

Nouvelles directives de l'ASSM «DNAR»

Des décisions complexes, une mise en œuvre difficile

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM a chargé une sous-commission** du débat sur le problème posé par les «Do not attempt to resuscitate (DNAR) Orders» et de l'élaboration de directives médico-éthiques – une tâche à la fois importante et exigeante. Dans l'article suivant, le Prof. Andreas Gerber de Bienne, Président de la sous-commission «DNAR», expose les principaux aspects et problèmes rencontrés dans ce contexte. Il invite également le lecteur à prendre contact avec la sous-commission et à lui soumettre son avis.

Andreas U. Gerber*

* Andreas U. Gerber est médecin-chef de la clinique médicale du Centre hospitalier Bienne, collaborateur scientifique auprès de l'Institut Dialog Ethik, Zurich, et président de la sous-commission «DNAR» de l'ASSM.

** Membres de la sous-commission «DNAR»: Prof. Dr méd. Andreas U. Gerber, Bienne; Dr théol. Ruth Baumann-Hölzle, Zurich; Dr méd. Thomas M. Berger, Lucerne; lic. iur. Nathalie Brunner, Neuchâtel; Dr méd. Daniel Grob, Zurich; Prof. Dr méd. Lukas Krähenbühl, Fribourg; Dr méd. Joseph Osterwalder, St-Gall; Prof. Dr méd. Claude Regamey, Fribourg; lic. iur. Michelle Salathé, Bâle; Dr méd. Martin Siegemund, Bâle; Prof. Dr méd. Reto Stocker, Zurich; Prof. Dr méd. Peter Stulz, Lucerne; Prof. Dr méd. Martin von Planta, Bâle; Dr méd. Philipp Weiss, Bâle; Dr méd. Regula Zürcher Zenklusen, Neuchâtel; Domaine de soins: vacant.

La décision REA (de réanimer ou non) revêt, pour le patient [1], une importance vitale. Il est nécessaire d'opérer une distinction entre le processus décisionnel, qui est complexe et aboutira à la décision DNAR, la décision proprement dite et la documentation qui sera déposée dans le dossier médical. Enfin, il ne faut pas oublier la manière dont la décision dûment documentée sera appliquée, lorsque le pronostic vital est engagé. Je me permets d'émettre un bref commentaire personnel sur chacune de ces quatre composantes.

Processus décisionnel

Le processus décisionnel qui, dans un contexte donné, va conduire à la décision «REA oui resp. non», est très délicat. De ce fait, l'équipe soignante confrontée à cette situation n'est, le plus souvent, pas consciente du mécanisme impliqué, ou sera portée à exclure celui-ci par «manque de temps». En règle générale, chacun des membres du groupe se réjouit de savoir que la décision est prise et, autant que possible, consignée dans le dossier médical. Lorsque l'occasion d'une discussion de principe se présente, l'équipe appelle de ses vœux des règles définitives qui soit n'existent pas, soit sont inconnues du groupe alors «déconcerté». C'est pourquoi, et en vue de remédier à une telle situation, le forum éthique de notre hôpital a récemment décidé d'élaborer des règles fondamentales.

Les facteurs à considérer sont les suivants: éléments d'appréciation et critères quant aux possibilités de réanimation, volonté (présumée) du patient [2, 3], détermination subjective du thérapeute (il suffit de penser au chirurgien placé

dans la phase postopératoire de «son» patient), aspects fondamentaux d'ordre éthique, tant individuels que sociaux, et, enfin, considérations économiques.

Pour moi, un principe fondamental, à la fois évident et indiscutable, est de prendre et d'assumer les décisions REA, en ayant informé le patient concerné (resp. ses proches) et, dans la mesure du possible, en accord avec le patient, ses proches et l'équipe soignante [4]. Ainsi élaborées, de telles décisions font progresser la relation entre médecin et patient, et favorisent la bonne entente au sein de l'équipe d'accompagnement. En aucun cas, les décisions REA ne doivent ni ne peuvent donner l'impression d'être des prescriptions émanant tout naturellement et exclusivement du médecin-chef ou du chef de clinique.

