

Éthique et fin de vie aux urgences

J.-M. Haegy

Les décès dans les services d'urgence sont fréquents et posent des problèmes particuliers compte tenu des spécificités de l'urgence et des caractéristiques de la médecine d'urgence. Celles-ci justifient une démarche éthique « sectorielle » adaptée à l'urgence qui puisse concilier la situation singulière du patient et les grands principes universels de l'éthique. La majorité des décès survient après une décision médicale d'abstention ou de limitation thérapeutique. Les décès « non attendus » survenant avec un niveau de soins maximal représentent 20 % des décès aux urgences. Une majorité des patients qui décèdent est dans l'incapacité d'exprimer son autonomie en raison des troubles de la conscience et des traitements ; de plus, la situation de l'urgence altère l'entendement de ces patients mais aussi de leurs proches. La responsabilité de l'équipe soignante porte sur le discernement éthique des patients de l'urgence, la communication, l'annonce de la mauvaise nouvelle, la relation avec le malade et la prise en charge de fin de vie. Cette responsabilité s'étend à tous les acteurs de l'amont et de l'aval des urgences dans une chaîne « éthique » décisionnelle. La démarche éthique s'élabore à partir du sentiment puis du jugement d'obstination déraisonnable confronté aux principes d'autonomie, de dignité, de bienveillance, de vulnérabilité, d'équité et de non malfaisance. Des pratiques de réanimation d'attente et de réanimation compassionnelle permettent de donner du temps au temps et du temps à la mort de manière à compléter les informations diagnostiques et pronostiques, de prendre l'avis du patient et des proches et de les préparer à l'accompagnement. La prise en charge de la fin de vie est réalisée dès que cela est possible à l'écart de l'activité d'urgence, dans la zone d'hospitalisation temporaire. L'écoute, la présence bienveillante, des facilités d'accès, le respect du chagrin, les soins adaptés permettent aux proches de vivre le deuil et à l'équipe de donner du sens à la situation.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Éthique ; Fin de vie ; Abstention et limitation thérapeutique ; Arrêt thérapeutique

Plan

■ Introduction	1
■ De l'éthique en fin de vie	2
■ Éthique et fin de vie aux urgences	3
De la mort aux urgences	3
Des circonstances du décès	3
De la fin de vie aux urgences	3
De certaines particularités des patients de l'urgence	3
Du sentiment au jugement d'obstination déraisonnable	4
Du jugement à la décision médicale	4
De l'éthique de la ressuscitation cardiopulmonaire	4
■ Des principes de la démarche éthique en et aux urgences	4
Donner du temps au temps : la réanimation d'attente	4
Donner du temps à la mort : la réanimation compassionnelle	4
Donner du sens au temps	5
■ De l'annonce de la mauvaise nouvelle	5
Annonce d'un décès non attendu	5
Annonce d'une fin de vie	5
■ De la mise en œuvre de la décision médicale	6
Des lieux de fin de vie	6
Accompagnement du patient et des proches	6
Décès	6

■ Des moyens de la prise en charge de la fin de vie aux urgences	7
■ Conclusion	7

« La pratique médicale est assurément une pratique scientifique, mais c'est aussi non moins indubitablement une pratique éthique puisqu'elle met en jeu, dans une relation singulière entre soignant et patient, des sentiments et des valeurs à haute densité humaine ». J. Ricot : *Philosophie et fin de vie*. ENSP éd., 2003.

■ Introduction

Les progrès de la médecine permettent des thérapeutiques de plus en plus efficaces. En contrepartie, face aux risques induits et à certaines situations cliniques qu'ils peuvent générer, ces mêmes progrès interpellent le médecin sur le bien-fondé de l'acte médical. En réponse à ces questions, la médecine a une réflexion éthique qui ne se pose plus en termes de choix entre le bien et le mal, ou entre un mal et un moindre mal, mais interpelle le sens de la pratique médicale. Les spécialités médicales, notamment les plus concernées par les états critiques des patients, comme la réanimation, la néonatalogie, l'oncologie ou les soins palliatifs, ont introduit la dimension éthique dans la démarche clinique [1-5]. Elles aboutissent à des recommandations tenant compte de leur spécificité clinique [6-9].

Malgré les recommandations, les pratiques différentes d'une équipe à l'autre et d'un pays à l'autre jettent un doute préjudiciable sur la prise en charge de la fin de vie. Le défi des années à venir tient dans la clarification terminologique et l'harmonisation des pratiques pour la sérénité du débat ^[10].

À l'interface entre la ville et l'hôpital, la médecine générale et les spécialités médicales, les services d'urgence (SU) sont au centre du système de santé. Carrefour des états de crises, ils concentrent simultanément les situations médicales, psychologiques et sociales des malades, l'exigence de soins des patients, les problèmes d'une interface pluridisciplinaire et leur propre difficulté de fonctionnement.

Avec 13,7 millions de passages dans les SU en 2002 et 16 millions d'appels au Centre 15, les urgences sont en passe de devenir la clé de voûte du système de santé. La fréquentation est en augmentation régulière de 4,5 % par an depuis 2000 ^[11]. De plus en plus, ces services deviennent le premier recours aux soins pour une large part de la population, lié en partie au changement de la permanence des soins en ville et à la mutation comportementale du corps médical qui la sous-tend. Cette fonction de premier recours de l'aléatoire pathologique, organique, psychologique et social est particulièrement sensible pour une grande partie de la population, notamment celle fragilisée par l'âge et/ou la précarité. Ainsi, 38 % de la population de 80 ans et plus ont eu recours aux urgences en 2002 ^[12]. Cette position singulière dans le système de santé confère aux SU et aux personnels qui y travaillent une responsabilité éthique, ontologique et téléologique, tout aussi singulière face au patient et à leurs proches mais aussi face à la société toute entière. Malheureusement, pour de multiples raisons, cette dimension fait souvent défaut lors de la prise en charge des patients. Une réflexion éthique a donc été menée par les sociétés savantes afin d'aboutir à des recommandations adaptées aux urgences ^[13].

■ De l'éthique en fin de vie

Les progrès scientifiques en médecine ont entraîné une mutation radicale du soin et ces mêmes progrès entraînent une mutation tout aussi radicale de la société. De ce point de vue, elle se caractérise par la fragilisation du lien social et des solidarités de proximité, la rupture du lien intergénérationnel qui produit l'isolement et l'institutionnalisation des personnes âgées. L'exclusion de la mort dans le paysage social a comme conséquence l'augmentation des fins de vie en milieu hospitalier. Trois Français sur quatre meurent à l'hôpital. La mort est devenue l'affaire des médecins, elle a disparu du quotidien et de l'esprit des gens. Du point de vue culturel, ces mutations portent sur la disparition des rites de passage, l'apparition de nouvelles représentations et de nouvelles croyances en particulier celle de la toute-puissance de la science, portées par une pensée opératoire consumériste où la mort est éludée au profit d'un idéal d'éternelle jeunesse. Enfin d'un point de vue médical, le diagnostic de mort peut poser problème dans le sens où les critères de l'arrêt cardiorespiratoire s'avèrent parfois insuffisants.

