

Conflits sur la fin de vie en réanimation

Cas clinique, rappel législatif et
proposition de solutions



DESC Réanimation médicale
16/12/2016 – Lille
BRAULT Clément

PLAN

❖ Présentation du cas

❖ Revue de la bibliographie

❖ Rappel législatif

❖ Proposition de solutions

PRÉSENTATION DU CAS (1)

Mme B., 68 ans

Antécédents principaux:

- Cardiopathie ischémique
- ACFA non anticoagulée au vu du terrain psychiatrique
- Psychose chronique (inobservance thérapeutique, absence de suivi)
- HTA, dyslipidémie, obésité

Mode de vie:

- Vit avec sa fille dans un studio
- 2 autres fils présents
- Autonome (**OMS 0, mRS 1**)

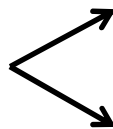
PRÉSENTATION DU CAS (2)

Histoire de la maladie:

21/06/2016 au 10/08/2016 – neurologie / CHU Lariboisière

Prise en charge d'un AVC ischémique sylvien gauche

2 hypothèses étiologiques:



Sténose carotidienne gauche =
endarteriectomie

ACFA non anticoagulée =
anticoagulation efficace

10/08/2016 au 18/08/2016 – SSR / CH Breteuil

Pas d'amélioration neurologique

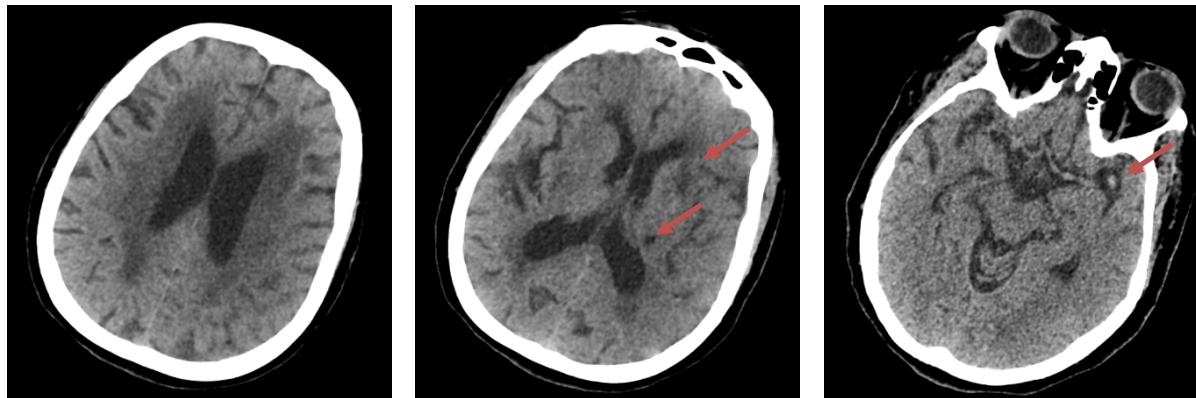
Le 18/08/2016, majoration du déficit moteur avec hémiplégie droite et mutisme (NIHSS 21/42) = suspicion récursive AVC

PRÉSENTATION DU CAS (3)

Le 18/08/2016 – Urgences / CHU Amiens

TDM cérébral sans IV

- Leucopathie évoluée
- Séquelle ischémique NGC (thalamus et noyau caudé)
- **AVC récent sylvien superficiel gauche** avec thrombus visible



Artériographie cérébrale

- Occlusion ACM (M2) gauche
- **Thrombectomie** avec bonne reperméabilisation au décours

PRÉSENTATION DU CAS (4)

18/08/2016 au 17/09/2016 – Neurologie / CHU Amiens

Etiologie:

- Pas de récurrence de sténose carotidienne
- Probable cause cardio-emboligène dans le contexte d'ACFA (INR 1,6)
Pas d'ETO réalisée, ETT sans thrombus visible

Pas d'amélioration malgré la thrombolyse. **NIHSS 30/42** avec:

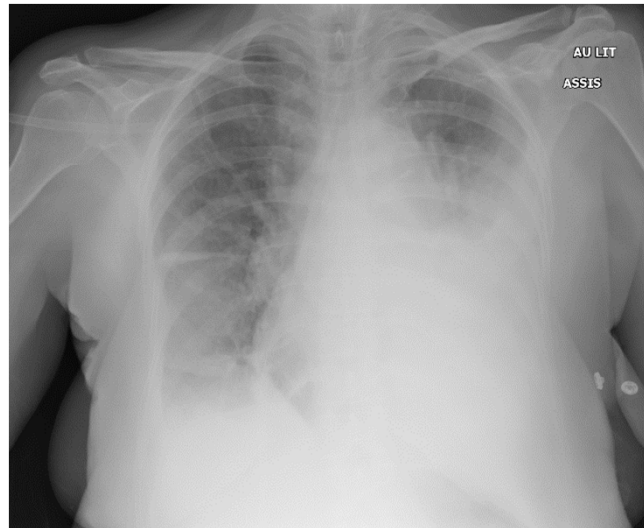
Score NIH STROKE	Valeur	Points
Q1a: Niveau de conscience	non vigilant mais réveillable par stimulation mineure ▼	1
Q1b: LOC Questions (mois, âge)	ne répond à aucune des deux questions, aphasique ▼	2
Q1c: LOC Commandes (fermez et ouvrez les yeux, serrez la main)	n'exécute aucun des deux ordres ▼	2
Q2: Meilleur regard	paralysie partielle du regard ▼	1
Q3: Vision	hémianopsie complète ▼	2
Q4: Paralysie faciale	paralysie partielle ▼	2
Q5a: Meilleure motricité M Sup droit	pas de mouvement ▼	4
Q5b: Meilleure motricité M Sup gauche	quelques efforts contre la gravité, le membre ne peut pas maintenir la position ▼	2
Q6a: Meilleure motricité M Inf droit	pas de mouvement ▼	4
Q6b: Meilleure motricité M Inf gauche	absence d'effort contre la gravité, la jambetombe ▼	3
Q7: Ataxie des membres	absente ▼	0
Q8: Sensibilité	déficit sensitif discret à modéré ▼	1
Q9: Meilleur langage	mutisme, aphasie globale, absence de discours utile ou de compréhension auditive ▼	3
Q10: Dysarthrie	sévère, le discours est tellement mal articulé qu'il devient inintelligible ▼	2
Q11: Extinction et inattention	extinction ou inattention visuelle, tactile, auditive, spatiale ou personnelle aux stimulations ▼	1

PRÉSENTATION DU CAS (5)

Le 17/09/2016 – Neurologie / CHU Amiens

Dégradation respiratoire sur:

- Pneumopathie d'inhalation: AUGMENTIN puis TAZOCILLINE (21/08 - 11/09)
- Epanchement pleural bilatéral transsudatif: LASILIX IVSE



16/09/2016 = **Détresse respiratoire aigue** avec désaturation

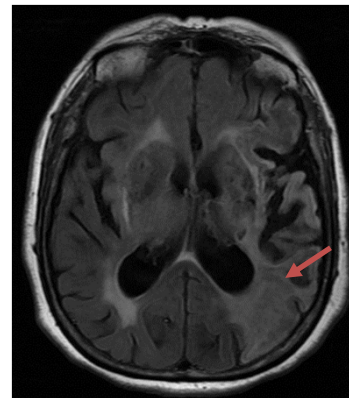
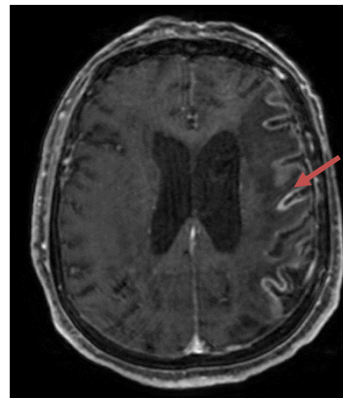
➔ IOT par réa respiratoire devant exigence familiale à poursuivre les soins

PRESENTATION DU CAS (6)

17/09/2016 au 09/10/2016 – Réa Med / CHU Amiens

Amélioration progressive de l'état respiratoire sous antibiotique et diurétique. Mais:

- **Absence totale d'amélioration neurologique** malgré la kinésithérapie
- Apparition d'une **nouvelle lésion ischémique** au TDMc et nécrose laminaire corticale (rupture BHE)
- **Absence de critère d'extubation** en raison de l'atteinte neurologique (polypnée superficielle, épuisement en VSAI...)
- Opposition aux soins, **inconfort physique et moral**



PRESENTATION DU CAS (7)

Avis neurologue :

« **Pronostic neurologique défavorable** en raison de la persistance à un mois d'une hémiparésie droite flasque, de troubles de la déglutition sévères, d'une aphasie globale. La probabilité de récupération motrice s'éloigne avec le temps. **Dépendance majeure**, aucune autonomie, relationnel limité, **possible souffrance physique et psychique** de la patiente du fait d'une **opposition aux soins** »