La décision DNAR

De par sa nature même, la décision est également très complexe. Il convient tout d'abord de définir concrètement le statut REA. L'expérience au quotidien nous révèle que le statut REA – «oui ou non» – n'est jamais interprété de manière définitive. C'est pourquoi tous souhaitent que soit stipulée le plus tôt et le plus précisément possible la décision fixant quelles seront les mesures isolées, parmi celles qui visent potentiellement le maintien du patient en vie, à *ne pas* employer. Le caractère complexe et singulier de la décision DNAR ainsi déterminée constitue un réel défi pour l'ensemble de l'équipe soignante. Celle-ci est collectivement chargée de l'application de cette décision.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Andreas U. Gerber
Clinique médicale
Centre hospitalier Bienne
Chante-merle 84
CH-2500 Bienne 9

Documentation

La documentation du statut REA n'inclut pas exclusivement des aspects (qualitatifs) pratiques: on y trouve également des contenus juridiques et psychologiques (souvent inconscients). Ici, le choix des mots revêt toute son importance. La terminologie choisie appelle des interprétations individuelles variées (en premier lieu, de la part des personnes directement concernées, des médecins et des juristes). C'est ainsi qu'une décision écrite «de ne pas réanimer» peut donner l'impression que toute thérapie – y compris les soins palliatifs – sera refusée au patient. Et cette décision peut, lorsqu'elle est mal comprise, effectivement inciter à l'adoption d'un «nihilisme thérapeutique». Dans ce contexte, il existe une expression particulièrement malencontreuse: «therapia minima». Cette manière de s'exprimer prête très largement à confusion, et passe même pour une provocation aux yeux des proches du patient et des juristes. Cela explique pourquoi nous en sommes venus, dans notre clinique et pour des patients arrivés en fin de vie, à employer et à consigner par écrit la notion de «thérapie dite de confort maximal». Selon nous, ce concept est celui qui décrit le mieux les attentes nourries par ce groupe de patients envers l'équipe soignante, notre premier objectif étant vraiment de répondre de manière adéquate à ces souhaits.

Dans la mesure du possible, la décision REA doit être signée et datée par l'autorité responsable, investie d'un pouvoir de décision (dans notre cas: le médecin-chef, le chef de clinique). La conformité aux usages exige qu'une argumentation signée, justifiant la décision, vienne aussi

La sous-commission «réanimation» souhaite favoriser l'échange avec les médecins suisses sur ce thème. Cette contribution a pour but d'animer la discussion à l'aide de quelques idées de base et vous invite à présenter le maximum de perspectives et d'avis personnels relatifs à la problématique de la réanimation. Par ailleurs, nous ne nous intéressons pas seulement aux recommandations relatives à l'élaboration d'instructions DNAR, mais également à vos propositions concernant les critères de décisions à prendre en cas d'urgence. Nous sollicitons vos réactions qui peuvent être adressées au Secrétariat Général de l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM (m.salathe@samw.ch). La sous-commission tiendra compte des résultats dans ses travaux.

compléter le dossier médical [5]. Enfin, l'ensemble de l'équipe soignante doit comprendre qu'un statut REA bien documenté n'est ni absolu ni définitif, et que celui-ci sera rapidement adapté aux circonstances. Cela est particulièrement vrai dans le cas des patients de longue durée. Dans notre hôpital, le statut REA est ré-examiné, actualisé et signé selon la procédure décrite ci-dessus, à chaque changement de page dans le dossier de soins.

Mise en application

C'est surtout dans les grands hôpitaux que la mise en application d'une décision REA documentée pose un problème presque insoluble [6]. Une réanimation qui n'est, par erreur, pas tentée, sera immédiatement «perçue» et interprétée comme une «faute» ou une complication. Le risque de conséquences juridiques (douteuses) se manifeste alors. D'autre part, une tentative de réanimation faite par erreur, sans respect de la volonté du patient et une tentative de réanimation non indiquée «ratée» ne laisse souvent derrière elle qu'un piètre et accablant sentiment «d'échec». Je perçois ici les bases d'un progrès qualitatif dans notre «conception de la mort». Nous devrions prendre plus souvent conscience des situations dans lesquelles la mort correspond, pour le patient, à une solution toute naturelle à ses problèmes de santé; de même, nous devrions être conscients qu'accepter la mort fait partie de notre devoir au même titre que de préserver la vie.

Références

- 1 Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine est utilisée tout au long du texte et inclut le féminin par analogie.
- 2 Ghelli R, Gerber AU. Die Frage der Reanimation (REA): Der Patientenauftrag und Reaktionen auf dessen Erfragung. 66. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin 1998.
- 3 Schwatz CE, Wheeler HB, Haammes B, et al. Early intervention in planning end-of-life care with ambulatory geriatric patients: results of a pilot trial. Arch Intern Med 2002;162(14):1611-8.
- 4 cf. [2] ainsi que Stolmann CJ, Gregory JJ, Dunn D, Levine JL. Evaluation of patient, physician, nurse and family attitudes toward do not resuscitate orders. Arch Intern Med 1990;150(3):653-8
- 5 Tauber AI. Putting ethics into the medical record. Ann Intern Med 2002;136(7):559-63
- 6 SUPPORT I. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274(20):1591-8.