

La Réanimation de demain: Défis Ethiques



ALIVE



René Robert
Médecine Intensive
Réanimation
CHU Poitiers
CIC Inserm 1402



Pas de conflit d'intérêt



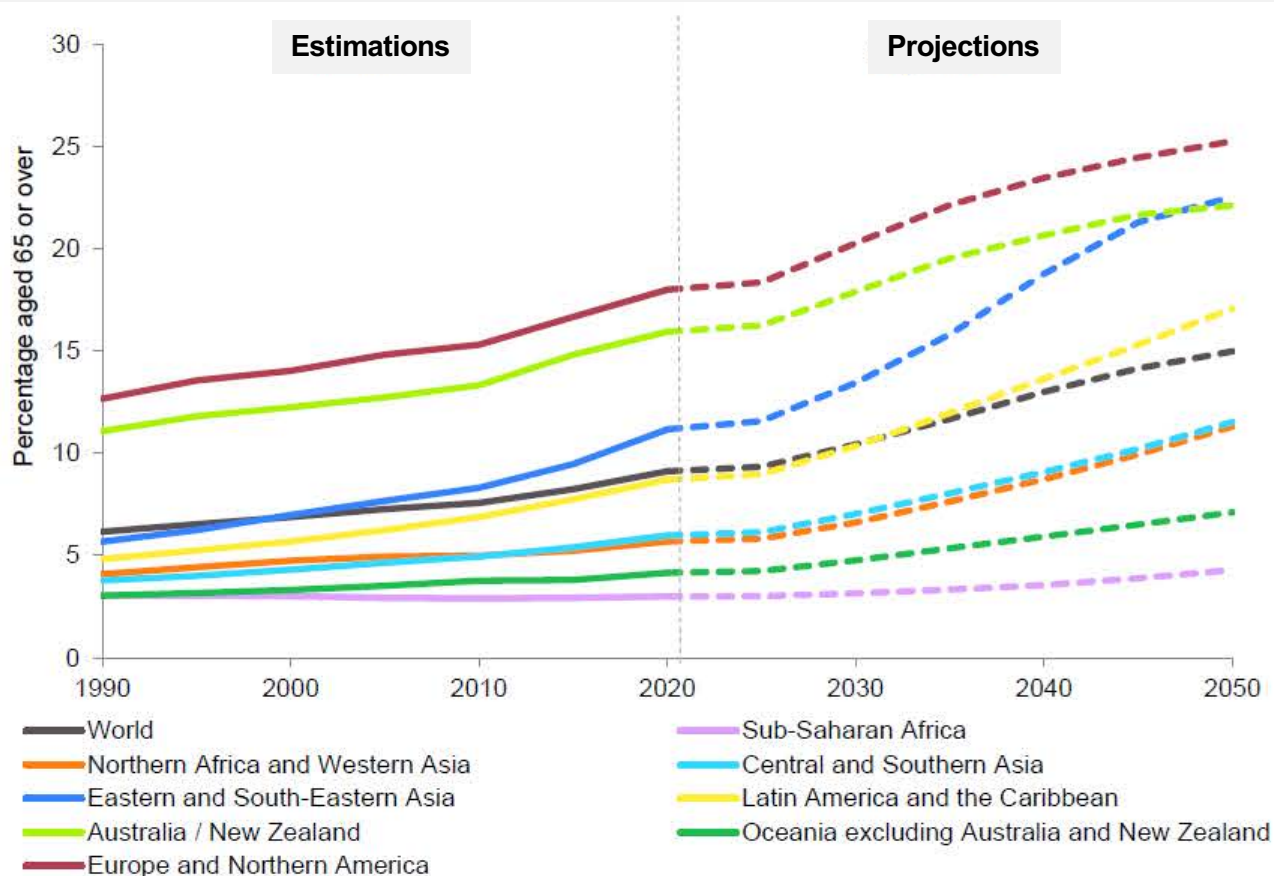
Quels défis éthiques ?