Le 20/09/2016 (J+3): Décision de **limitation des thérapeutiques**

Sauver : rm fiche LATA

* Heure 12/12/2016 13:02

med responsa	22/09 19:57	de Cagny	décision méd	20/09 11:54	limitation
pers présent	22/09 19:57	staff du mardi 20/09 (4 senior, 4 internes) + 2 neurologues	pas de MCE	20/09 11:54	<input type="checkbox"/>
avis externe	22/09 19:57	dr Canaple (Neurologue)	ventil mécan	20/09 11:54	pas d'IOT
consult pati	20/09 11:54	inapt exprim	limit oxygèn	20/09 11:54	<input type="checkbox"/>
direct antic	20/09 11:54	.	catécholamin	20/09 11:54	non
consult fami	20/09 11:54	consultée	EER	20/09 11:54	non
perso confia	20/09 11:54	absence	transfu	20/09 11:54	non
tutelle		<input type="checkbox"/>	antibiotique	20/09 11:54	fin de ligne
curatelle		<input type="checkbox"/>	arrêt nutri		<input type="checkbox"/>
motif lata 1	20/09 11:54	échec thérap	arrêt hydrat		<input type="checkbox"/>
motif lata 2	20/09 11:54	altérati QDV	arrêt bilan		<input type="checkbox"/>
motif lata 3	20/09 11:54	pronos défav	arrêt radio		<input type="checkbox"/>
motif lata 4	20/09 11:54	souffr physi	titra hypno		<input type="checkbox"/>
motif lata 5	20/09 11:54	refus soin	titra morphi		<input type="checkbox"/>
			scopolamine	20/09 11:54	<input type="checkbox"/>

PRESENTATION DU CAS (8)

Concernant la famille:

- Rencontres quotidiennes de la famille par l'équipe médicale.
- Fille présente en permanence en neurologie, épuisée (dort sur le parking), refus hébergement maison familiale
- Intervention dans les soins (prise de température, prise de la spO2 appareil personnel), film, appels incessants des IDE et AS (appréhension de l'équipe à entrer dans la chambre)
- Désaccord entre fils et fille sur l'argument religieux (« la douleur est rédemptrice ») mais refus de rencontrer un imam sur la question
- Récupère les examens de leur mère (IRM) pour relecture par un radiologue à Paris sans contact avec notre équipe
- Famille consultée pour la LATA. Bonne compréhension initiale mais **opposition le soir même**. Motif religieux invoqué pour justifier leurs oppositions (« mort non naturelle »)
- Appel d'un médecin de l'ANAMEVA, se présentant comme défenseur de la famille. Face à la décision de limitation: **menace de poursuites judiciaires**

➔ **CONFLIT**

ETAT DES LIEUX : origine du conflit

Moins de 5% des patients sont capables de communiquer au moment où la décision de LATA est prise

Curtis, Crit Care Med, 2001



La loi impose de prendre l'avis de la famille pour la LATA

Capacité de la famille ?

- Assimilation différente des informations selon les personnes

Pochard, Crit Care Med, 2001

- 27% des familles présentent des signes d'anxiété ou dépression

Pochard, J Crit Med, 2005

- Opposition de la famille à une décision de LATA: 2-39% selon les études

Prendergast, Am J Respir Crit Care Med, 1997

Breen, J Gen Intern Med, 2001

ETAT DES LIEUX: fréquence du conflit

Le conflit en réanimation est fréquent, même en dehors de la période de fin de vie :

10 à 80 % de conflit rapporté durant une hospitalisation en réanimation

Si on interroge les familles seules: 46%

Aiken, JAMA, 2002

Studdert, Intensive Care Med, 2003

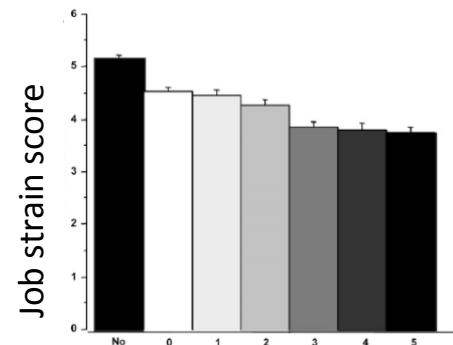
En fonction de:

- Personnes interrogées (famille ou personnel médical/paramédical)
- Age du patient
- Existence d'une erreur médicale
- Gravité du patient...