Face aux situations qui mettent en jeu la vie et la mort, l'agir médical doit trouver sens lors de la mise en route ou de la poursuite d'une réanimation mais aussi lors d'une abstention ou d'un arrêt thérapeutique. En l'absence de ce questionnement, l'action du médecin disqualifie les valeurs individuelles ainsi que celles de l'humanité tout entière et peut conduire à des pratiques insensées comme l'« acharnement thérapeutique ».

Le sens de l'acte médical est de restaurer la santé, de préserver la vie et d'éviter la souffrance. Pour atteindre ces objectifs le médecin met en œuvre et organise les moyens thérapeutiques adaptés. Ces moyens, que les progrès rendent de plus en plus efficaces, reposent sur des évidences scientifiques, des standards et le consensus professionnel. Cependant, si cette efficacité est statistiquement mesurable, le bénéfice thérapeutique pour le patient reste dans l'ordre du possible. En conséquence et de fait, il est des situations cliniques où « restaurer la santé » et/ou « préserver la vie » s'avèrent impossibles alors que « soulager la

souffrance » reste constamment possible. Ces situations interpellent le bien-fondé d'un acte médical qui retarderait une mort inéluctable et prolongerait l'agonie sans pour autant préserver la vie.

La rencontre du médecin et du sujet mourant est toujours un temps « tragique » qui met en jeu les valeurs et les principes éthiques (autonomie, bienfaisance, dignité, vulnérabilité, intégrité, justice, non-malfaisance, etc.), avec des éclairages et des sensibilités réglés à des niveaux différents selon qu'on est le patient, l'entourage, le soignant ou le médecin. Les niveaux de sensibilité dépendent du contexte socioprofessionnel et du milieu culturel des intervenants. L'enjeu de la démarche éthique consiste à « régler les curseurs de ces sensibilités » afin que l'acte médical s'inscrive dans l'espace du possible, du souhaitable et de l'idéal vers un plus d'humanité et du sens de l'humain.

Aussi dans certaines situations, la mise en route, la poursuite ou l'arrêt de soins à visée curative, apparaît comme une obstination déraisonnable. L'obstination déraisonnable est en premier un sentiment qui ne se décrète, ni ne se projette, mais survient en fonction de la situation du patient, du vécu et de l'expérience des soignants. Ce sentiment ouvre la démarche éthique du singulier à l'universel. Lorsqu'on reconnaît que l'acte médical est disproportionné et injustifiable par rapport au principe de la bienfaisance, de la dignité, du respect de la personne, la nécessaire prise en compte de l'autonomie du patient compétent, ou à défaut celle exprimée par la personne de confiance, permet de positionner les valeurs et les principes dans le débat éthique.

L'obstination déraisonnable, qui correspond aux États-Unis, à la notion de *futility* (dans le sens de la vanité ou inanité des mesures thérapeutiques) ^[14, 15] est formulée et admise par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et par certaines instances religieuses. L'article 37 du Code de Déontologie médicale précise : « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ». Pour le CCNE, « la décision de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en œuvre une sédation profonde – que certains qualifient parfois d'euthanasie passive – peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan éthique ». Ainsi, le médecin ne doit pas se sentir moralement tenu à mettre en route ou à poursuivre un traitement qu'il estimerait relever d'une obstination déraisonnable ^[16, 17].

À partir de l'obstination déraisonnable, la démarche éthique conduit vers un agir médical d'abstention ou d'arrêt thérapeutique, sous-entendu « l'abstention ou l'arrêt des traitements actifs ». Ces deux décisions sont équivalentes d'un point de vue éthique. La limitation et le retrait (désescalade) thérapeutiques constituent des variantes graduées de l'agir médical. Cependant, la décision médicale ne peut pas être considérée comme un point de non-retour, des évaluations régulières doivent être poursuivies jusqu'à la fin et même au-delà. L'abstention et l'arrêt thérapeutique sont des réalités de plus en plus fréquentes. Une enquête révèle ces pratiques : elle porte sur 20 000 certificats de décès délivrés par les médecins de six pays européens et révèle qu'un quart à la moitié des décès seraient dus à une décision médicale : abstention et limitation thérapeutique, arrêt et retrait thérapeutique, soulagement de la douleur ayant précipité le décès, administration de drogues mortelles ^[18]. L'augmentation croissante des passages dans les services d'urgences s'accompagne d'une augmentation des patients en fin de vie et du nombre de décès, et, du fait des spécificités de la médecine d'urgence, amènent des contraintes particulières à la démarche éthique.

■ Éthique et fin de vie aux urgences

De la mort aux urgences

La mort aux urgences est une réalité quotidienne. L'incidence des décès dans les SU varie de 0,15 à 0,5 % des passages, ce qui représente entre 16 500 et 26 500 décès par an pour l'ensemble des SU français et 3 à 10 % des 531 000 décès annuels en France [19, 20]. Les trois quarts des décès surviennent à l'hôpital : la part assumée par les SU représente 7,5 % des décès hospitaliers avec de larges disparités en fonction de la structure de l'hôpital considéré ; ainsi ce chiffre s'élève à 17,5 % dans les SU de deux CHU où l'enquête a été menée [20, 21]. De l'avis des urgentistes, les décès sont de plus en plus fréquents dans les salles d'accueil des urgences (SAU) ; une publication fait état d'un accroissement de 33,5 % de 2001 à 2002 [22]. L'âge moyen des patients qui décèdent est de 75,2 ans [21]. De fait, la confrontation du personnel des urgences avec la mort est plus fréquente que dans n'importe quel autre service de l'hôpital même si l'incidence des décès dans ces services est nettement supérieure à celle d'un SU.

Des circonstances du décès

Les décès aux urgences surviennent dans deux circonstances bien distinctes : les décès qui surviennent à un niveau maximal de soin et ceux qui surviennent dans les suites d'une décision médicale.

