patient est raisonnablement prévisible à court terme au retrait des traitements de suppléance, la nécessité légale, déontologique et éthique du recours à un consultant aussi irréprochable que possible est une évidence qui n'échappera à personne, au regard de l'irréversibilité des conséquences de la décision.

Cependant, le décès est loin d'être systématique, notamment dans les autres formes de LAT, puisque plus de 20 % des patients survivent après une décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque ou de ne pas augmenter les traitements [10, 11]. L'anticipation étant la condition de tout projet de soins raisonnable, l'amélioration des pratiques des réanimateurs devrait logiquement conduire à une augmentation de ces décisions prises avant la dernière extrémité. Conformément à l'article 8 du code de déontologie médicale qui stipule que toute prescription doit être « appropriée en la circonstance », toute décision de prescription doit intrinsèquement être précédée d'une délibération sur l'utilité du traitement, laquelle est de même nature que le questionnement sur les LAT. Dès lors se pose la question de la limite en deçà de laquelle on se situe dans l'acte de prescription routinier qui s'exerce après une délibération solitaire et au-delà de laquelle la délibération collégiale s'impose. La question est exactement similaire quand il s'agit de ne pas prescrire : le renoncement à instaurer un traitement peut découler soit d'une non-indication scientifique, soit de son caractère « inapproprié en la circonstance ». Étant donné le continuum entre les deux, il est heureux que la loi ne se soit pas prononcée dans ce domaine, lequel appartient à l'état de l'art.

En pratique, il appartient aux équipes de réanimation d'identifier les situations cliniques pour lesquelles la collégialité naturellement présente dans un service qui fonctionne bien, où les médecins décident en collaboration avec l'équipe soignante après avoir pris les avis pronostiques et thérapeutiques usuels, peut être suffisante pour décider de ne pas augmenter les traitements et celles pour lesquelles la loi doit être respectée à la lettre. De même, les réunions de concertation multidisciplinaire auxquelles participent des spécialistes de disciplines différentes pour établir le projet de soins des malades complexes sont aussi des lieux de collégialité. Il peut être tenu compte de cette collégialité dans les décisions anticipées de non-admission en réanimation par exemple. Pour exercer ce jugement, quatre éléments objectifs sont à prendre en compte simultanément : le degré de certitude scientifique concernant les chances de succès du

traitement, le degré d'urgence à décider, le degré d'irréversibilité des conséquences de la décision et leur temporalité prévisible. Il n'est pas possible de modéliser toutes les situations cliniques possibles puisque c'est précisément la singularité de chaque situation qui définit à un instant donné le poids de chacun de ces facteurs. Ainsi l'urgence à décider qui peut justifier des écarts avec une procédure chronophage est-elle en permanence pondérée par l'irréversibilité habituelle des décisions prises dans ce contexte et la proximité temporelle de leurs conséquences. Dans ces situations d'urgence, en dehors des heures ouvrables, une décision provisoire de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque, ou de ne pas entreprendre (ou augmenter) un traitement, prise collégialement avec l'équipe présente, pourrait être plus défendable qu'une obstination déraisonnable, dans l'attente de l'arrivée d'un consultant. À l'inverse, l'anticipation est mécaniquement obérée par une plus grande incertitude scientifique. Dans ce cas, c'est la capacité des équipes et des filières de soins à reconsidérer une décision antérieurement prise qui viendra pondérer l'incertitude dans laquelle la décision a été prise auparavant.

Dans tous les cas, la décision doit être notée et motivée dans le dossier médical, et tous les éléments de nature à établir la réalité d'une collégialité doivent y être consignés. Même s'il n'est qu'une contingence sur le plan de l'éthique, le risque de conflit avec la famille du patient ou entre les proches ne doit pas être négligé. Quand ce risque est perceptible, il doit systématiquement conduire à se rapprocher autant que possible d'une procédure inattaquable. Le 22 avril 2011, le ministère de la Justice et des Libertés a adressé une circulaire à tous les procureurs et présidents des tribunaux pour leur expliquer la loi du 22 avril 2005 et pour leur indiquer comment vérifier la réalité de la collégialité en cas d'enquête judiciaire [12].

Organisation de la collégialité et logiques de choix du consultant

En pratique, les données sur l'effectivité du recours au consultant lors des décisions de LAT sont encore très fragmentaires. Si certains services font état d'une quasi-exhaustivité, il est très probable que d'autres n'ont pas encore formellement intégré cette obligation. Deux modèles procéduraux semblent être utilisés par les services de réanimation selon qu'une réunion des protagonistes de la collégialité soit organisée ou non.