Azoulay, Am J Resp Crit Care Med, 2009

Breen, J Gen Intern Med, 2001

Retentissement sur la qualité des soins:



Presence or perceived conflict whose severity was ranked from 0 (not severe) to 5 (very severe)

Abbott, Crit Care Med, 2001

ORIGINAL ARTICLES

Conflict Associated with Decisions to Limit Life-sustaining Treatment in Intensive Care Units

Catherine M. Breen, MD, MPH, Amy P. Abernethy, MD, Katherine H. Abbott, BA, James A. Tulsky, MD

Objectif:

Déterminer l'incidence des conflits chez les patients en **LATA**

Prevalence and Characteristics of Conflict

Code	Cases (%) N= 102
Conflict	80 (78)
No conflict	22 (22)
Participants	
Family-family	24 (24)*
Staff-family	49 (48)*
Staff-staff	49 (48)*

Méthode:

- 102 patients avec une LATA
- Interview du médecin et IDE en charge du patient
- Pas d'interview direct de la famille

Résultats:

102 patients inclus: conflit déclaré dans **78%** des cas

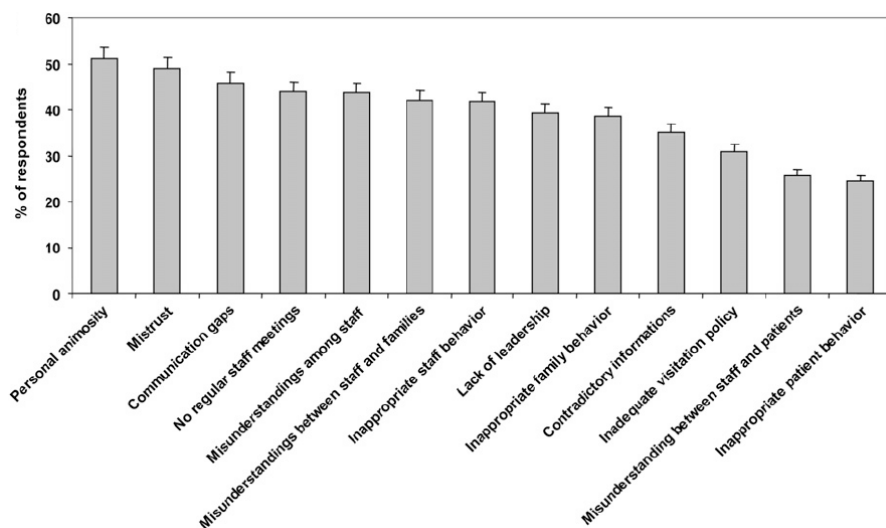
- 24% au sein de la famille
- 48% au sein de l'équipe
- **48% entre la famille et l'équipe**

ETAT DES LIEUX: nature du conflit

Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts The Conflicus Study

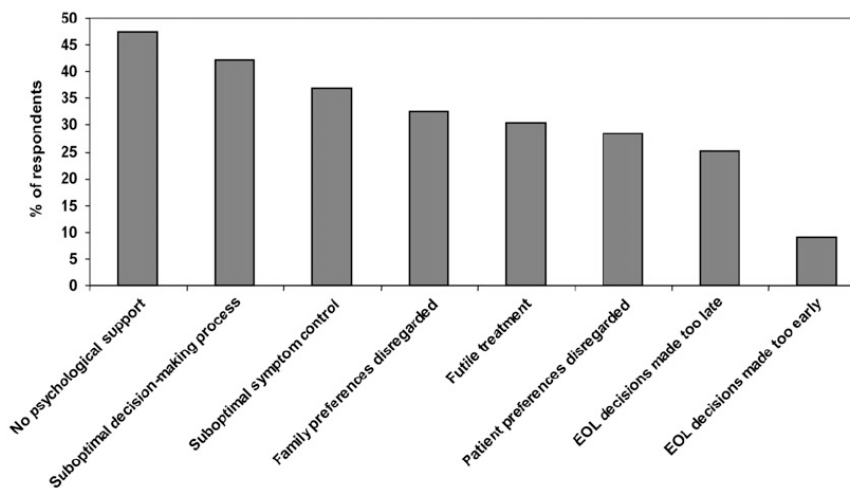
Multicentrique internationale (324 réa)
7498 participants (méd. et paraméd.)