- Les décès survenant à un niveau de soin maximal représentent 20 % des décès des urgences. Ils sont qualifiés de « décès inopiné » ou de « mort non attendue » et concernent en règle générale des patients antérieurement sains ou dépourvus d'une pathologie évoluée. Plus de la moitié de ce type de décès a une prise en charge préhospitalière [21].
- Les autres décès (80 %) surviennent dans les suites d'une décision médicale d'abstention et d'arrêt et de ses équivalents gradués : limitation et retrait/désescalade thérapeutique [20]. La décision médicale concerne dans deux tiers des cas, des patients porteurs d'une pathologie chronique évoluée : cancer, pathologies cardiaque, respiratoire ou neurologique, et dans un tiers des cas, une pathologie aiguë dont majoritairement un AVC (accident vasculaire cérébral) ischémique massif ou hémorragique. La décision d'arrêt des soins actifs est prise isolément par le médecin urgentiste dans 63 % des cas, elle est plus collégiale pour les patients admis pour « fin de vie ». La consultation et l'information de la famille sont réalisées dans 67 % des décisions d'arrêt thérapeutique et dans 73 % lorsque une situation de fin de vie doit être prononcée. Ce motif d'admission n'est clairement exprimé dans la lettre du médecin traitant que pour 12,5 % des décès aux urgences [19].

De la fin de vie aux urgences

Les situations qui posent le problème de l'éthique de fin de vie aux urgences peuvent schématiquement être réparties en plusieurs types :

- les patients arrivés décédés. Dans ce cas, le médecin se trouve face à l'annonce de la mauvaise nouvelle ;
- les décès « non attendus » pour lesquels l'arrêt des soins n'est que la phase ultime de la prise en charge maximale et correspond la plupart du temps à l'arrêt des manœuvres de ressuscitation cardiopulmonaire. Le sentiment et le jugement d'obstination déraisonnable surviennent au terme d'une durée de massage cardiaque et de ventilation d'environ une demi-heure à une heure, parfois plus rapidement. Ils surviennent en règle générale en même temps chez les intervenants ;
- les patients adressés pour « fin de vie » : le médecin urgentiste se trouve soit face à un patient décrété « fin de vie » lors de son parcours médical antérieur et dont le maintien à domicile devient impossible, soit face à une agonie prévue et maintenue à domicile jusqu'à devenir insupportable pour une famille prévenue et aidée mais qui est prise de panique au dernier moment ;

- les patients pour lesquels se développe un sentiment d'obstination déraisonnable, qui représentent la situation la plus fréquente. Ces patients se répartissent schématiquement en deux catégories :
 - ceux pour lesquels le sentiment d'obstination déraisonnable est d'emblée présent dès l'admission. Cette situation correspond à celle de patients en poussée aiguë d'une affection chronique débilante évoluée (insuffisance rénale chronique [IRC] en détresse avec infection pulmonaire, cardiomyopathie terminale en état de choc) ou à celle d'une affection intercurrente survenant chez des patients dont la qualité de vie est très limitée (démence grabataire avec sepsis grave, etc.), ainsi qu'à celle des patients porteurs d'une affection néoplasique généralisée au-dessus de toute ressource (cancer du poumon avec métastase généralisée en détresse vitale) ;
 - ceux pour lesquels le sentiment d'obstination déraisonnable se développe au fur et à mesure de la prise en charge active, soit par le recueil d'informations complémentaires, soit par la non-réponse au traitement ou par le diagnostic révélé (AVC hémorragique massif au scanner, etc.).

De certaines particularités des patients de l'urgence

En situation d'urgence, de nombreux patients présentent des troubles de la conscience et sont inaptes à recevoir, à comprendre l'information et à exprimer un choix. Ainsi 65 % des patients qui meurent à l'hôpital ne pouvaient pas communiquer dans les heures ou le jour de leur décès [6]. Dans les cas où l'altération de l'état de conscience n'est pas le fait de la pathologie, la détresse vitale, les drogues et la crise de l'urgence sont souvent responsables d'un trouble de l'entendement et, de fait, l'information et le choix risquent d'être compromis, si bien que ce sont les proches qui deviennent souvent les premiers interlocuteurs du médecin. Or, ces mêmes proches ne sont pas toujours présents au moment de la prise en charge initiale du patient aux urgences.

La démarche éthique de fin de vie rencontre aux urgences, de manière fréquente, un obstacle inattendu : celui de la méconnaissance de la situation de fin de vie par le patient et surtout par son entourage. Si dans certains cas, c'est l'absence ou le manque d'information par les professionnels d'amont qui est en cause, le plus souvent cette méconnaissance résulte d'une réaction pathologique à l'annonce d'une affection incurable. Le déni et le refus de la vérité, l'intégration du symptôme à la normalité d'une évolution apparemment banale, les espérances et des croyances irrationnelles (découverte proche d'un traitement miracle, effets de la médecine parallèle) placent le médecin urgentiste devant une famille non préparée à la mort et celle-ci dans l'inattendu de la mauvaise nouvelle.

Un autre cas particulier concerne les patients qui sont refusés en réanimation. Dans l'étude Protocetic, le taux de refus atteint 35 % [23]. Les motifs du refus sont une situation pas assez ou trop grave, l'absence ou l'existence d'un seul lit disponible. Le syndrome du dernier lit est bien connu des urgentistes [24]. Le pourcentage de refus est plus élevé lorsque la négociation se fait par téléphone et le taux de refus augmente parallèlement avec l'âge des patients et le taux de remplissage du service de réanimation. Ces deux éléments sont présents chez 68 % des patients refusés en réanimation. La situation d'obstination déraisonnable concerne seulement un quart des patients. Les critères de refus sont plus explicites lorsque l'avis du réanimateur est donné au chevet du patient dans le SU.

La dernière situation concerne les médecins travaillant dans une unité mobile de réanimation (SMUR) et qui se trouvent face à des patients en détresse vitale. Chez ces patients, le problème éthique se pose entre l'acte médical immédiat, le sentiment d'obstination déraisonnable, l'absence ou la pauvreté de l'information et l'ignorance de la position du patient sur son parcours de soins et de vie. Ces situations peuvent laisser peser sur le médecin un sentiment de solitude, d'inconfort et parfois d'injustice.

Du sentiment au jugement d'obstination déraisonnable

Le sentiment d'obstination déraisonnable peut être présent dès le premier abord clinique ou se développer progressivement au cours de la prise en charge du patient. Il ne se décrète pas, émerge à la conscience et interpelle sur le sens de l'acte médical. Son acuité est fonction de la situation singulière, de l'expérience, du vécu et des valeurs personnelles et collectives des soignants. Le partage avec les intervenants le conforte. Du sentiment au jugement, la démarche consiste à objectiver les critères qui doivent répondre aux questions suivantes :

- il s'agit de l'évolution attendue et normale d'une affection incurable ;
- la mort est inéluctable dans un bref délai (heure, jour, semaine) ;
- l'intervention thérapeutique ne fait que prolonger l'agonie ;
- le patient ne retirera aucun bénéfice de la mise en place du traitement.
- la qualité de vie ultérieure du patient est gravement compromise et le traitement non souhaité par le patient, les proches et la personne de confiance.
- le risque de dépendance définitive aux techniques de suppléance des fonctions vitales est majeur, non souhaité par le patient, les proches et la personne de confiance, avec une hospitalisation prolongée en réanimation et définitive dans un service spécialisé.
- les fonctions cognitives altérées du patient ne permettent pas l'adhésion à une prise en charge thérapeutique lourde.

