

Journée du G.M.R.S.P. le 17/04/2014

« Les limites du consentement en pratique »

Atelier :

Les patients admis en urgences/réanimation.

Animateur : Gilles MOTTE, médecin réanimateur, C.H. Perpignan

CAS CLINIQUE

Mme X 83 ans, médecin scandinave retraitée vit depuis 20 ans dans notre région avec son mari. Ce dernier a un handicap moteur et depuis quelques mois, Mme X présente de plus en plus souvent des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, parfois désorientation spatiale).

Leur fille âgée d'une quarantaine d'année, diabétique insulino-dépendante, est chez eux depuis une semaine pour organiser un retour dans leur pays natal, le maintien loin de la famille (une fille et un fils restés dans leur pays natal) et à domicile en France devenant problématique.

Un soir, Mme X va se coucher un peu plus tôt et ingère des barbituriques qu'elle conservait depuis le début des années 80. Lorsque sa fille et son mari la découvrent dans le coma, après un petit instant d'hésitation, ils appellent les secours. Mme X est alors prise en charge par le SAMU, intubée, ventilée et hospitalisée en réanimation.

A J1 son état est stationnaire, elle est dans un coma médicamenteux profond, l'état hémodynamique est stable, elle présente une pneumopathie d'inhalation traitée d'emblée par Augmentin sans retentissement majeur sur la ventilation.

Sa fille et son mari viennent la visiter et nous apporte une lettre écrite par eux, en accord avec le fils de la patiente (qui peut confirmer par téléphone). Dans cette lettre, ils expliquent que Mme X avait gardé ce tube de barbiturique depuis de nombreuses années uniquement pour se suicider si elle le désirait (elle ne prenait pas par ailleurs de traitement psychotrope), qu'elle était médecin et qu'elle se rendait compte de ses troubles cognitifs et ne les supportait probablement pas, raison pour laquelle elle a tenté de mettre fin à ses jours dans un moment de lucidité. En conséquence, pour respecter les volontés de Mme X, ils nous demandent de la laisser mourir en arrêtant la ventilation mécanique.

QUESTIONS/DISCUSSION :

Le consentement qui implique l'information et la compréhension de cette information peut-ils exister en réanimation ?

Non au premier abord et cela pour deux raisons qui empêchent une communication suffisante:

- La pathologie ou les traitements qui entraînent une perte de la communication
- L'urgence qui ne peut aller de pair avec une information sereine qui ne peut être répétée ni intégrée en situation de stress intense.

Que faire devant cette demande de limitation thérapeutique afin d'approcher au mieux la volonté de la patiente ?

- Réanimation d'attente. *Un travers* : il ne faut pas la nommer ainsi sinon elle peut bénéficier d'une moindre attention.
- Recherche de directives anticipées. *1^{er} problème : rarement écrites, 2^{ème} problème : la maladie change le malade et sa façon de voir et d'accepter les handicaps.*
- Consultation de la personne de confiance, de la famille/des proches : pas de personne de confiance (comme la plupart du temps en réanimation/urgence) mais une famille proche et de toute évidence aimante qui préfère qu'elle ne décède pas mais après réflexion préfère la laisser mourir en expliquant que c'était son choix (barbituriques gardés à cet effet, ancien médecin...) donc ils ne *confondent pas leur volonté avec la volonté supposée de leur proche (ce qui est un travers relativement fréquent)*. *Problème de l'implication des proches et en particulier des conjoints dans les arrêts thérapeutiques en réanimation : risque important de dépression et de deuil pathologiques en cas d'implication directe dans le processus d'arrêt ou de limitation thérapeutique.*

Faut-il faire autre chose ou décide-t-on avec ces éléments ? D'une part, la Loi dite Leonetti implique une procédure particulière mais aussi il existe aussi d'autres paramètres éthiques à prendre en compte.

- Consultation personne extérieure au service (J2) : Consultation de deux gériatres qui vont dans le sens de la famille car respect de la volonté de la patiente et aggravation probable de la démence par cet épisode de coma médicamenteux et de réanimations si tenté qu'elle y survive. On voit apparaître *un autre paramètre du raisonnement éthique qui est le principe de proportionnalité ou la notion de bénéfice – risque* qui est souvent un des paramètres les plus importants (en réanimation) avec le respect de la volonté du patient. Ce principe prend

souvent le dessus dans deux situations : quand le patient ne peut s'exprimer car il est difficile comme nous le voyons d'approcher sa volonté (ce qui ne doit pas nous empêcher de le faire) et quand nous nous trouvons dans une impasse thérapeutique. Dans ce derniers cas, les médecins peuvent parfois subir des pressions (des proches ou du patient lui-même) pour utiliser des thérapeutiques vouées à l'échec (même problème éthique que les chimiothérapies compassionnelles ou le principe de proportionnalité des soins s'oppose parfois au respect de la volonté du patient).

- Consultation de l'ensemble de l'équipe soignante : J2-J3. Désaccord avec 2 médecins qui estiment que les soins ne sont pas disproportionnés (il ne s'agit en effet que de ventilation mécanique relativement courante et non d'un support cardio-circulatoire ou rénal qui laisserait supposer une évolution défavorable). Ils proposent d'attendre le réveil de la patiente, de l'extuber mais de ne pas implémenter la thérapeutique en cas de complication et de ne pas l'intuber une deuxième fois en cas d'échec d'extubation. Il s'agit alors d'une autre interprétation du principe de proportionnalité qui amène à discuter deux problèmes :
 - *le principe de proportionnalité ne peut être expliqué et manié que par des médecins (nécessité d'évaluer le pronostic) d'où l'importance de l'avis extérieur au service en cas de limitation thérapeutique chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté.*
 - *Bien prendre conscience de la difficulté en nombre de situation de fin de vie d'établir un pronostic d'où l'importance d'un consensus ou du moins de l'absence d'opposition dans l'équipe soignante qui porte la réflexion.*

Evolution- conclusion

L'évolution clinique est favorable avec réveil et extubation de Mme X sans complication. La famille (fille et mari) sont heureux de cette évolution, la patiente ne se souvient pas de ce passage à l'acte et s'en excuse, elle passe quelques jours en gériatrie puis rentre à domicile et dans son pays natal : cette évolution montre que nous pouvons nous tromper facilement et le plus honnêtement du monde sur les volontés d'autrui et que chacun d'entre nous peut se tromper également sur lui-même.

Conclusion :

Cette réflexion doit à mon sens nous inciter au doute, à l'humilité, la prudence, la concertation, à prendre le temps, à essayer d'appréhender le juste milieu avec discernement sans pour autant nous empêcher de prendre une décision.