Quand une réunion est organisée et qu'elle est menée conformément à l'éthique de la discussion, les interlocuteurs vont chercher à s'entendre et à se comprendre entre eux, mais aussi à se comprendre eux-mêmes [9]. Dans cette configuration, deux logiques de choix du consultant peuvent être identifiées, selon que l'on cherche à adapter la procédure au

patient lui-même ou à sa situation clinique du moment. Dans le premier cas, le médecin généraliste du patient ou le spécialiste qui le suit pour une affection chronique sont des consultants pertinents. Étant donné leur implication dans la prise en charge antérieure, il leur incombera d'effectuer un travail de distanciation suffisant pour que la décision finalement prise ne soit pas une simple justification des actions précédemment menées. Dans le second cas, un médecin d'une équipe de soins palliatifs ou un spécialiste de la discipline, qui pourrait être amené à prendre en charge le patient s'il survivait, semblent des choix judicieux. Dans cette seconde configuration, le consultant devra éviter de se comporter uniquement en expert scientifique et prêter une attention particulière à la subjectivité du patient, au sens littéral du terme. Ces deux logiques ne sont pas forcément contradictoires, puisqu'il peut arriver qu'elles conduisent toutes deux à la sollicitation du même médecin ou qu'on juge pertinent de faire appel à deux consultants en même temps.

Certains services n'organisent pas de réunion en raison de la difficulté à réunir tous les protagonistes et de la consommation de temps qu'elles induisent. Dans cette configuration qui n'a rien d'illégal, les interventions des différents protagonistes de la collégialité ont lieu successivement, et c'est le dossier médical qui devient le lieu de la discussion. Si la certitude d'être lu par un tiers chargé de vérifier la pertinence du raisonnement et sa cohérence constitue très probablement un gage de rigueur, la suppression des confrontations directes entre des approches différentes complique la perception de la délibération qui précède la décision. Dans cette configuration, la nécessité que le consultant ait une bonne connaissance de la législation et des procédures réglementaires devient alors un critère de choix majeur.

Dans tous les cas, c'est la qualité de la réflexion et le soin qui sera apporté à l'examen de toutes les possibilités d'action qui sont les véritables garants d'une décision de qualité.

Conclusion

Le consultant auquel on doit recourir pour prendre une décision de LAT pour un patient hors d'état d'exprimer sa volonté a le triple rôle d'améliorer la qualité scientifique de la décision, d'assurer un regard extérieur à l'équipe en charge du malade et de faciliter l'émergence d'une vraie discussion éthique. Si son intervention s'impose à l'évidence quand la mort du patient est raisonnablement prévisible à court terme à l'arrêt des traitements de suppléance, le point à partir duquel l'intervention du consultant s'impose dans les autres formes de LAT n'est pas universel. C'est au médecin

en charge du patient qu'il incombe de discerner ce point au cas par cas ; en fonction de la singularité du patient en cause et des contingences extérieures, sans trahir l'esprit de la loi ni faire preuve d'un légalisme paralysant.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel de la République française du 23 avril. 2005:7089
2. Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel de la République française n° 32; du 7 février 2006:1974
3. Conseil de l'ordre des médecins. Commentaires sur l'article 37 du code de déontologie médicale. Disponible en ligne sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261>
4. Leonetti J (2008) Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (tome 1 : rapport). Disponible en ligne sur <http://www.assembleenationale.fr/13/rap-info/i1287-t1asp>
5. Leonetti J (2008) Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (tome 2 : audits). Disponible en ligne sur <http://www.assembleenationale.fr/13/rap-info/i1287-t1asp>
6. Aristote Livre III (1994) Le consentement, la décision, la responsabilité. Éthique à Nicomaque: G.F. Flammarion, pp 144–50
7. Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement Journal officiel de la République française n° 25 ; 30 janvier 2010:1869
8. Mallet D (2007) La médecine entre deux conceptions de la maladie. In: La médecine entre science et existence. Vuibert, Paris, pp 59–63
9. Haddad L (2010) Fonctionnement de la collégialité. In: Puybasset L (ed) Enjeux éthiques en réanimation. Springer-Verlag, Paris, pp 275–86
10. Cremer R, Hubert P, Grandbastien B, et al (2011) Prevalence of questioning regarding life-sustaining treatment and time utilisation by forgoing treatment in francophone PICUs. Intensive Care Medicine 37:1648–55
11. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F (2001) Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet 357:9–14
12. Circulaire du 20 octobre 2011 concernant la mise en œuvre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et de traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie » (NOR : JUSD1128836C). Bulletin officiel du ministère de la Justice et des Libertés du 31 octobre 2011