Les réponses mettent en jeu des critères objectifs comme l'état des connaissances et l'évolution de la prise en charge et des critères subjectifs comme l'expérience des soignants et le souhait exprimé par le patient ou transmis par les proches et/ou la personne de confiance.



Du jugement à la décision médicale

À partir du jugement, la démarche éthique consiste à inscrire le cas singulier du patient dans les principes éthiques : autonomie, dignité, intégrité, vulnérabilité, bienveillance, non-malfaisance, équité. Cette inscription passe par la mise en phase des valeurs accordées à ces principes par le patient, ses proches, la personne de confiance et l'équipe soignante. Elle se valide en retour à partir des principes projetés sur le cas singulier du patient. Il en résulte que le choix éthique doit pouvoir répondre aux questionnements :

- du mieux possible pour le patient ;
- du mieux possible dans le respect de ces principes ;
- du mieux possible dans un plus d'humanité.

De ce cheminement entre les valeurs exprimées et les principes éthiques, émerge la décision médicale. Celle-ci n'est pas fixée définitivement, elle nécessite tout au long de la prise en charge une réévaluation devant des éléments qui n'auraient pas été pris en compte ou apportés par l'évolution. Ceci constitue une raison supplémentaire pour transcrire sur le dossier médical les éléments qui sous-tendent la décision éthique et l'agir qui s'y rapporte : abstention, limitation, arrêt, retrait des soins actifs.

De l'éthique de la ressuscitation cardiopulmonaire

La ressuscitation cardiopulmonaire (RCP) a été mise au point comme traitement des arrêts cardiopulmonaires apparemment réversibles : noyade, électrocution, accident anesthésique, effet indésirable d'un médicament, infarctus du myocarde et trouble du rythme, etc. [25] Il est des situations pour lesquelles le sentiment et le jugement d'obstination déraisonnable sont confondus et qui commandent la non-mise en œuvre de la RCP [15, 25, 26] :

- signes de mort évidents et délai d'intervention supérieur à 10 minutes (sauf circonstances d'hypothermie et/ou d'intoxication médicamenteuse) ;
- inefficacité physiologique : rupture du cœur, arrêt sur hémorragie massive non contrôlable à distance d'un bloc opératoire.

Pour d'autres situations, le sentiment d'obstination déraisonnable se développe durant la RCP en l'absence de reprise de l'activité circulatoire. Dans cette circonstance, l'arrêt des manœuvres est généralement réalisé au bout de 30 minutes sauf états d'hypothermie et intoxication ou plutôt lorsqu'un médecin urgentiste expérimenté a le sentiment clair et la ferme conviction que la réanimation n'a pas de chance d'aboutir.

D'après les études cliniques majoritairement états-uniennes, la mise en œuvre de la RCP peut être considérée comme vaine chez les patients suivants [27-29] : cancer avec métastases généralisées, démence avec dépendance totale, Child C d'une cirrhose hépatique, coma postanoxique sans signe de réveil à la 48^e heure, syndrome de défaillance multiviscérale sans amélioration après 3 jours de réanimation intensive. Ces situations ne dispensent pas de la réflexion éthique et doivent être évaluées au cas par cas.

En toutes circonstances, mêmes dans celles décrites précédemment, lorsque la RCP a été mise en route en l'absence du médecin par un témoin sauveteur, une équipe de secouristes ou de sapeurs-pompiers, l'équipe médicale se doit de poursuivre les manœuvres avant de prendre une décision médicale d'arrêt. Cette façon de procéder qu'on peut dénommer « réanimation de validation » valide la chaîne de survie, conforte les sauveteurs dans le bien-fondé de leur intervention et indirectement consolide leur pratique. [11]

■ Des principes de la démarche éthique en et aux urgences

La « vraie vie » du médecin aux urgences, se joue bien souvent des schémas et des clarifications que nous avons exposés précédemment. Les caractéristiques de l'urgence renforcent les incertitudes et les doutes. Parmi ceux-ci, le temps est au centre d'un paradigme qui inscrit la démarche éthique et la relation de confiance dans la durée alors que l'urgence se situe dans l'immédiateté. La résolution de ce paradigme passe par les principes suivants :

- donner du temps au temps ;
- donner du temps à la mort ;
- donner du sens au temps.

Donner du temps au temps : la réanimation d'attente

La réanimation d'attente a pour objectif d'apporter les informations, les éléments cliniques ainsi que les données évolutives et diagnostiques qui permettent de formuler le jugement d'obstination déraisonnable et d'engager la démarche éthique à partir d'un sentiment d'obstination déraisonnable initial ou apparaissant en cours d'évolution. Ce principe n'engage pas uniquement le médecin urgentiste mais aussi les médecins réanimateurs qui, lorsque cette attente s'inscrit dans la durée, ont beaucoup de mal à accepter ce type de patient dans leurs unités. Cette phase permet d'établir la relation avec les proches et de les préparer à l'annonce de la mauvaise nouvelle. La réanimation d'attente représente la solution dans tous les cas de doute en médecine préhospitalière.

Donner du temps à la mort : la réanimation compassionnelle

Elle présuppose la démarche éthique et consiste à poursuivre la réanimation d'attente à titre compassionnel, d'une part de manière à permettre la venue d'un membre éloigné de la famille et d'autre part d'accompagner les proches de la phase réactionnelle à l'annonce de la mauvaise nouvelle vers le recueillement.

En médecine préhospitalière, dans les situations particulièrement dramatiques comme la mort d'un enfant, la mise en route d'une RCP compassionnelle se justifie en raison de l'émotion suscitée, lorsque les parents n'ont pas encore réalisé le fait de la mort de leur enfant. Cette attitude permet le transfert de la victime au SU afin de se donner le temps de l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Donner du sens au temps

La démarche éthique de fin de vie est nécessaire au médecin là où le praticien rencontre ses limites. La communication avec les soignants et les proches le renforce. Donner du sens permet d'une part de positionner le médecin en tant que médiateur entre le patient, ses proches et l'événement inéluctable de la mort, d'autre part d'éviter le sentiment d'échec et/ou de culpabilité qui peut surgir dans l'équipe.