- Le très très grand **â**ge
- L'aide à mourir
- Palliatif palliatif ou palliatif ?
- Les questions générées par les pandémies
- Les big data intelligence artificielle
-

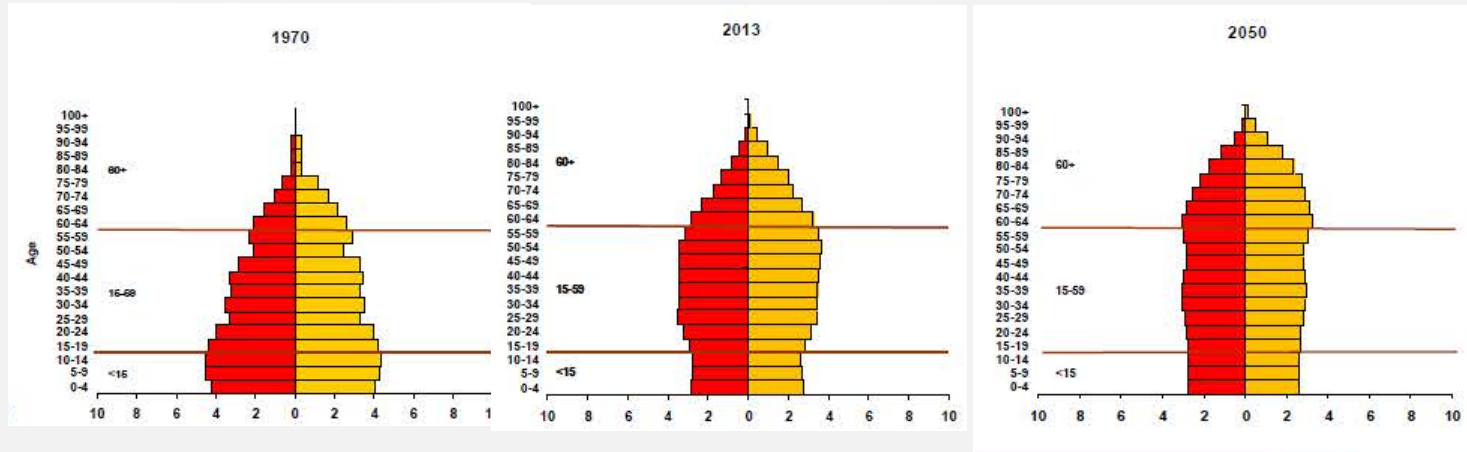
Trop vieux pour la réa ?



Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus, par région du monde



Population pyramids of developed regions: 1970, 2013 and 2050

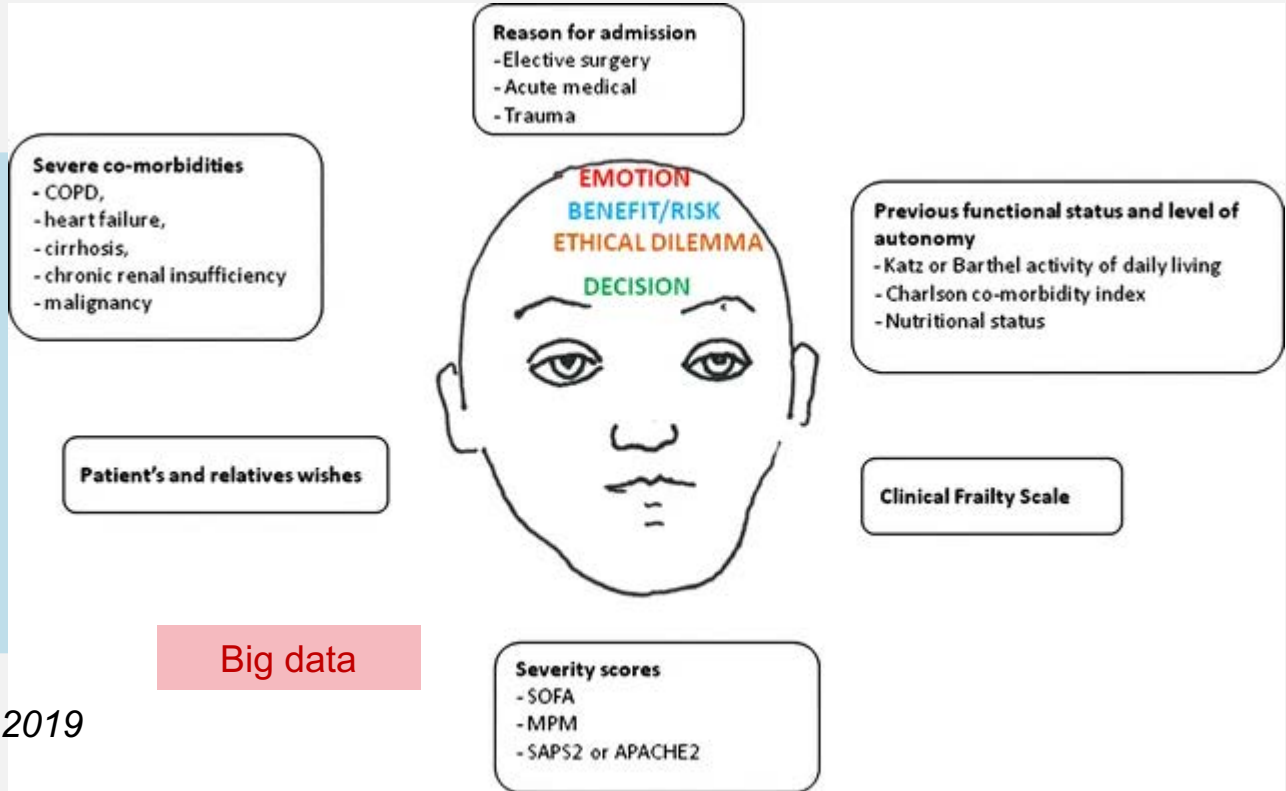


Sera-t-on un jour trop vieux pour la réa ?

- **ce qui compte**

- Espérance de vie vs espérance de vie en bonne santé
- Co-morbidités ET Score de fragilité
- Estimation qualité de (sur)vie à distance de la réa

Is this critically ill patient elderly or too old ? *Robert R ICM 2017*



Une Loi sur une aide active à mourir en France ?



Du laisser au faire mourir ?

Loi Leonetti

2005

Laisser mourir

Loi Claeys Leonetti

2016

Laisser mourir ?

Loi sur l'euthanasie ?

... ?

Faire mourir

Loi Claeys Leonetti : 2 groupes de mécontents

**Ça ne
va pas
assez
loin**

**Ça va
trop
loin**

un pas vers une
euthanasie déguisée

Comprendre où on en est avant d'aller plus loin

Assumer l'intentionnalité, oui mais quelle intentionnalité ?

Loi Leonetti

2005

Laisser mourir

Loi Claeys Leonetti

2016

Arrêt de
ventilation

Sédation

Est-on toujours dans le

Laisser mourir ?

Ambiguïté : Arrêt de la ventilation ARREVE1

Résultats: ressenti des soignants

Cottureau A et al ICM 2016

- Sevrage ultime est considéré comme une forme d'**euthanasie** par **17%** des IDE et **13%** des médecins
- Extubation est considérée comme une forme d'**euthanasie** par **27%** des IDE et **16%** des médecins
- Extubation est une **pratique illégale** pour **8%** des IDE et **3 %** des médecins.

Et pour la SPCJD qu'en pensez-vous ?

- C'est une forme d'euthanasie
Oui Non
- L'intentionnalité est d'accélérer la survenue du décès
Oui Non
- L'accélération de la survenue du décès est inévitable et je suis mal à l'aise
Oui Non

Sédation continue au cours de fin de vie:

Intentionnalité à géométrie variable *Ten Have H J Pain Symptom Manag 2014*

- Prescription de SC au cours de fin de vie
 - Pouvant accélérer DC 37% (n=299 DC) *Van der Heide CCM 2003*
 - ✓ De façon partiellement délibérée 22%
 - ✓ De façon totalement délibérée 26%
 - N=92 ICU; rétrospective subjective *Sprung CCM 2008*
 - ✓ 77% accélère survenue DC
 - ✓ 12% probablement accélère survenue DC
 - ✓ 12% pas de relation
 - ✓ Si augmentation de dose, DC plus rapide

Confort: au moment de arrêt ventilation

Robert R et al ICM 2020

%	With incomfort N=226	Without incomfort N=224	P
Midazolam Dose max	78 10.0 [5.0 ; 15.0]	83 10.0 [6.0 ; 16.0]	NS
Morphiniques Dose max	87 10.0 [5.0 ; 20.0]	87 10.0 [5.0 ; 20.0]	NS
Curares	3	14	0.001
Terminal weaning	41	67	
Immediate extubation	59	33	
Délai jusqu'au décès	7.3 [1.9 ; 25.0]	1.6 [0.3 ; 6.0]	<.0001

**AIDER À BIEN
MOURIR**

Pourquoi avoir besoin d'une loi sur l'aide à mourir ?
Faut-il aller plus loin ? Des trous dans la raquette ?

- En réanimation ?
- Aux frontières de la réanimation ?
- En dehors de la réanimation ?