Sources de conflit durant le séjour en réa



- 1/ Relation avec l'équipe
- 2/ Problème de confiance
- 3/ Problème de communication

Sources de conflit concernant la LATA



- 1/ Pas de soutien psychologique
- 2/ Procédure de LATA (pas de staff...)
- 3/ Gestion de la douleur, alimentation...

Préférence/croyance familiale non-respectée
en 4^{ème} position (33% des cas)

LATA trop tardive >>> trop précoce

ETAT DES LIEUX: facteurs de risque

Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support

Katherine H. Abbott, BA; Joni G. Sago, MD; Catherine M. Breen, MD; Amy P. Abernethy, MD;
James A. Tulsky, MD

Objectif:

Identifier les facteurs conduisant à un conflit dans un contexte de LATA

Méthode:

48 participants (**1 membre de la famille**)

6 réanimations US

Résultats:

- 46% des familles ressentent un conflit durant l'hospitalisation en réanimation.
- Surtout entre eux et l'équipe médicale (pb communication ou comportement/ressenti)
- Conflit concernant les décisions de traitement ou prise en charge rares (15%)

Codebook Variables	No. (%)
Perceived conflict	22 (46)
Among family	4 (8)
Between staff and family	19 (40)
Among staff	2 (4)
Over treatment decision	7 (15)
Over communication	16 (33)
Over pain control	2 (4)
Over perception of care/experimentation	9 (19)
Over unprofessional staff behavior	15 (31)

ETAT DES LIEUX: facteurs de risque

Facteurs influençant le conflit (facteurs protecteurs):

- Plusieurs personnes impliquées dans les décisions (92%)
- Connaissance des décisions prises (88%)
- Discussion antérieure concernant les souhaits (63%)
- Prise en compte des croyances (48%)
- Implication du médecin traitant (48%)
- Visite libre (40%)
- Salle dédiée aux rencontres avec les familles (27%)

Codebook Variables	No. (%)
Personal and family factors	
Presence of religion/faith/chaplain	23 (48)
Multiple family members involved in decision	44 (92)
Previous conversation about advance directive	30 (63)
Institutional factors	
Waiting room/family room	13 (27)
Visitation policy	19 (40)
Rotating staff	8 (17)
Conference room	13 (27)
Staff factors	
Specific connection to doctors	14 (29)
Attending physician	23 (48)
Wants more information	15 (31)
Nurses	15 (31)
Perception of care factors	
Exhaustive care—"Everything was done"	13 (27)
Hospital superiority—"Duke's the greatest"	14 (29)
Acknowledges specific decision	42 (88)

RAPPEL LEGISLATIF

Concernant l'obstination déraisonnable:

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le **droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement** »

« 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** »

Article 37, code de déontologie médical

RAPPEL LEGISLATIF

Concernant la limitation des thérapeutiques:

La loi **autorise la LATA** si les actes de prévention, d'investigation ou de soins apparaissent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (Art 1)

Loi du 22 Avril 2005, dite loi Leonetti

Mise en œuvre de la LATA:

- Décision prise par le médecin en charge du patient, après **concertation avec l'équipe de soins** et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de **consultant** (pas de lien hiérarchique).
- La décision prend en compte :
 1. Les souhaits que le patient aurait exprimés (**directives anticipées+++**)
 2. L'avis de la **personne de confiance** qu'il aurait désignée. Dans ce cadre l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées
 3. Ainsi que celui de la **famille** ou, à défaut, celui d'un de ses proches

Article 6, 36, 37, code de déontologie médical

RAPPEL LEGISLATIF

Concernant le patient inapte à consentir, la loi:

Indique que la **personne de confiance** désignée par le patient, doit être consultée dans le cas où ce dernier ne serait plus en mesure d'exprimer ses volontés

Loi du 4 Mars 2002, dite loi Kouchner

Insiste sur le **respect de la volonté** du patient par le médecin (Art 6)

Indique que l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées. Ceci reste un avis dans les décisions qui sont prises par le médecin (Art 8)

Autorise le médecin a décidé d'une **LAT pour une personne hors d'état de s'exprimer** (Art 9)

Loi du 22 Avril 2005, dite loi Leonetti

PROPOSITION DE SOLUTION: améliorer la communication



AVIS 022 du 19 mai 2014
DU COMITE SCIENTIFIQUE (CS) DE LA SFAP
Concernant la question des états végétatifs chroniques (EVC)
et des états paucirelationnels (EPR)

Continuité de la prise en charge de la famille lors des changements d'unité de soins

Attention personnalisée à la famille:

- Repérer au sein de la famille les personnes les plus vulnérables (attachement au patient...)
- Intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre
- Consultations individuelles dites de « retour d'annonce grave » (compréhension...)
- Accès de la famille aux représentants des cultes et/ou à des associations

A posteriori: analyse « qualité » des événements et réunion de débriefing éthique

PROPOSITION DE SOLUTION: améliorer la communication

Amélioration de la qualité de la communication avec la famille:

- Discours cohérents entre les intervenants (une incohérence favorise l'irrationnel, la négation d'une réalité, des espoirs déraisonnables de récupération...)
- Améliorée par la collégialité des discussions sur les traitements
- Médecin référent du malade et formé à l'annonce de mauvaises nouvelles
- Reformuler les propos difficiles à entendre/comprendre pour la famille
- Veiller à ce que la famille sait de l'existence et de la rigueur des discussions de LATA

Organisation de temps réguliers de discussion avec la famille:

- Prévoir une disponibilité suffisante pour une durée de réunion suffisamment longue
- Lieu adapté, au calme
- Faire le point sur la situation du patient et sur les interrogations de l'équipe médicale
- Laisser la famille s'exprimer

Intervention d'un tiers en cas de conflit:

"La mission propose que dans les situations de conflit entre une équipe soignante et une famille, le patient, ses proches ou les soignants puissent saisir un médecin référent de soins palliatifs, afin de ne pas laisser ces situations conflictuelles sans recours. Celui-ci pourrait jouer un rôle d'écoute, de conseil, d'expertise voire de médiation"

- Expert pour la pathologie
- Médecin de soins palliatifs
- Médecin médiateur de la Commission des Relations avec les Usagers
- Médecin spécialisé en médecine légale
- Non médical: psychologue, représentant du culte du patient...

PROPOSITION DE SOLUTION: la consultation éthique

Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial

Lawrence J. Schneiderman, MD; Todd Gilmer, PhD; Holly D. Teetzel, MA

Objectif:

Evaluer l'intérêt et l'adhésion à une consultation éthique pour la gestion de la LATA

Méthode:

35 patients groupe « consultation éthique » vs 35 patients groupe « sans consultation éthique »

Résultats:

- Diminution de la durée d'hospitalisation, de la durée de ventilation
- Bonne adhésion: consultation jugée utile dans 98% des cas
- Pas de résultats concernant le bénéfice directe de la consultation sur le conflit

	Control (n = 21)	Ethics Consultation (n = 21)	<i>p</i> Value
Treatment (%)			
CPR	4.7	0.0	.31
DNAR	76.2	80.1	.71
Gastrostomy	4.8	4.8	1.00
Tracheostomy	4.8	4.8	1.00
Transfusion	61.9	52.3	.53
Artificial N/H	81.0	76.2	.71
Ventilator	99.5	66.7	.08
ICU (days)	13.2	4.2	.03
Artificial N/H (days)	12.0	4.1	.05
Ventilator (days)	11.4	3.7	.05

CPR, cardiopulmonary resuscitation; DNAR, do not attempt resuscitation; N/H, nutrition/hydration; ICU, intensive care unit.

FINALEMENT...

Concernant Mme B.

Avis de la commission d'éthique de l'établissement :

« La mise en place en cas d'aggravation clinique avec apparition de nouvelles défaillances notamment multi viscérale de stratégies thérapeutiques chimiques ou techniques supplémentaires **entre dans le cadre d'une obstination thérapeutique déraisonnable** pour tous les membres présents (...). La stratégie à adopter concernant le sevrage ventilatoire est difficile vue l'évolution actuelle de la patiente et n'a donc pas fait l'objet d'une décision actée. Cependant une éventuelle ré-intubation/trachéotomie en cas d'échec de l'extubation est présentée comme techniquement possible mais non souhaitable et **apparaissant comme une maltraitance vis-à-vis de la patiente.** »

Evolution:

- Nouvelle PAVM
- Transfert de la patiente en Algérie le 09/10/2016

CONCLUSION

Le conflit est fréquent en réanimation, surtout concernant les LATA

Expliquer par de nombreux facteurs: anxiété, dépression, compréhension...

Cependant, la famille s'oppose globalement peu au décision de LATA (3-5%)

En cas de conflit:

- Favoriser la communication (reformulation +++)
- Demander un second avis (spécialiste)
- Faire intervenir des médecins extérieurs au service (médiateur)
- Faire une demande de consultation éthique
- Proposer un soutien psychologique
- Tenir compte de la religion (représentant du culte)