Pour les proches du patient, la compassion et la communication sensible permettent de réinscrire l'événement dramatique de la mort dans le chemin de vie du patient en miroir du « non-sens » des soins actifs. La prise en compte religieuse, spirituelle, culturelle et le respect de l'expression du chagrin donnent à ces moments toute leur humanité. Si pour les personnes âgées et celles en fin de vie au terme d'une longue période de souffrance, la mort annoncée reste toujours un traumatisme psychologique, la mort « non attendue » d'un adulte ou d'un enfant en bonne santé déclenche des réactions catastrophiques qui n'épargnent pas les soignants. Dans ces situations, les professionnels doivent veiller à ne pas vivre le drame de manière fusionnelle avec les proches tout en signifiant leur compassion.

■ De l'annonce de la mauvaise nouvelle

L'annonce de la mauvaise nouvelle est une tâche éprouvante ; aucun médecin ne souhaite être le messager du malheur. [30, 31] Aux urgences, cette annonce prend deux formes :

- l'annonce du décès concerne les patients arrivés, décédés ou décédés en préhospitalier (sur la voie publique par exemple) ;
- l'annonce d'un diagnostic de fin de vie concerne les patients pour qui un jugement d'obstination déraisonnable est porté.

La manière d'annoncer ajoute ses effets propres au choc psychologique du décès. Une annonce brutale peut déclencher de vives réactions comportementales et affectives (dénî, agressivité, violence, accusation, prostration, stupeur, etc.) qui persistent souvent longtemps et empêchent le travail de deuil.

Ce qui est une mauvaise nouvelle pour le médecin, n'est pas forcément perçu comme tel par les proches. L'état de crise de l'urgence et le choc psychologique de l'annonce déclenchent les réactions naturelles de déni, de refus et de révolte avant l'acceptation ainsi que des modes de pensées irrationnelles dont la pensée magique et opératoire d'une intervention miraculeuse.

L'annonce passe par une information personnalisée et structurée en plusieurs étapes dans une communication sensible où tous les participants sont bien identifiés (soignants et proches). Le contact direct avec l'entourage permet de repérer dans le groupe un proche « aidant » médiateur. De manière naturelle et explicite vis-à-vis de la famille, celui-ci devient, sans exclusive, l'interlocuteur privilégié.

Le téléphone n'est pas un canal de transfert de l'information. Tout au plus, il sert à établir un premier contact de présentation invitant les proches à se présenter aux urgences.

L'annonce se fait dans un lieu approprié ; les couloirs des urgences ne sont pas ce lieu. Il est recommandé d'aménager un espace de communication, calme et confortable si possible en dehors de la zone opérationnelle. Cette espace doit permettre aux proches d'attendre l'issue de la situation grave. Ces personnes ne doivent pas être mélangées dans la salle d'attente commune avec d'autres gens. Elles doivent pouvoir se regrouper pour se reconforter et se préparer à l'annonce des nouvelles. Idéalement cet espace comprend une salle d'attente, un bureau et des sanitaires.

S'il est parfois difficile dans certaines situations dramatiques de trouver les mots, il faut toujours veiller à leur accessibilité et à leur juste emploi. Ainsi, l'utilisation du terme « décédé » pour dire que le patient est mort ne parle pas toujours aux familles. Il en va de même lors d'explication médicale et technique de la situation. Les hésitations, l'attitude non compassionnelle, le regard qui ne rencontre pas celui des interlocuteurs, les silences qui ne sont pas de l'ordre du respect du chagrin amplifient la charge émotionnelle et ouvrent la porte de la suspicion.

Annnonce d'un décès non attendu

Les particularités du décès non attendu rendent son annonce encore plus dramatique : absence de la famille, absence de pathologie antérieure (décès accidentel, mort subite), existence d'une pathologie ignorée par les proches ou non évaluée comme potentiellement mortelle. L'annonce du décès et la prise en charge de la famille d'un enfant sont considérées comme une des tâches les plus difficiles. Le suicide y rajoute son interpellation existentielle propre et le sentiment de culpabilité marqué. L'arrivée des proches doit être signalée à l'accueil pour idéalement permettre au médecin accompagné d'une infirmière et de la psychologue (si disponible) d'aller au-devant d'eux. Ce comportement leur permet de percevoir la gravité de la situation. L'annonce se fait en conduisant progressivement les interlocuteurs vers la réalité de manière à ce que ce soit les proches qui prononcent en premier le terme de « mort ». Le geste compassionnel les aide à le dire. Dans les suites de la phase d'expression du chagrin, qui doit être respecté dans le silence et la présence bienveillante des soignants, le temps des réassurances porte sur les questions qui surgissent fréquemment :

- tout ce qui est médicalement possible a été fait ;
- tout ce qui a été fait a été bien fait ;
- la mort a été brutale : le patient ne s'est pas vu mourir ;
- la mort a été brutale : le patient n'a pas souffert.

La question du « pourquoi », renvoie à la question du sens. Ce questionnement que les proches peuvent porter toute leur vie, notamment lors de la mort d'un enfant, ne peut se contenter de réponse toute faite. Dans ces cas, plutôt que d'essayer de leur donner ce qui n'existe pas, il faut savoir avec humilité et compassion écouter leur chagrin.

Annnonce d'une fin de vie

Elle s'inscrit plus dans la durée que la situation précédente et permet d'établir un lien de confiance plus élaboré, la participation des proches à la démarche éthique et l'accompagnement du patient et de la famille. Les éléments cités précédemment restent tout aussi pertinents mais se déclinent dans des temps répétés de présence bienveillante. Le premier contact durant la phase de réanimation d'attente est un moment d'identification de l'entourage, de présentation des acteurs du soin et de repérage du proche aidant. Il permet aussi de faire le point sur les connaissances, la compréhension et la notion de gravité qu'ont les proches de la pathologie du patient et de souligner la gravité de la situation en cours. Selon les circonstances et les réactions de la famille, le médecin peut d'emblée faire part de son sentiment d'obstination déraisonnable tout en insistant sur la prise en charge curative. En fin de réanimation d'attente, les proches sont tenus informés. C'est aussi un temps d'écoute et d'approche concernant les souhaits émis par le patient en cas de situation grave. Cette phase doit déboucher sur le dialogue participatif qui permet de situer la sensibilité des valeurs de chacun des intervenants concernés : la famille, les proches, la personne de confiance et les soignants et de déterminer la meilleure solution pour le patient. La décision médicale de limitation des soins est discutée, validée puis signifiée aux proches. En aucun cas, la participation des proches à la démarche éthique ne doit les laisser devant le choix de la décision médicale dont le poids à porter dans leur futur est trop lourd. La relation avec le patient et les proches se renforce durant la phase de réanimation compassionnelle qui fait suite à la discussion participative.