Exemple SLA: refus de nutrition entérale et demande de sédation profonde et continue jusqu'au décès

- Demande du patient OUI
- Affection grave et incurable OUI
- Pronostic vital engagé à court terme ?
- Souffrance réfractaire au traitement OUI

Quels risques, effets adverses attendus ?

- Décisions hatives
- Mauvaise interprétation de la demande
(douleur)
- Dépression masquée

De façon générale êtes-vous favorable à une loi qui rendrait légal le droit à une aide active à mourir ?

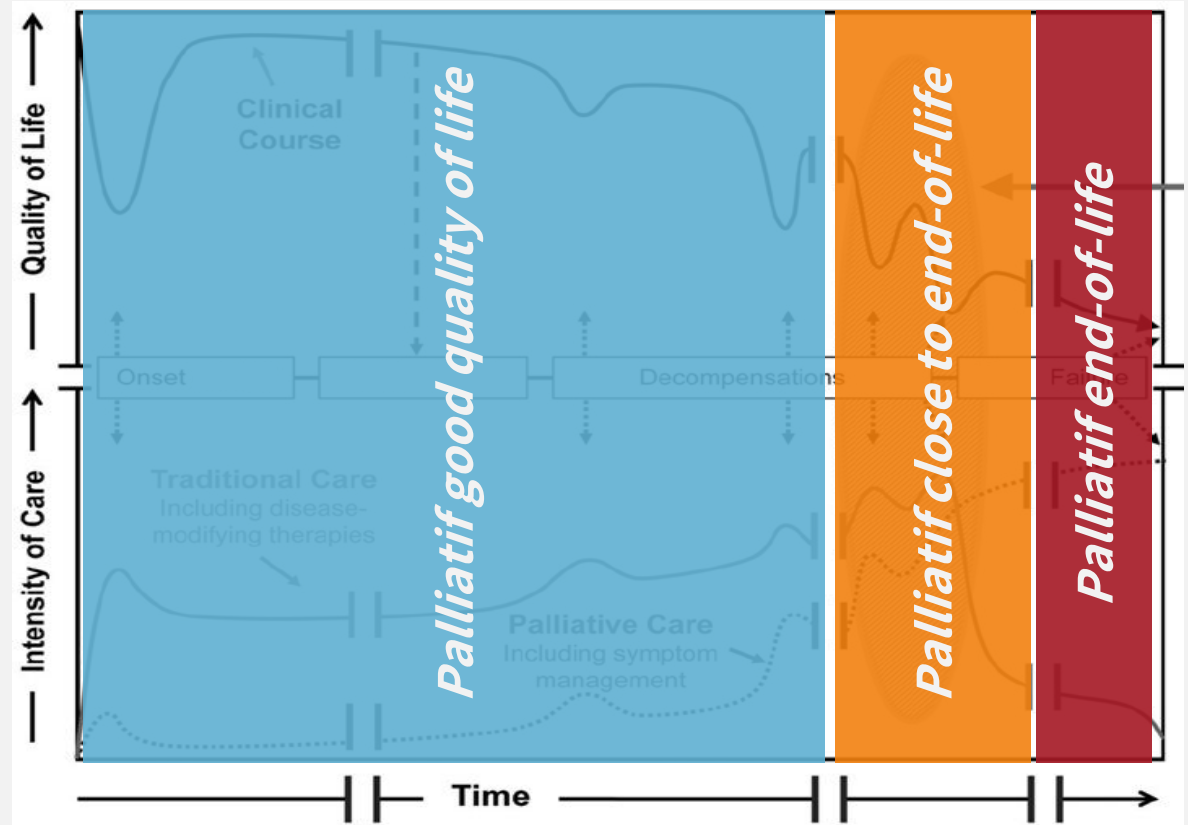
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Clarifier la sémantique: Palliatif ?



palliatif, palliatif ou palliatif ?

- Un même mot pour des situations différentes :
confusion, pollution dans décision
d'admission ou non
admission en réa



	Espérance de vie Temporalité	Etat général condition physique	Objectifs de soins	Admission en réa
Curatif	Bon pc, bonne qualité de vie à moyen ou long terme	Préservés ou devant être améliorés	Non limités	oui
Melioratif	Fin de vie estimée à moins de 6 mois avec qualité de vie altérée	Altérés	Améliorer la qualité de vie	Non ou avec traitements limités
Palliatif	Entrée dans la fin de vie de qq jours à qq semaines	Profondément altérés	Accompagnement de fin de vie	Non

Clef n°4

Les questions générées par les pandémies (demain c'est déjà aujourd'hui !)



L'éthique bousculée par des arrivées massives de patients : l'exemple de la pandémie

L'arrivée massive d'un flux ininterrompu de patients graves en réanimation aboutissant rapidement à une saturation du système de santé a bousculé de façon majeure nos stratégies de décision d'admission en réanimation, nos certitudes éthiques, nos valeurs morales et acutisé nos dilemmes éthiques.

L'éthique bousculée *Robert R AIC 2020*

- Sélection des patients pour l'admission « triage »
- Création de néo-réanimations +/- sous équipées
- Des équipes de sélection
- Changements dans la prise de décision de LAT
- Interdiction des visites
- Fin de vie perturbée
- Souffrance des soignants

Les critères éthiques de sélection pour l'admission en réa

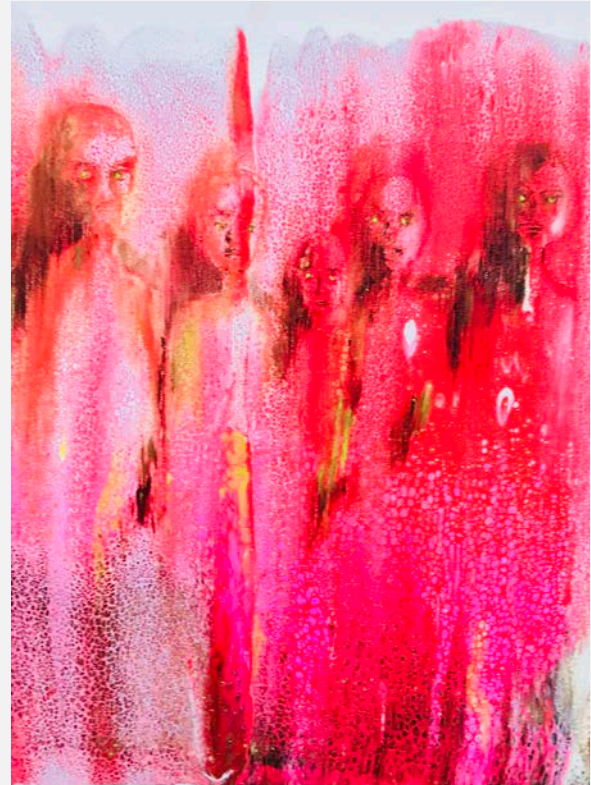
- Ceux qui sont les plus graves
- Ceux qui ont le plus de chances de survivre (les pas trop graves)
- Ceux qui ont l'espérance de vie la plus longue après la guérison
- Ceux qui ont franchi le moins d'étapes de vie (les jeunes)
- Ceux qui ont une utilité sociale particulière dans ce contexte de pandémie (les soignants)
- Ceux qui sont arrivés les premiers
- Ou bien on tire au sort

Les dangers de la promotion d'une éthique utilitariste: de la place à tout prix

- Des critères subjectifs présentés comme objectifs
- Les néo-réas et les transferts : solutions « idéales »
- Des trieurs extérieurs spécialisés pour décharger les consciences
- Les décisions précoces de LAT pour sauver plus

Les « piliers » de l'éthique en ont pris un coup

- Bienfaisance
- Non malfaisance
- Respect de l'autonomie
- Justice distributive



Analyse critique du triage rudimentaire

- SOFA score Mauvaise prédiction à échelle individuelle
- Estimation de la probabilité de décéder à 1 ou 5 ans Mauvaise prédiction de mortalité surtout à distance
- Age le quel ? Mortalité Covid VM invasive >75 ans est très élevée / curseur de 65 ans ?

Alors comment faire ? Le choix entre des mauvaises solutions

- « Trier » de façon accélérée en situation de tension
- Faire une place à tout prix (sortie prématurée de réa)
- Décider précocement AT si pas amélioration
- Créer des néo-réanimations
- Transfert de patients « fragiles » dans d'autres centres parfois éloignés

Quels garde-fous éthiques ?

- Éviter à tout prix des stratégies « militaires »
- Privilégier pratique éthique intégrée (LAT ou de non-admission) même si le curseur peut être consciemment ou non modifié par la limitation drastique des places
- Médecin en charge de sélection: un réanimateur expérimenté
- Densité de personnel (USC) : Une responsabilité des tutelles
- Garder notre conscience en éveil

Merci à tous