Le temps reste le handicap mais aussi parfois l'excuse. Son paradoxe voudrait que ce soit au moment où les proches ont besoin d'un maximum d'écoute, qu'il est compté au plus juste pour les soignants. Or, ce n'est pas dans sa durée, mais dans son contenu et dans des contacts réguliers qu'il prend de la valeur. Le fait de sortir les interlocuteurs de l'anonymat, de personnaliser la relation et de s'inscrire avec eux dans la communauté des hommes est plus important que le nombre de minutes passées avec les proches.

■ De la mise en œuvre de la décision médicale

Il faut rappeler avec force qu'« accepter l'évolution inéluctable et prochaine vers la mort » n'est en aucun cas l'équivalent de « provoquer » la mort. Cette acceptation passe par les soins palliatifs. En revanche, l'euthanasie comprise comme une injection de substances létales est formellement rejetée comme elle l'est par l'article 38 du Code de déontologie médicale qui précise que le médecin « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ». En France, elle est juridiquement qualifiée d'homicide volontaire (Art 221-1 du Code pénal). Cette tentative euthanasique disparaît lorsque la qualité d'accompagnement des mourants et incurables est devenue un objectif.

Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de geste technique à faire « que l'on ne fait rien ». Il ne doit pas s'agir d'un abandon de soins ni d'un abandon du patient et des familles. L'objectif poursuivi et constant est le confort du patient et des proches.

La réalisation de soins continus et attentifs aux besoins évolutifs du patient, l'utilisation des ressources psychologiques et spirituelles démontrent au patient et à ses proches que celui-ci demeure pour les soignants une personne à part entière. Cette prise en charge s'inscrit dans une stratégie de soins palliatifs et de mesures de confort. Les soins palliatifs sont un droit du patient (Article L1A de la loi 99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »). Les soins palliatifs seront explicités de manière claire et objective. L'expertise d'une équipe mobile de soins palliatifs pourra être sollicitée. Des protocoles de prise en charge du patient et des proches sont nécessaires et recommandés [6, 10, 11].

La démarche éthique et les procédures de soins palliatifs sont consignées dans l'observation du patient. Le nom du médecin référent, des acteurs de la décision et du soin, de la personne de confiance ou du/des proches aidant(s) avec leurs coordonnées sont notés.

Les soins comprennent la prise en charge de toutes les douleurs physiques et morales et de toutes les formes d'inconfort par les antalgiques (morphine) et la sédation (benzodiazépines) à doses adaptées au niveau de souffrance, la position et l'installation du malade, les traitements symptomatiques de l'hyperthermie, de l'hypersécrétion bronchique, de la soif ou de l'hyperhydratation, de la dyspnée, des crises convulsives, de la parésie intestinale, etc. L'intimité du patient et des proches doit être respectée, elle ne s'oppose pas à la disponibilité des soignants. L'appareillage de monitoring sera réduit au minimum utile ; les médicaments et prélèvements sanguins sans objet palliatif seront suspendus ; les visites de surveillance se feront au même rythme que pour les autres patients.

La recherche du confort du patient peut passer par le maintien d'un support ventilatoire. L'arrêt de la ventilation mécanique par diminution progressive de la concentration de l'oxygène dans l'air respiré (FiO₂) et/ou de la fréquence respiratoire et/ou du volume courant ou par débranchement du respirateur, et a fortiori l'extubation, ne peuvent se faire que sous sédation-analgésie à dose suffisante pour prévenir l'exacerbation d'une détresse respiratoire. La réalisation pratique de l'arrêt thérapeutique ne se délègue pas. Toute procédure d'arrêt des thérapeutiques actives susceptibles d'accélérer le moment de la mort est réalisée par le médecin référent.

Des lieux de fin de vie

Le principe d'unicité de la prise en charge et la notion d'une échéance brève conduisent fréquemment l'équipe à assumer la fin de vie dans les locaux de l'urgence. Si le temps le permet et que le patient est suivi dans un service hospitalier, la prise en charge devrait se poursuivre dans le service référent une fois établi le plan de soins et après avoir prévenu le médecin du patient. De même, une réanimation d'attente qui nécessite un temps d'évolution prolongé pour le jugement d'obstination déraisonnable devrait en toute logique se poursuivre dans un service de réanimation. L'indisponibilité des lits d'aval rend ces

solutions aléatoires et de fait oblige les urgences à assumer ces patients dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Le maintien dans la zone active des urgences n'est pas souhaitable, elle ne se fait que si l'évolution prévisible ne dépasse pas quelques heures et si les conditions locales le permettent. À l'UHCD, il est recommandé de dédier une chambre à l'accompagnement des fins de vie avec des aménagements de confort (fauteuil de repos), la proximité d'un téléphone et de toilettes. Les horaires des visites sont élargis, la veille nocturne est encouragée. Une collation, des boissons et du café sont à disposition.

Accompagnement du patient et des proches

Les modalités de l'accompagnement ont fait récemment l'objet d'une conférence de consensus. Elles sont valables dans l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches aux urgences. Nous recommandons au lecteur de s'y référer [6].

Les urgences et à un moindre degré l'UHCD, sont des lieux bruyants du fait de la densité des flux de passage et d'information, de l'intervention de nombreux acteurs et de certaines réactions inadaptées du personnel. La présence d'un patient en fin de vie est à signaler à tout le personnel et particulièrement au moment de l'arrivée de l'équipe montante pour éviter le rire, les futilités et les « histoires de chasse » pendant les transmissions qui pourraient être entendus par les proches. La transmission des consignes comme la visite du médecin pour le patient concerné est idéalement réalisée en présence des proches de manière à renforcer le dialogue et le lien de confiance et à répondre à leurs questions. Cette façon ouverte de procéder leur signifie l'absence de « dissimulation ».

La relation s'établit dans le respect, la bienveillance, l'empathie et la compassion de manière à créer une véritable chaîne de confiance nécessaire pour éviter les ruptures et de nouvelles interrogations lors des changements d'équipe. La coordination des décisions et des soins, la présentation de la relève médicale et de l'infirmière aux proches sont fondamentales pour la stabilité de la chaîne de confiance.

Décès

L'évolution de notre société a rendu la mort peu familière aux individus. Il y a très peu de personnes qui ont vécu la mort d'un membre de leur entourage dans son ultime moment. Les explications du médecin sur les derniers instants signalent la possibilité de mouvements anormaux pour préparer les proches à vivre cet instant. Lorsque la décision médicale passe par une extubation, il est préférable que les proches n'assistent pas à ce geste : les mouvements paradoxaux peuvent en effet être très impressionnants. Là encore, une explication sensible leur permet d'accepter le fait que la mort est un processus qui s'inscrit dans le temps et que ce n'est pas le geste de l'extubation qui détermine l'heure de la mort. En règle générale, le médecin s'accorde avec les proches pour réaliser le geste au moment où ceux-ci décident de quitter la pièce ; ils reviennent ensuite se recueillir lorsque la mort est consommée. Les éléments qui conduisent la démarche de l'équipe sont :

- le respect du mort ;
- le respect du corps ;
- le respect du chagrin.

Le respect du mort se traduit par le recueillement et le respect des rites de passages qui malheureusement sont de moins en moins pratiqués, en perte de symbole et désacralisés. Lié aux croyances, le rite a d'une part, une fonction ontologique et prépare le défunt au passage et d'autre part une fonction thérapeutique pour les proches dans leur travail de deuil. Les rites varient selon les confessions et dans certains cas doivent être réalisés dans la phase qui entoure le décès aux urgences. L'accompagnement doit s'interroger sur les croyances, le désir de la présence d'un officier du culte et les rites qui sont liés au mourant.

Le respect du corps passe dans la préparation du corps à la présentation aux proches. Le défunt est rendu visible, les traces de souillures sont enlevées, les paupières maintenues fermées à

l'aide de discrets Stérstrip®, la chute de la mâchoire est prévenue par une bande. Lorsqu'il existe un traumatisme du visage, on tentera de restituer le meilleur aspect en suturant les plaies béantes. Dans ces cas, les proches doivent être prévenus des modifications de l'aspect du défunt. Les objets personnels sont à rendre en évitant les sacs plastiques. En cas de vêtements souillés ou maculés de sang, les soignants éviteront de les rendre en expliquant les raisons.

Le respect du chagrin s'inscrit dans la compassion, l'écoute sensible et la disponibilité aux questions concernant la réactivation post mortem des doutes et les formalités administratives à suivre.

La levée du corps vers le reposoir est réalisée une fois que les proches ont quitté le service d'urgence. Avant le départ, le médecin se doit de leur donner la possibilité d'un contact ultérieur en cas de besoin.

■ Des moyens de la prise en charge de la fin de vie aux urgences

L'intérêt porté à la prise en charge de la fin de vie aux urgences traduit non seulement la réalité mais aussi une certaine maturité de la discipline en passe de devenir une spécialité. Dans de nombreux services, un circuit dédié et des procédures se mettent en place. Les limitations et les arrêts des thérapeutiques actives (LATA) ont fait et font l'objet d'une enquête multicentrique en 2004 et 2005. Pour que « la mort sur un brancard aux urgences ne soit plus une spécificité française », [31] plusieurs services ont déjà pris des mesures spécifiques en attendant les moyens à mettre en place. Pour autant, les moyens existants ou à créer ne doivent pas chosifier ni instrumentaliser en filière méthodologique ce qui est avant tout un accompagnement de l'ordre de l'humain.

Le constat qu'un patient est arrivé au terme de sa vie est aussi un événement humainement grave pour le personnel soignant, et tout particulièrement pour le personnel paramédical. La formation à la responsabilité éthique du soignant, à la prise en charge de situations de fin de vie, aux réactions émotionnelles que ces situations mettent en jeu doit s'inscrire dans le projet de service et faire l'objet de débats au cours de réunions régulières. Les décisions prises seront rediscutées, précisées et serviront à enrichir la procédure écrite que le personnel soignant se sera appropriée. L'expérience montre que la décision médicale s'élabore dans le groupe informel des intervenants qui s'occupent du patient. Il est illusoire de penser que pour chaque situation singulière, on puisse convoquer une réunion formelle d'éthique avec les participations d'un spécialiste en éthique, d'un psychologue ou d'un psychiatre. En revanche, il est nécessaire de formaliser un groupe et des réunions éthiques au sein des SU en présence de référents extérieurs. Il y a lieu de distinguer trois fonctions à ces réunions :

- la première entendue comme un groupe de paroles en présence d'un médiateur extérieur dont l'objectif est de partager les valeurs et de définir une sensibilité commune. La présentation de cas cliniques rétrospectifs alimente le débat et permet l'émergence d'une sensibilité éthique collective ;
- la seconde entendue comme une formation continue en éthique, communication, réaction au stress et comportement. Elle doit être mise en place pour améliorer les compétences et les pratiques professionnelles. Son organisation et son contenu reposent sur les sociétés savantes ;
- la dernière entendue dans le sens *débriefing* lors d'un événement particulièrement dramatique dont l'objectif est l'expression du vécu et des sentiments ainsi que la relecture structurante de l'événement.

Les équipes mobiles de soins palliatifs, des intervenants psychiatriques et des psychologues sont certainement plus utiles dans ces réunions que lors de l'accompagnement de fin de vie. En effet, la plupart du temps, la situation de fin de vie se présente aux heures de non-disponibilité de ces ressources, la veille ou durant le week-end d'une part et d'autre part, l'engagement de ressources extérieures risque d'entraîner le retrait des soignants du SU.

Les protocoles de soins de fin de vie trouvent toute leur utilité. Ils permettent une prise en charge conforme aux standards. Les procédures décisionnelles se justifient comme support à la démarche éthique, à la cohérence de la prise en charge et comme catalyseur de la discussion et de la réflexion. Il faut cependant veiller à la tendance du formalisme qui conduirait à la décision dans une logique de case à cocher vide de tout sens de l'humain.

Jusqu'à présent, l'enseignement de la médecine d'urgence était surtout axé sur l'acquisition de connaissances scientifiques, de techniques et plus récemment de stratégies de raisonnement.

La capacité de prise en compte de la dimension morale et des enjeux éthiques doit faire partie des compétences requises d'un urgentiste. Cette prise de conscience explicite a été tardive et il existe manifestement un retard d'enseignement à combler. Celui-ci pourrait combiner l'enseignement académique, les mises en situation, les jeux de rôle, des réunions à thème et des exemples, etc.

■ Conclusion

La mort est une réalité quotidienne aux urgences. L'abstention ou l'arrêt des soins actifs s'inscrit dans la même réalité. La mort met brusquement malades, proches et soignants face à des choix difficiles, parfois éludés par le passé. L'obstination déraisonnable est au début de la démarche éthique qui doit être conduite dans la concertation tout au long de la prise en charge du patient. La démarche s'appuie sur les principes éthiques, s'inscrit dans les recommandations et les lois. Les spécificités de l'urgence et les caractéristiques de la médecine d'urgence confèrent au médecin une responsabilité éthique toute particulière. Premier ou dernier recours, les SU sont au carrefour du chemin de vie des patients et engagent la responsabilité des équipes bien au-delà des bonnes pratiques. Face au patient en détresse vitale, les soignants auront à répondre aux questions suivantes :

- sens de l'acte médical et du discernement éthique de la situation ;
- place et fonction de chacun face au patient et aux proches ;
- responsabilité de chacun dans la décision médicale ;
- dans quelle mesure cette décision participe de la dignité et de l'humanité.

« Ainsi, à l'image de l'oiseau, qui a besoin de ses deux ailes pour voler, le médecin pour prendre de la hauteur et du sens, a besoin de ses deux dimensions, l'une technique et l'autre humaine, faute de quoi il est condamné à tourner en rond ».

■ Références

- [1] Rapin M. Les problèmes éthiques de la réanimation prolongée. *Nouv Presse Med* 1981;10:3447-9.
- [2] Grobuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y, et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. *Réa Urg* 2000;9:11-25.
- [3] Cuttini M. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. Euronc Study Group. *Lancet* 2000;355:2112-8.
- [4] Comité de Bioéthique. Société Canadienne de Pédiatrie (SCP). Les décisions de traitement au nom des nourissons, des enfants et des adolescents. *Paediatr Child Health* 2004;9:109-14.
- [5] Ahrens WR. Emergency physician's experience with pediatric death. *Am J Emerg Med* 1997;15:642-3.
- [6] Hirsch E, Bollaert PE, Bonhomme-Yaux S. Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de Consensus. ANAES. mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004. Faculté Xavier-Bichat, Paris, http://www.has-santé.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/TC_ULF-5VSL39.
- [7] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Rapport et recommandations n°65 du 14 septembre 2000. Réflexion éthique autour de la réanimation néonatale. CCNE. http://www.ccne-ethique.fr/francais/avis/a_065htm.

- [8] Comité Consultatif de Bioéthique. Rapport et recommandations n° 14 du 10 décembre 2001. Règles éthiques face aux personnes atteintes de démence. CBE. (Belgique). www.health.fgov.be/bioeth/fr/avis/avis14.pdf.
- [9] Les limitations et arrêts de thérapeutiques actives en réanimation adulte. Recommandations de la SLRF. *Réanimation* 2002;11:442-56.
- [10] De Hennezel M. Mission Fins de vie et accompagnement. Rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées, octobre 2003. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hennezel/>.
- [11] Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004. Annexe A au Projet de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005. DRESS. Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère de la Santé et de la protection sociale. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/canicule/pdf>.
- [12] Carrasco V, Beaubeau D. *Les usagers des urgences; premiers résultats d'une enquête nationale. DRESS, Études et résultats, n°212.* Janvier 2003.
- [13] Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier AM, Leclercq G. Éthique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *JEUR* 2003;16:106-20.
- [14] Jeckers NS, Schneiderman LJ. An ethical analysis of the use of « futility » in the 1992 American heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *Arch Intern Med* 1993;153:2195-8.
- [15] Medical futility in the end-of-life: report of the councils on ethical and judicial affairs. *JAMA* 1999;281:937-41.
- [16] Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992;326:1560-4.
- [17] Paris JJ, Reardon FE. Physician refusal of requests for futile or ineffective interventions. *Camb Q Health Ethics* 1992;1:127-34.
- [18] Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. On behalf of the EURELD consortium. *Lancet* 2003;362:345-50.
- [19] Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med* 2002;28:1625-8.
- [20] Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touze MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med* 2004;30:2143-4.
- [21] Roupie E. La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire. In: *Actualité en Réanimation et Urgences*. Paris: Elsevier; 1999. p. 281-9.
- [22] Dequin PF, Ferrandière M, Hazouard E, Lanotte R, Perrotin D. La mort au service d'accueil et d'urgences. *Réa Urg* 1998;7:118-60.
- [23] Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 2001;29:2132-6.
- [24] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001;357:9-14.
- [25] Jeckers NS, Schneiderman LJ. Ceasing futile resuscitation in the field: ethical considerations. *Arch Intern Med* 1992;152:2392-7.
- [26] Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. part VIII: Ethical considerations in resuscitation. *JAMA* 1992;268:2282-8.
- [27] Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990;18:1435-9.
- [28] Gray WA, Capone RJ, Most AS. Unsuccessful emergency medical resuscitation-Are continued efforts in the Emergency Department justified? *N Engl J Med* 1991;325:1393-8.
- [29] Council on Ethical and Judicial Affairs. Persistent Vegetative State and decision to Withdraw or Withhold Life Support. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA* 1990;263:426-30.
- [30] Schmidt TA, Tolle SW. Emergency physicians' responses to families following patient death. *Ann Emerg Med* 1990;19:125-8.
- [31] Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998;31:758-65.

Pour en savoir plus

- Beecher HK. Ethics and clinical research. *N Engl J Med* 1966;274:1354-60.
- Loi n° 2004-8000 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Journal Officiel de la République Française du 7 août 2004.
- Le rapport Belmont. Principes éthiques et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains. Médecine et expérimentation. Cah Bioéthique (Quebec) 1982;4:233-50.
- Engelhardt HT. *The foundation of bioethics*. New-York: Oxford University Press; 1986 (398p).
- Clouser KD, Gert B. A Critique of principlism. *J Med Philos* 1990;15:219.
- Rendtorff DD, Kemp P. (dir). Basic ethical principles in european bioethics and biolaw. Vol 1: Autonomy, dignity, integrity, and vulnerability. Report to European Commission of BIOMED-II Project, Basic ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998. Barcelona.: Center of Ethics and Law; Copenhagen: Denmark and Institut Borja de Bioèthica; 2000.
- Conseil de l'Europe, Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine. Oviedo, 4 IV. 1997. Série des traités européens/164. <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/164.htm>.
- Melot C. Principe du double-effet. In: Lemaire F, editor. *Problèmes éthiques en réanimation*. Paris: Masson; 2003. p. 85-106.
- Ricoeur P. *Soi-même comme un autre. L'ordre philosophique*. Paris: Le Seuil; 1990 (425p).
- Malherbe JF. In: *L'incertitude en éthique*. Montréal: Fides; 1995. p. 52-3.
- Code de Déontologie Médicale. Titre 2: Devoirs envers les patients. Article 35. *Code de déontologie Médicale, introduit et commenté par Louis René*. Paris: Le Seuil; 1996.

J.-M. Haegy, Praticien hospitalier (jeanmarie.haegy@ch-colmar.rss.fr).

Service d'accueil des urgences hôpitaux civils de Colmar, 39, avenue de la Liberté, 68024 Colmar cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Haegy J.-M. Éthique et fin de vie aux urgences. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-A-30, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations