



CNEM Ethique Médicale.....



جنة الوطنية
للأخلاقيات الطبية

Fin de vie en Réanimation

Fekri Abroug
CHU Fatouma Bourguiba
Monastir.

f.abroug@rns.tn



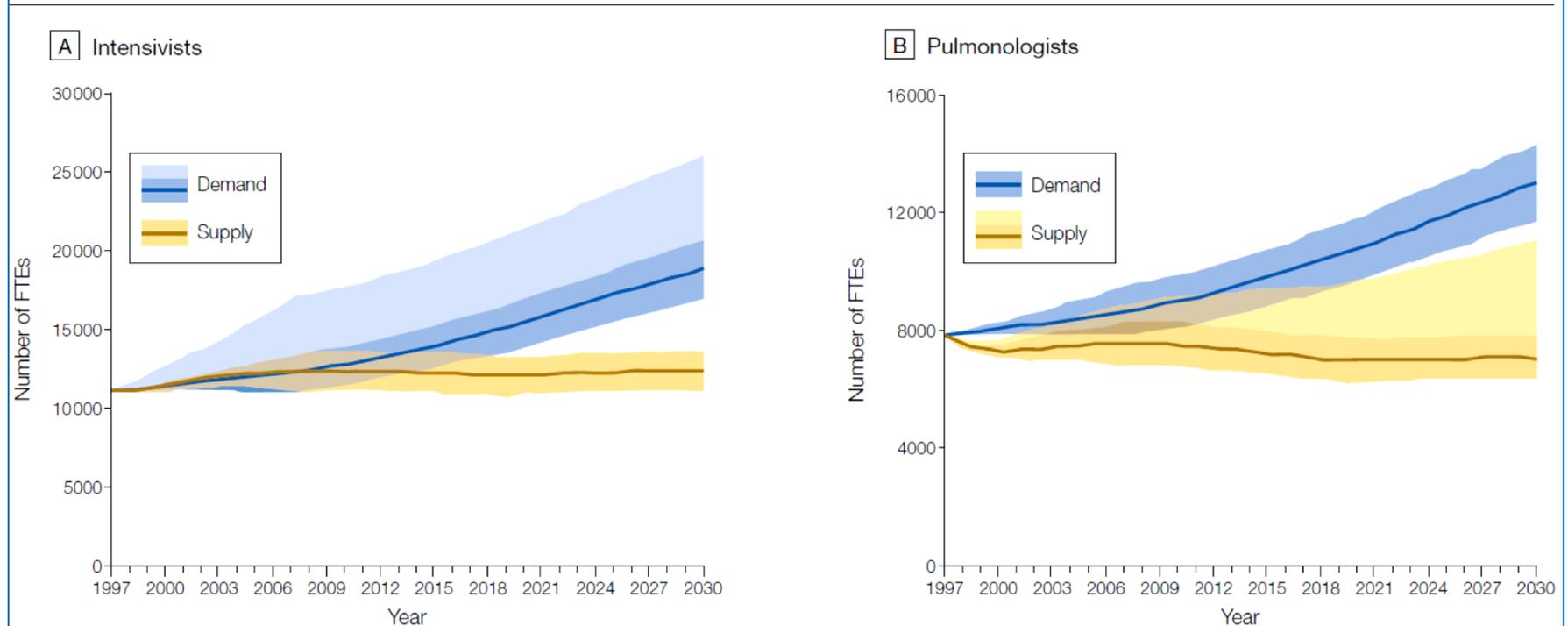
Réanimation?

- Usage souvent agressif de **technologies invasives** pour **inverser des situations** potentiellement fatales (**mortalité jusqu'à 50%**)
- Le but est de permettre aux patients de **s'améliorer et retourner au domicile** (passer un cap), et non suppléer (durée indéfinie) les fonctions vitales,



Current and Projected Workforce Requirements for Care of the Critically ill and Patients with Pulmonary Disease: *Can we meet the requirements of an aging population.* D.Angus JAMA 2000

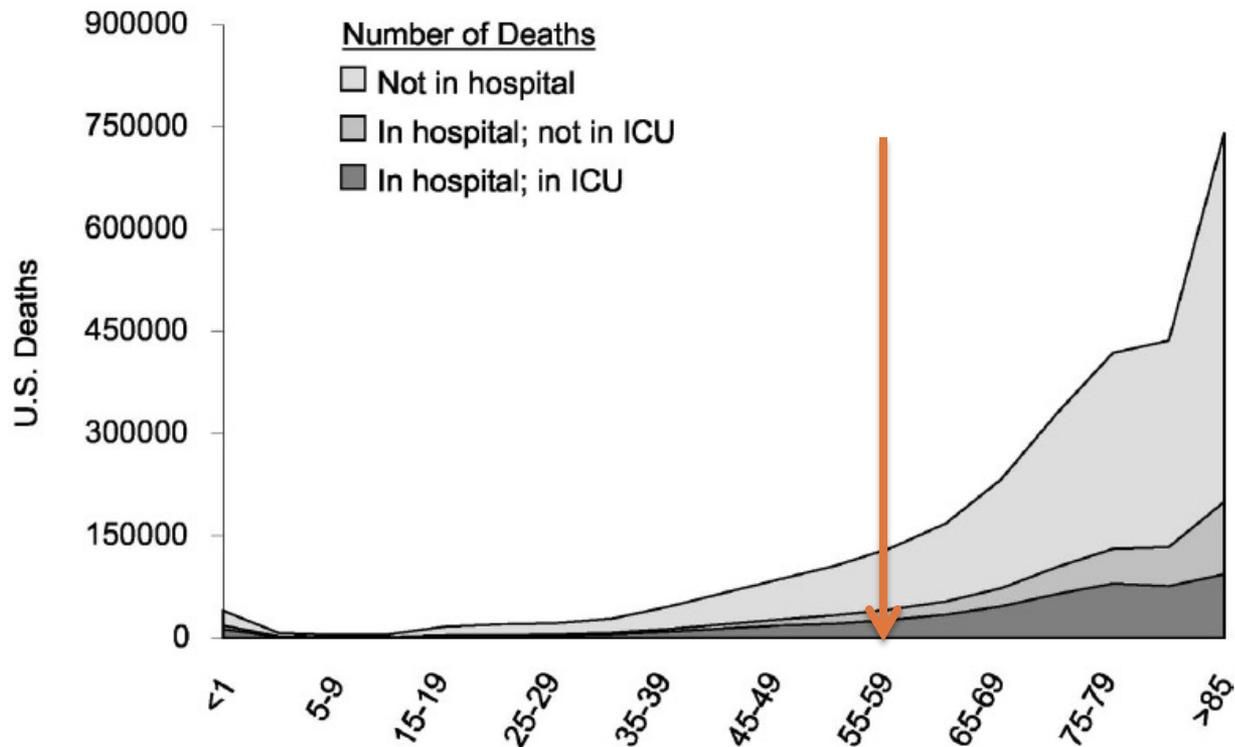
Figure. Forecast of Supply and Demand for Intensivists and Pulmonologists Through 2030



Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study*

Derek C. Angus, MB, ChB, MPH, FCCM; Amber E. Barnato, MD, MPH, MS; Walter T. Linde-Zwirble; Lisa A. Weissfeld, PhD; R. Scott Watson, MD, MPH; Tim Rickert, BA; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc; on behalf of the Robert Wood Johnson Foundation ICU End-of-Life Peer Group

1 in 5 US residents receive ICU care at the EOL

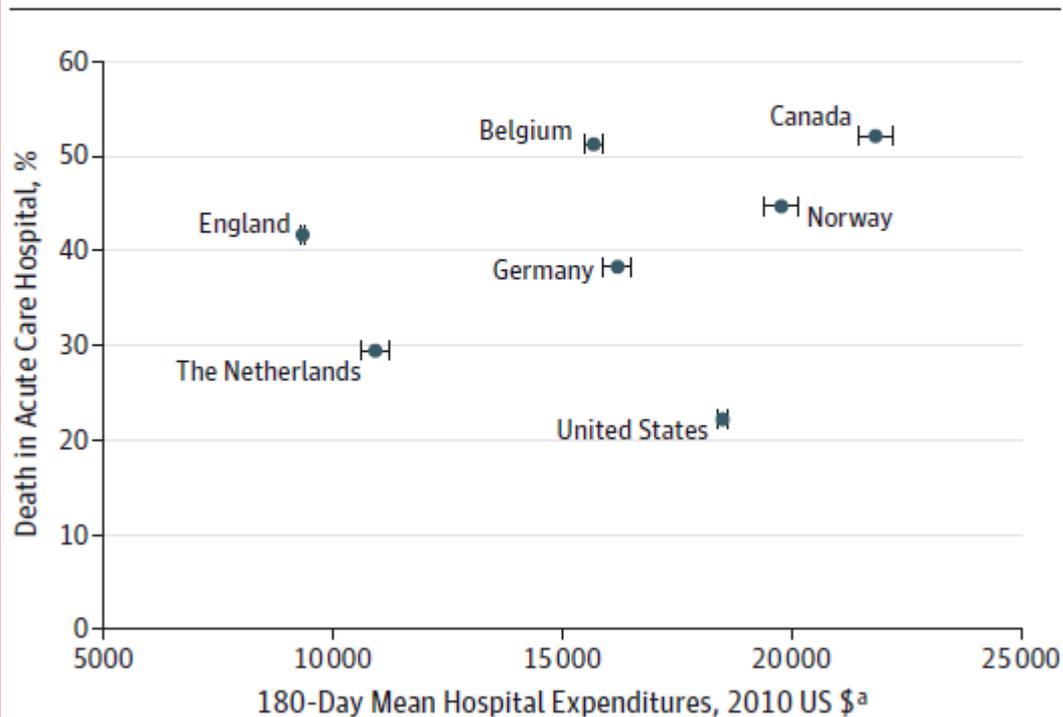


Original Investigation

Comparison of Hospital Expenditures and Death in Acute Care Hospitals in 7 Developed Nations

Justin E. Bekelman, MD; Scott D. Joachim Cohen, MSc, PhD; Robert Hans Olav Melberg, PhD; Bregje Jonas Schreyögg, PhD; Connie M. Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD; fo

Figure. Hospital Expenditures in the Last 180 Days of Life for Patients Older Than 65 Years Dying With Cancer in Acute Care Hospitals in 7 Developed Nations

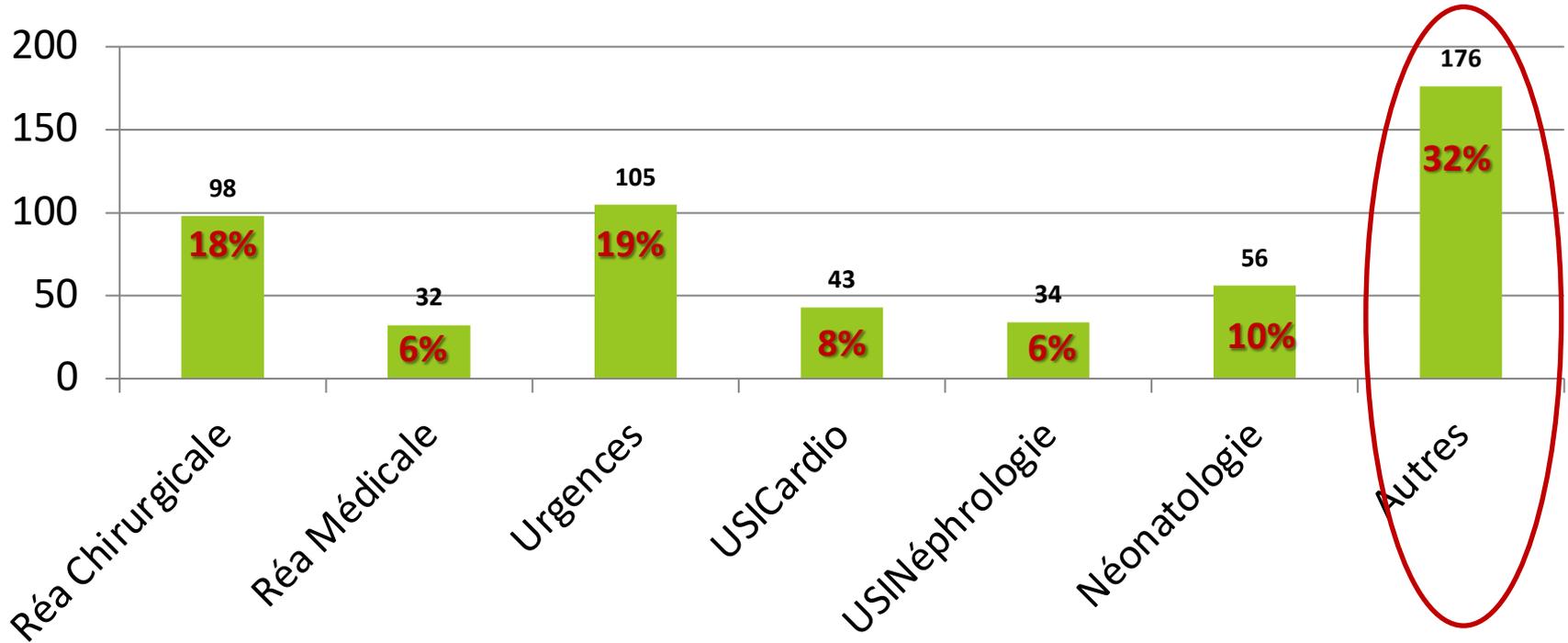


tion,
with Cancer

83. doi:10.1001/jama.2015.18603

Où meurent les malades à l'hôpital?

CHU Monastir 2015 (n=544)



Toward Better ICU Use at the End of Life

Derek C. Angus, MD,
MPH

Department of Critical
Care Medicine,
University of Pittsburgh
School of Medicine,
Pittsburgh,
Pennsylvania; and
Associate Editor, *JAMA*.

Robert D. Truog, MD
Center for Bioethics,
Harvard Medical
School, Boston,
Massachusetts.

« For most patients, *it is not possible to discern* with adequate certainty whether acute deterioration presages a relentless downhill clinical course to death or full recovery with a good quality of life.

Hence, *a trial of ICU* care will often be a rational and appropriate clinical choice consistent with patient wishes, even though that trial may, in retrospect, occur at the end of life.



Advancing a Third Revolution in Critical Care

- **By the 1970s**, The closed intensive care unit (ICU) was born: a well-organized approach, not merely individual excellence, could save the lives of the very sick.
- **By the 1990s**, ICU practitioners assumed ownership of acute care of the dying. **A well-organized approach can provide a good death** (or a good dying process) to those we cannot save.
- **This decade**, a third revolution is underway: a well-organized approach can help those who survive critical illness live full new lives



Managing Death in the Intensive Care Unit

The Transition from Cure to Comfort

Managing Death in the Intensive Care Unit

The Transition from Cure to Comfort

***La transition des soins curatifs aux soins palliatifs
Introduire les soins palliatifs en réanimation***

Edited by

J. Randall Curtis

Gordon D. Rubenfeld

Edited by

J. Randall Curtis

Gordon D. Rubenfeld

Principes moraux transculturels

- Autonomy (self-determination)
- Beneficence (welfare of others)
- Non-maleficence (do no harm)
- Distributive Justice
- *Auto-détermination*
- *Bénéfice du prochain*
- *Pas de traitement inefficace (primum non nocere)*
- *Distribution juste des biens sociaux*

Principes de la juste distribution des ressources en Réanimation (ATS)

- Les soins de réanimation, sont une composante essentielle de l'ensemble des services de santé de base qui devraient être accessibles à tous
- Le devoir fait aux prestataires de santé d'agir au bénéfice des patients reconnaît des limites quand ces actions compromettent injustement la disponibilité des ressources nécessaires à d'autres patients

Fin de vie/ Niveaux de soins en réanimation

- **Engagement thérapeutique maximal** (suppléance vitale)
- **La Limitation/Arrêt** des Thérapeutiques actives (LATA) *en cas d'obstination déraisonnable lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté*
- **Le raccourcissement actif** du processus de mort (RAPM):
 - *Euthanasie active volontaire*
 - *Euthanasie active involontaire/non volontaire*
 - *Suicide assisté*

Fin de vie/ Niveaux de soins en réanimation

- Engagement thérapeutique maximal (suppléance vitale)
- **La Limitation/Arrêt** des Thérapeutiques actives (LATA) *en cas d'obstination déraisonnable lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté* :
 - a. **limitation** de l'escalade des soins (WITHHOLDING)
 - b. **arrêt** des soins actifs (WITHDRAWING)
- **Le raccourcissement actif** du processus de mort (RAPM):
 - *Euthanasie active volontaire*
 - *Euthanasie active involontaire/non volontaire*
 - *Suicide assisté*

Withholding in France: a

Background In France, there are no guidelines available on withholding and withdrawal of life-sustaining treatments, and information on the frequency of such decisions is scarce.

Methods We undertook a prospective 2-month survey in 113, of a total of 220, intensive-care units (ICUs) in France to study the frequency of, and processes leading to, decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatments.

Findings Life-supporting therapies were withheld or withdrawn in 807 (11.0%) of 7309 patients (withholding in 336 [4.6%] and withdrawal in 471 [6.4%], preceded in 358 by withholding). Of 1175 deaths in ICU, 628 (53%) were preceded by a decision to limit life-supporting therapies. Futility and poor expected quality of life were the most frequently cited reasons. Decisions were strongly correlated with the simplified acute physiological score, but an independent centre effect persisted after adjustment for this score. Decisions were mostly taken by all the ICU medical staff, with (54%) or without (34%) the nursing staff; however, a single physician made decisions in 12% of cases. The patient's family was involved in the decision-making process in 44% of cases. The patient's willingness to limit his or her own care was known in only 8% of the cases; only 0.5% of the patients were involved in decisions.

Interpretation Withholding and withdrawal of life-support therapies are widely practised in French ICUs, despite their prohibition by the French legislation. The lack of an official statement from French scientific bodies may explain several limitations on the various steps of the decision-making

ort in intensive-care units

Lancet 2001; **357**: 9–14

Edouard Ferrand, Ren

*French LATAREA group**

la Croix

JEUDI 17 MAI 2001

Quotidien - n° 35923

6,50F 0,99€

L'acharnement thérapeutique recule en France

Les médecins ne s'obstinent plus à soigner les malades à n'importe quel prix, et ils associent de plus en plus les autres soignants et les familles à la décision d'arrêter les soins

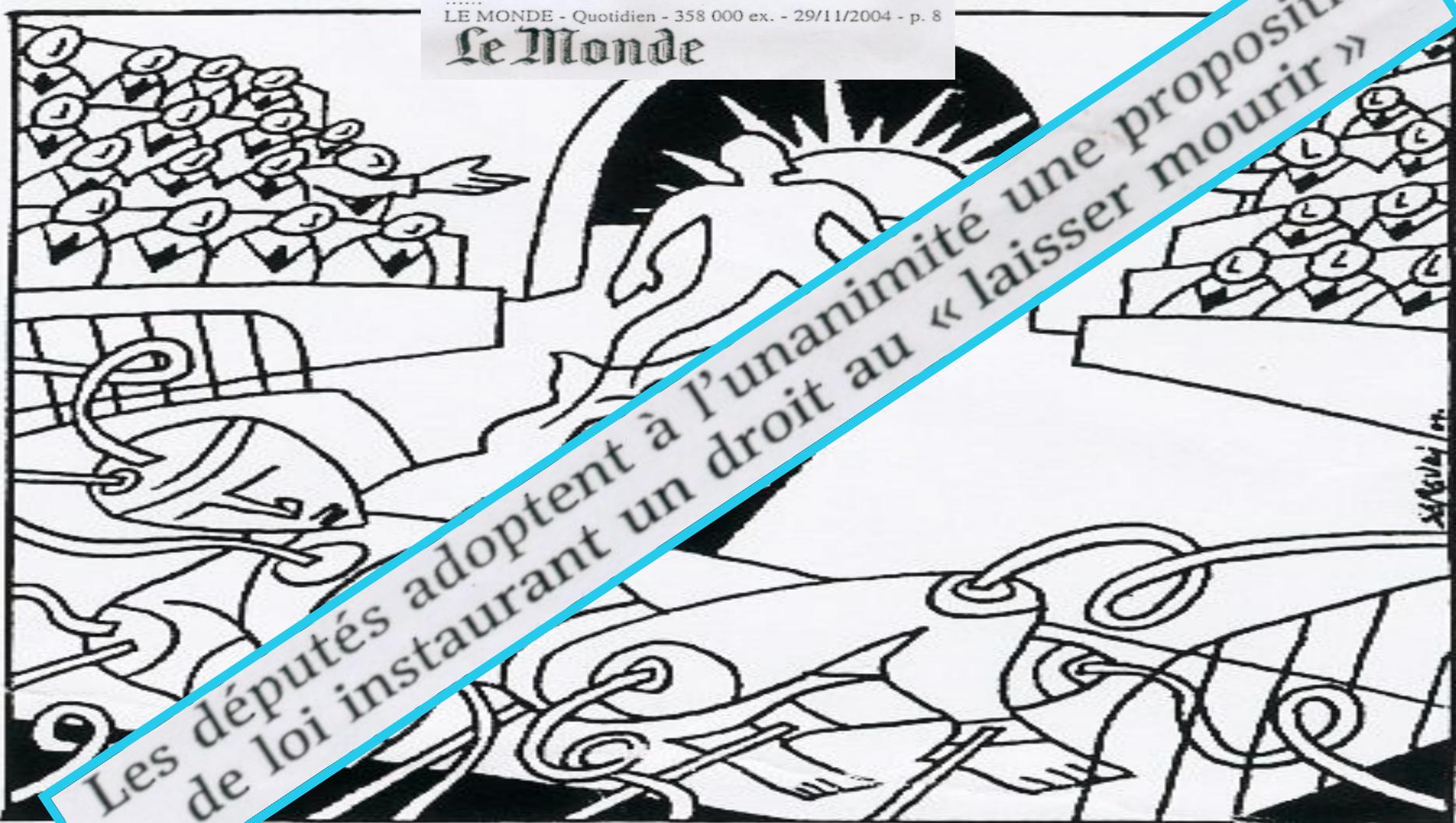
► Pages 4

J E U D I 1 2 M A R S 1 9 9 8

Libération

*En réanimation, un décès sur deux est lié
à une interruption de traitement*

**Euthanasie passive,
la fin d'un tabou**



Les députés adoptent à l'unanimité une proposition de loi instaurant un droit au « laisser mourir »

Sagvati '04

Jean
LEONETTI

**C'est ainsi que
les hommes meurent**

Préface de Robert Badinter



TRIBUNE LIBRE
PLON

**Loi relative aux droits des
malades et à la fin de vie
n° 2005-370 du 22 /04/2005**

- ❖ Loi déposée par **Jean Leonetti**, député, le 26 octobre 2004.
- ❖ Votée par l'Assemblée nationale le 30 novembre 2004, adoptée par le Sénat le 12 avril 2005 en première lecture, sans modifications.
- ❖ **Promulguée le 22 avril 2005** et publiée au Journal officiel du 23 avril 2005 (JO n° 95 page 7089).
- ❖ 14 articles

Article 1^{er}

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

La loi ne légalise pas l'euthanasie

❖ *Article 1er*

Les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis par une **obstination déraisonnable**.

❖ *Article 2*

Autorisation d'administration de **traitements anti-douleurs efficaces** au malade en fin de vie même si cela entraîne une mort plus rapide.

❖ *Articles 3 et 4*

Procédure d'interruption ou de **refus de traitement**.

❖ *Article 5*

Collégialité de la décision de l'arrêt de traitement du malade inconscient.

❖ *Article 6*

Respect par le médecin de la **volonté du malade** en fin de vie.
Utilisation des **soins palliatifs** pour sauvegarder la dignité de la personne mourante.

Traçabilité écrite des discussions, débats, échanges et de toutes les décisions

- ❖ *Article 7*
Directives anticipées relatives à la fin de vie.
- ❖ *Article 8*
Précision du statut de la **personne de confiance**.
- ❖ *Article 9*
Procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie.
- ❖ *Articles 11 et 12*
Développement et organisation des soins palliatifs.
- ❖ *Article 13 et 14*
Favoriser la **pratique des soins palliatifs** dans les établissements ou les services sociaux ou médico-sociaux.



Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux **directives anticipées** prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Deux changements par rapport à la situation juridique antérieure

- d'une part, ces directives ont désormais une *valeur contraignante* auprès de l'équipe médicale (et aussi auprès des proches), elles s'imposent à tous, alors que précédemment, elles n'avaient qu'une valeur consultative ;
- d'autre part, elles *n'ont plus à être renouvelées* comme précédemment (avant, elles n'étaient plus valables après trois ans, maintenant, elles sont indéfiniment valables). Elles sont bien sûr révisables et révocables à tout moment et selon toute forme possible.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées
prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique**

Mes directives anticipées

Modèle A

- *Je suis atteint d'une maladie grave*
- *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment **si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie** dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :
 - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
.....
 - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
 - Une intervention chirurgicale :
 - Autre :

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
 - Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
 - Dialyse rénale :
 - Alimentation et hydratation artificielles :

End of Life Practice in European Intensive Care Units: *The Ethicus study. C.Sprung et al, JAMA 2003*



	Northern (%)	Central (%)	Southern (%)	Total (%)
Withholding	38.2	34.1	39.6	37.5
Withdrawing	47.4	33.8	17.9	32.9
Shortening Dying	0.9	6.5	0.1	2.2
Total (n)	1303	900	883	3086

**Charles L. Sprung
Paulo Maia
Hans-Henrik Bulow
Bara Ricou
Apostolos Armaganidis
Mario Baras
Elisabet Wennberg
Konrad Reinhart
Simon L. Cohen
Dietmar R. Fries
George Nakos
Lambertius G. Thijs
the Ethicus Study Group**

The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units

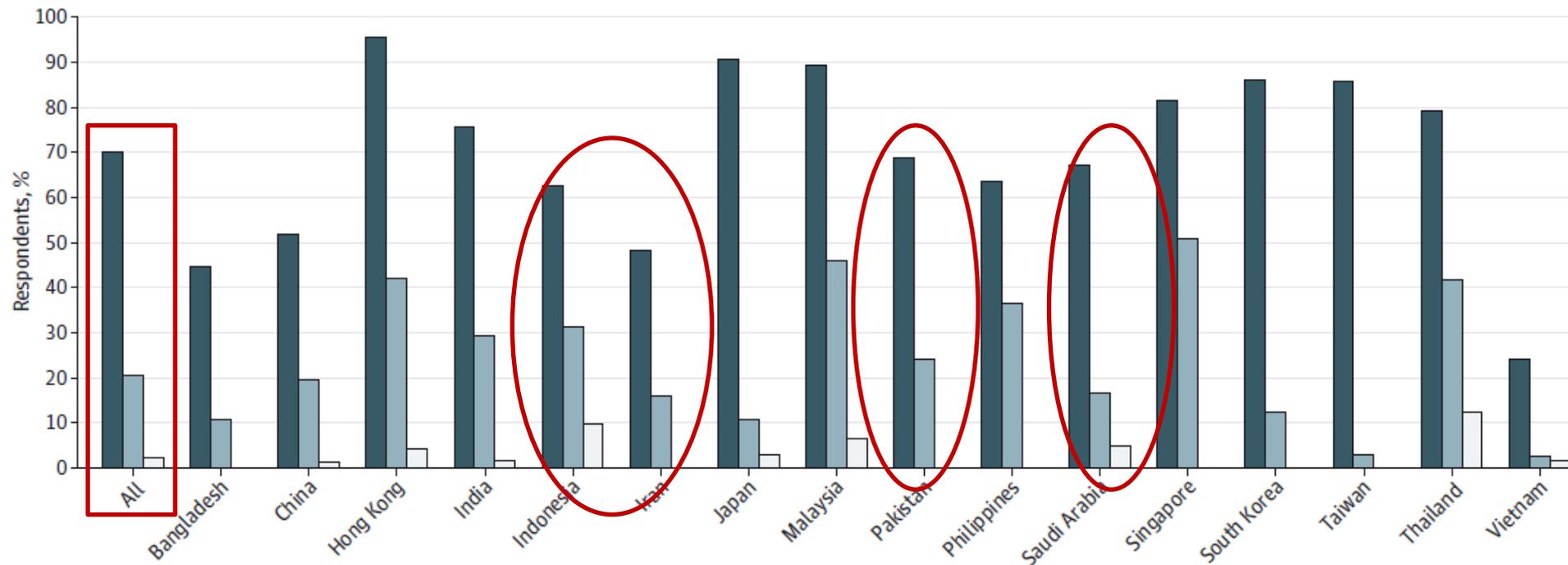
Withholding/Withdrawing life-sustaining treatment based on religious affiliation (Physicians)

	Catholic (%)	Protestant (%)	Jewish (%)	Greek Orthodox (%)	Muslim (%)
Withholding	41	49	81	78	63
Withdrawing	53	49	19	22	37
Shortening Dying	6	1	-	-	-
Total (n)	1098	770	309	168	24

Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Intensive Care Units in Asia

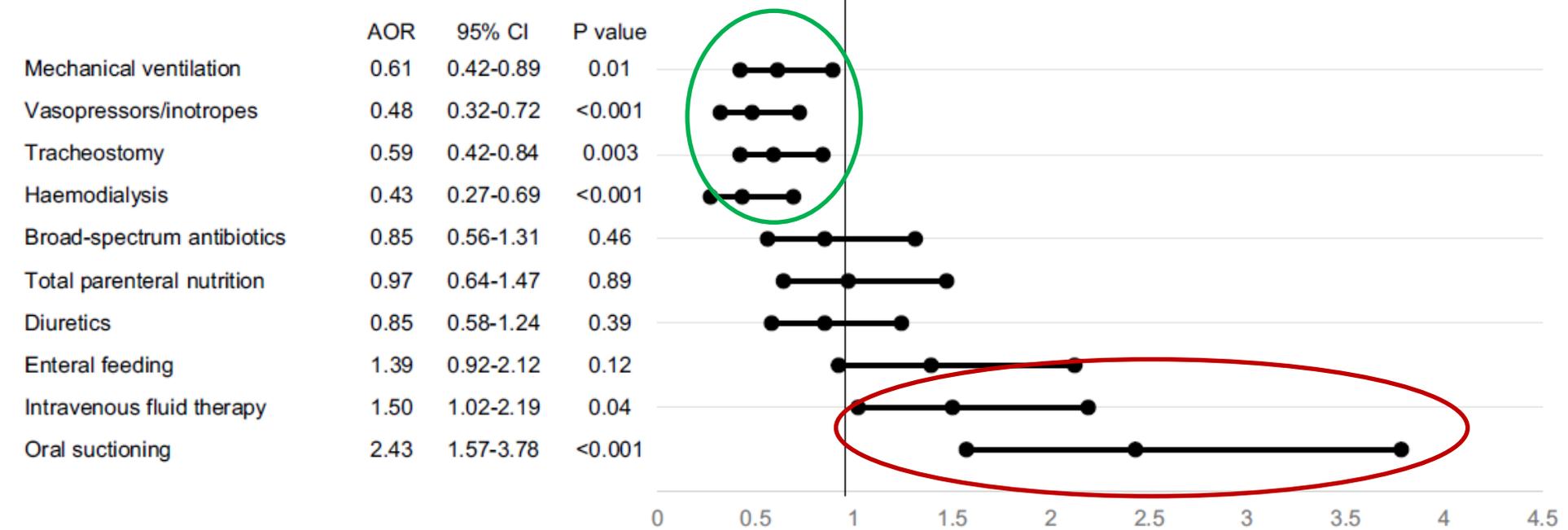
JAMA Internal Medicine March 2015

Figure. Proportion of Respondents Who Almost Always or Often Withheld and Withdrew Life-Sustaining Treatments, and Actively Shortened the Dying Process for Patients With No Chance of Recovering a Meaningful Life



Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in low-middle-income versus high-income Asian countries and regions

Jason Phua¹, Gavin M. Joynt², Masaji Nishimura³, Yiyun Deng⁴, Sheila Nainan Myatra⁵, Yiong Huak Chan⁶,



Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey

Acta Anaesthesiol Scand 2004; 48: 457–462

- Un questionnaire adressé à 439 Anaesthesiologistes turcs (90% Muslims)
 - DNR Order oral ou écrit: 66%
 - Après discussion avec des collègues: 82%

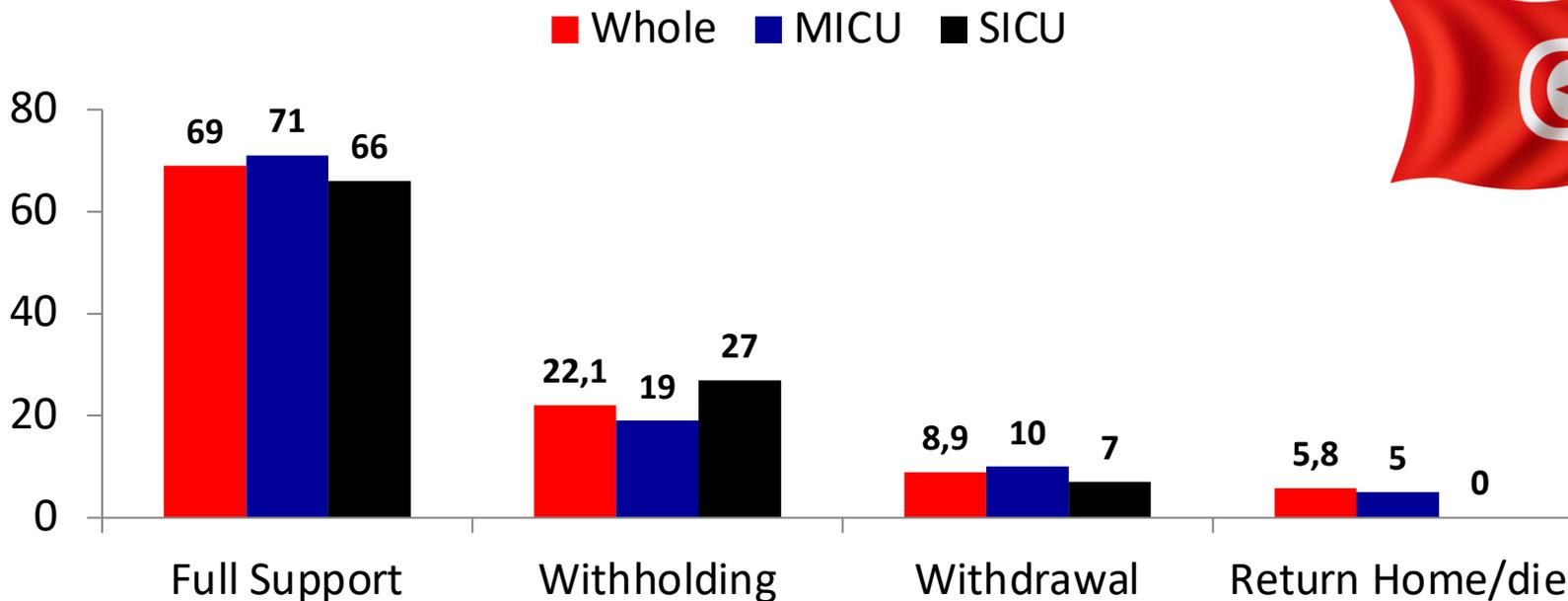
Alexandre Yazigi
Moussa Riachi
Georges Dabbar

Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study

- LATA décisions ont été prises concernant 46% de tous les décédés.
 - Withholding life sustaining treatments: 86%
 - Withdrawing life sustaining treatments: 14%
- Raisons: Futilité (88%) et/ou QOLpauvre(53%).
- Décisions prises par: staff médical seul (25.5%), avec le staff infirmier (74.5%)

Islem Ouanes
Néji Stambouli
Fahmi Dachraoui
Lamia Ouanes-Besbes
Samir Toumi
Faouzi Ben Salem
Mourad Gahbiche
Fekri Abroug

Pattern of end-of-life decisions in two Tunisian intensive care units: the role of culture and intensivists' training



- Two factors were independently associated with a WH or WD decision:
 - **McCabe score** was positively associated with this type of decision [odds ratio(OR) = 2.41; 95% CI: 1.34–4.36; $p = 0.003$],
 - **An independent functional status** before ICU admission was associated with a lack of such decisions [OR = 0.32, 95% CI: 0.15–0.66; $p = 0.002$].

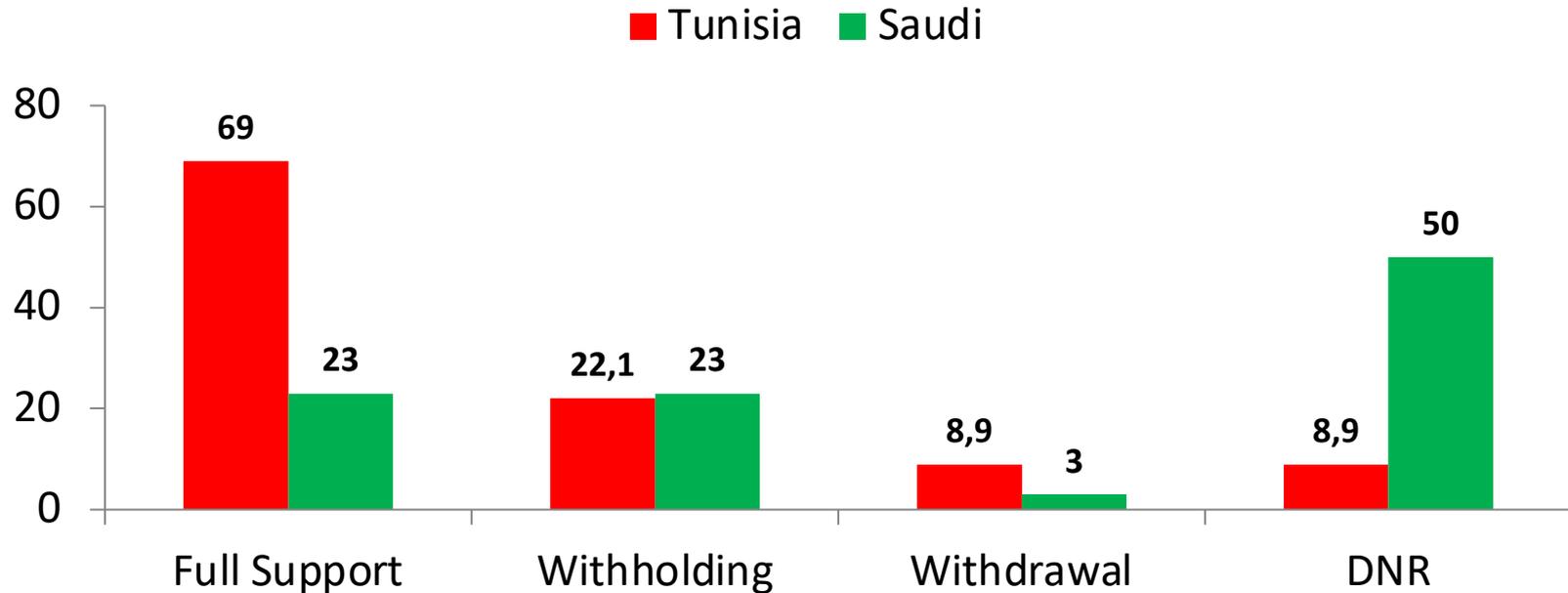
Dying at home: cultural and religious preferences

Mohamed Boussarsar
Slaheddine Bouchoucha

- Hopeless patients are discharged from the ICU to die at home:
 - This is usually the patient's wish (expressed by the family)
 - A request is signed by the closest relative
 - The dying patient is medically transported to home
 - He is disconnected from the respirator at home.
- Advantages:
 - Meets families needs
 - Allows an ultimate contact at home
 - Avoids administration procedures for those living far in order to permit rapid funerals

End of life practices in a tertiary ICU in Saudi Arabia.

AlDawood AS et al Anesthesia and Intensive Care. 2012





Obtenez des résultats plus rapidement en travaillant en équipe

Créez des sondages plus facilement et rapidement avec des fonctionnalités de collaboration en équipe.

[Abonnez-vous dès aujourd'hui](#)

TOUS LES SONDRAGES

TITRE

MODIFIÉ

RÉPONSES

CONCEPTION

COLLECTER

ANALYSE

PARTAGER

PLUS

Limitation Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA)

Date de création 4-10-2016

27-10-2016

45

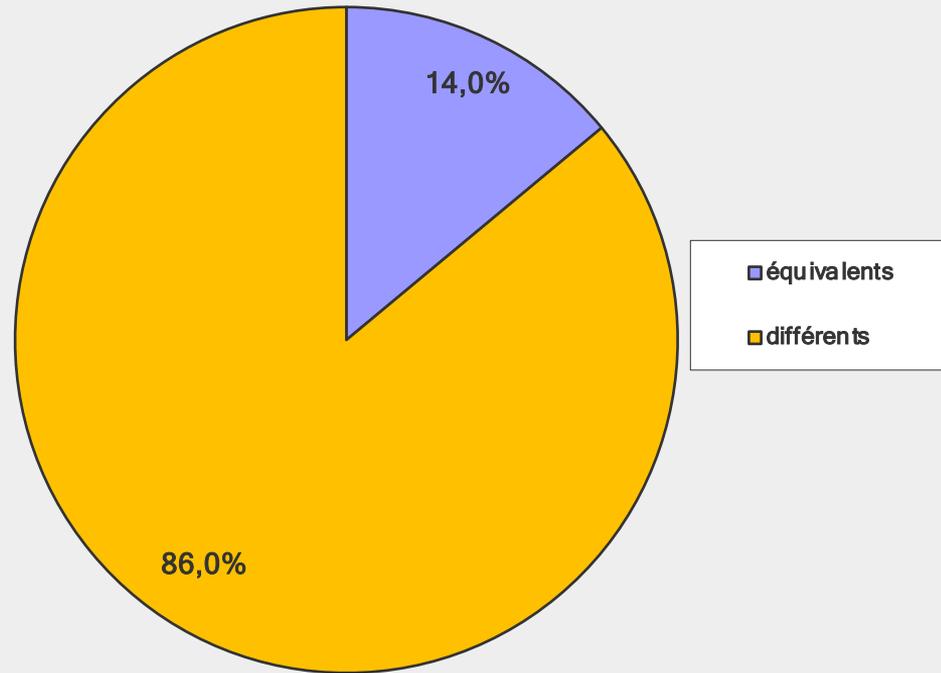


[+ Créer un sondage](#)

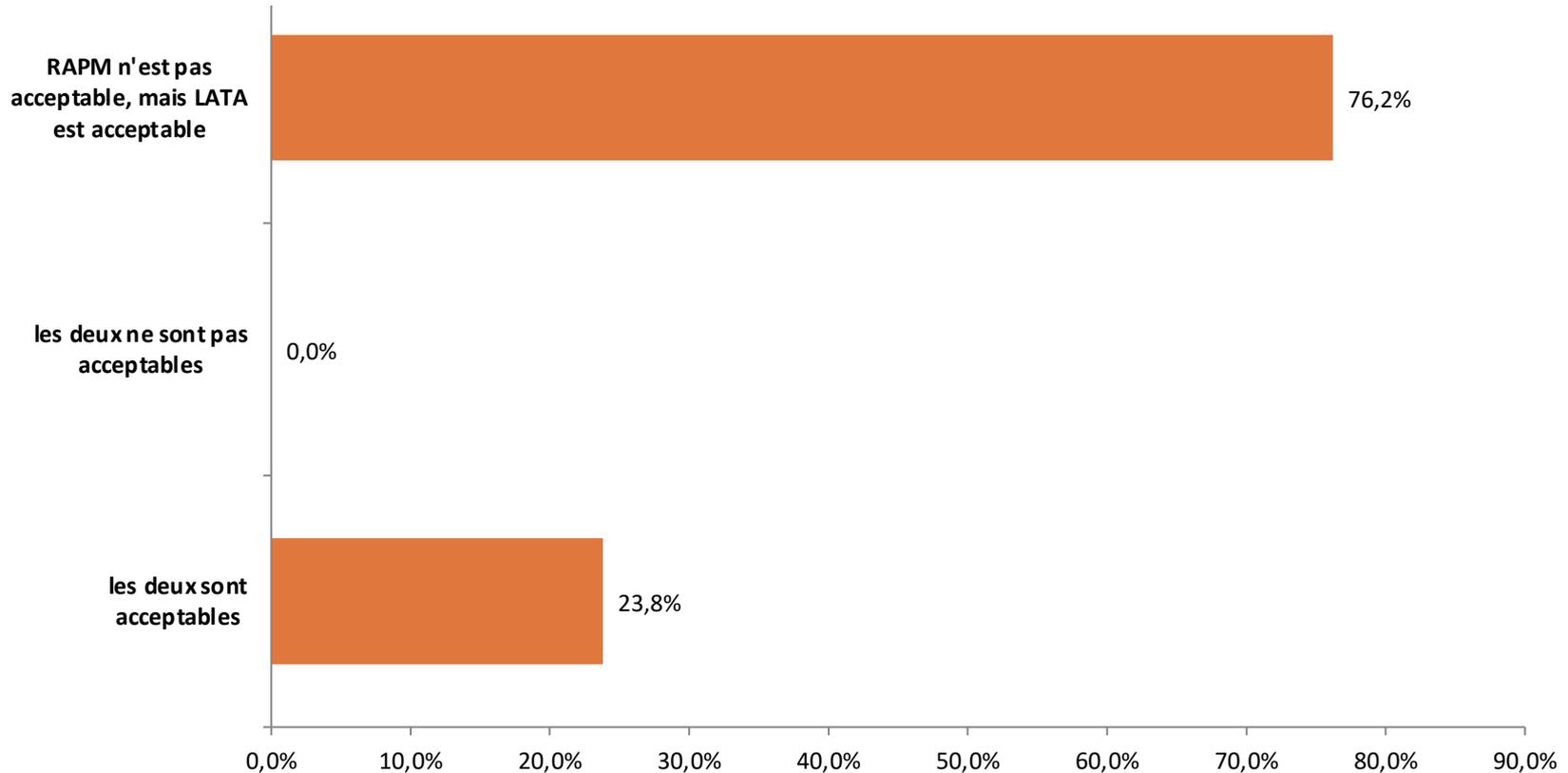
TOUS LES SONDRAGES : 1 sur 1

Pratiques Tunisiennes en 2016?

LATA & Raccourcissement actif du processus de mort (RAPM): éthique

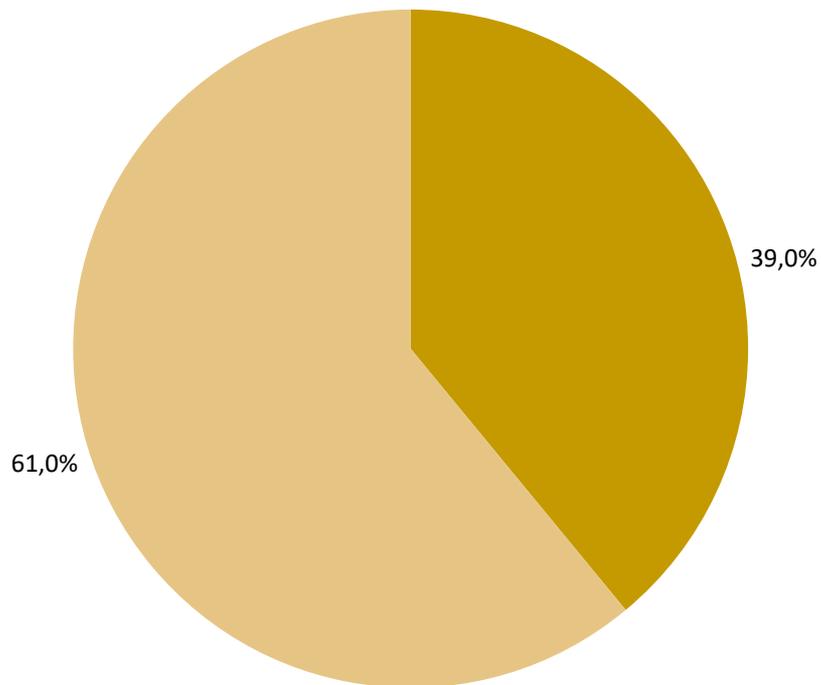


LATA & Raccourcissement actif du processus de mort (RAPM): acceptation

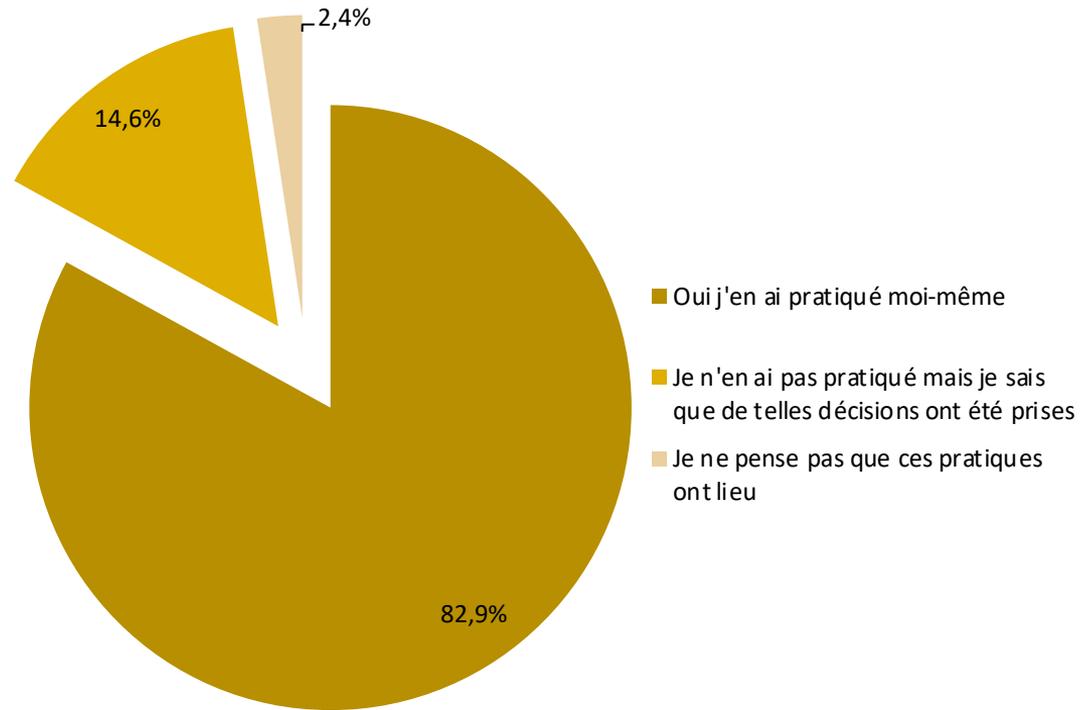


Limitation vs Arrêt

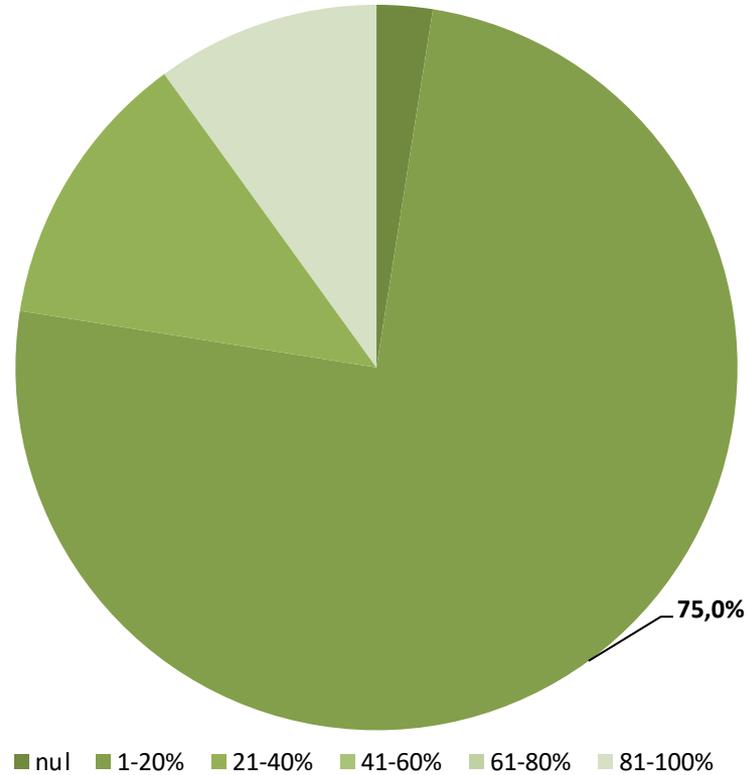
■ identiques (il y a abstention thérapeutique) ■ différents



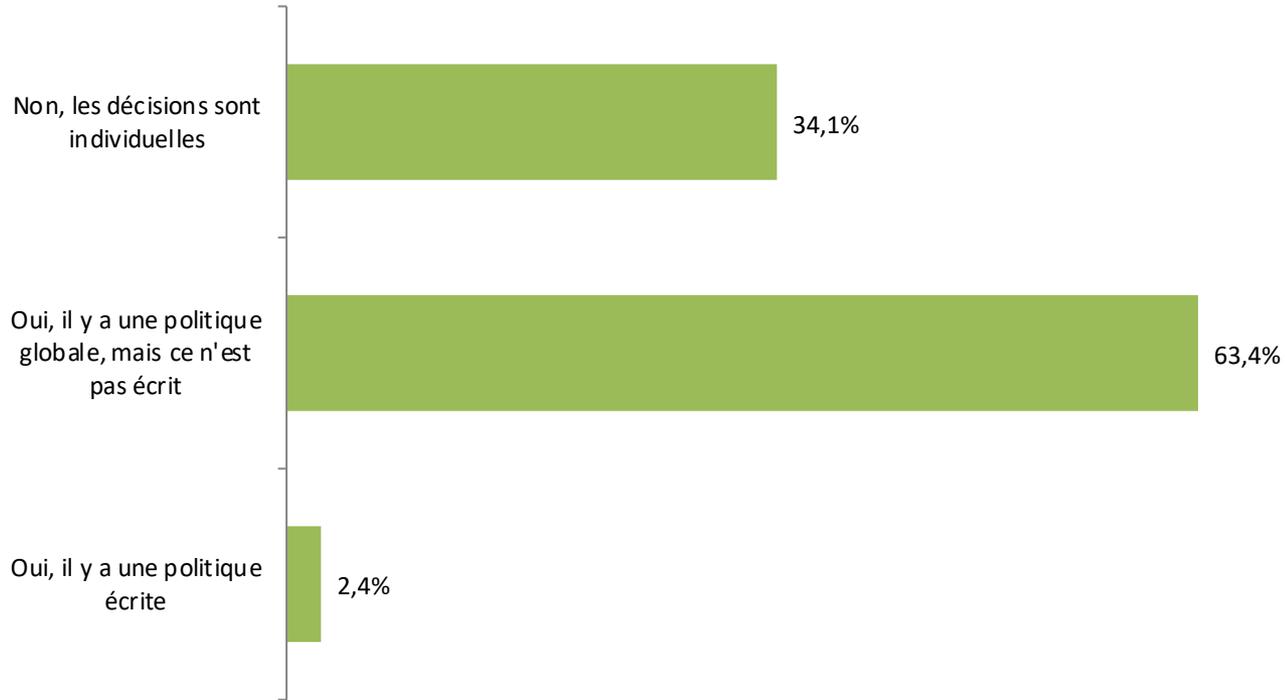
LATA: Pratique



LATA: % décès

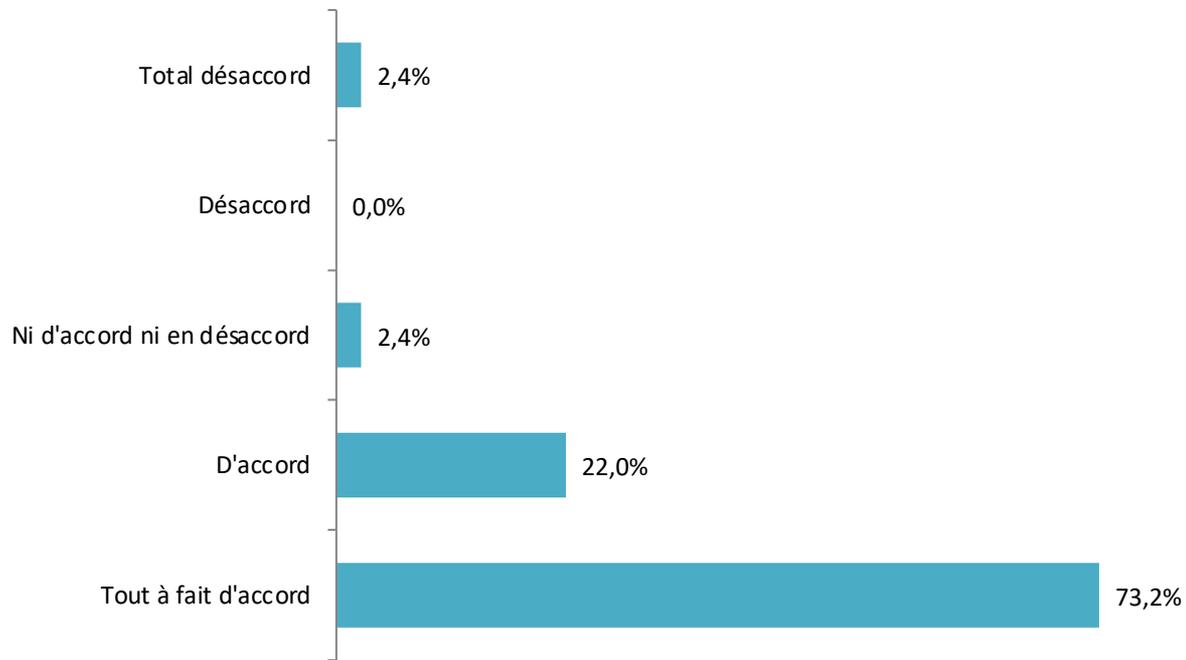


LATA: Politique ad-hoc

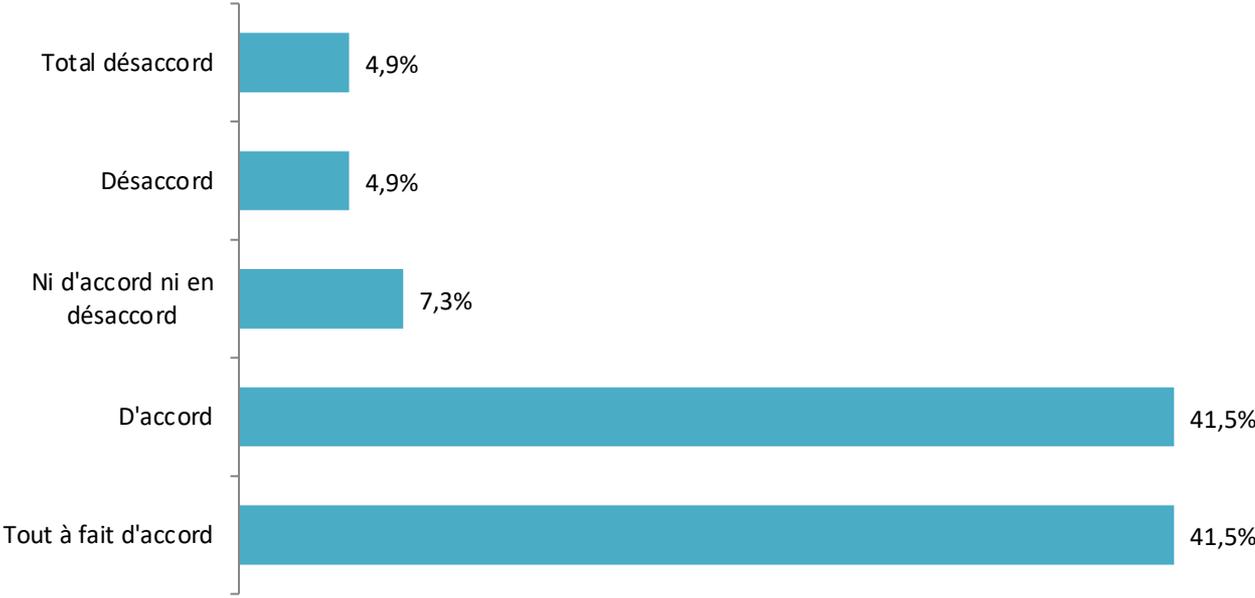


CRITÈRES DE DÉCISION

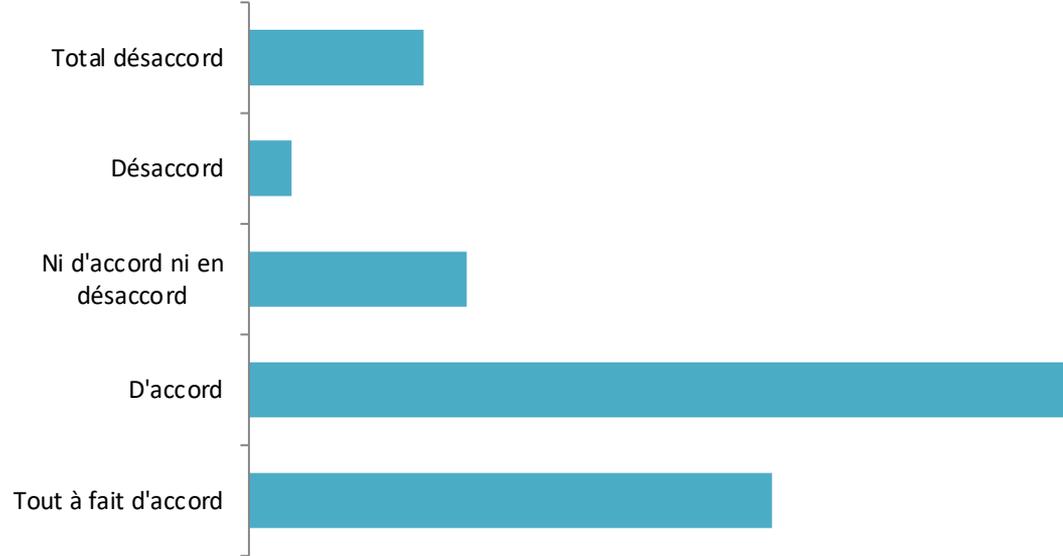
Aucune perspective de survie ou curabilité à long terme



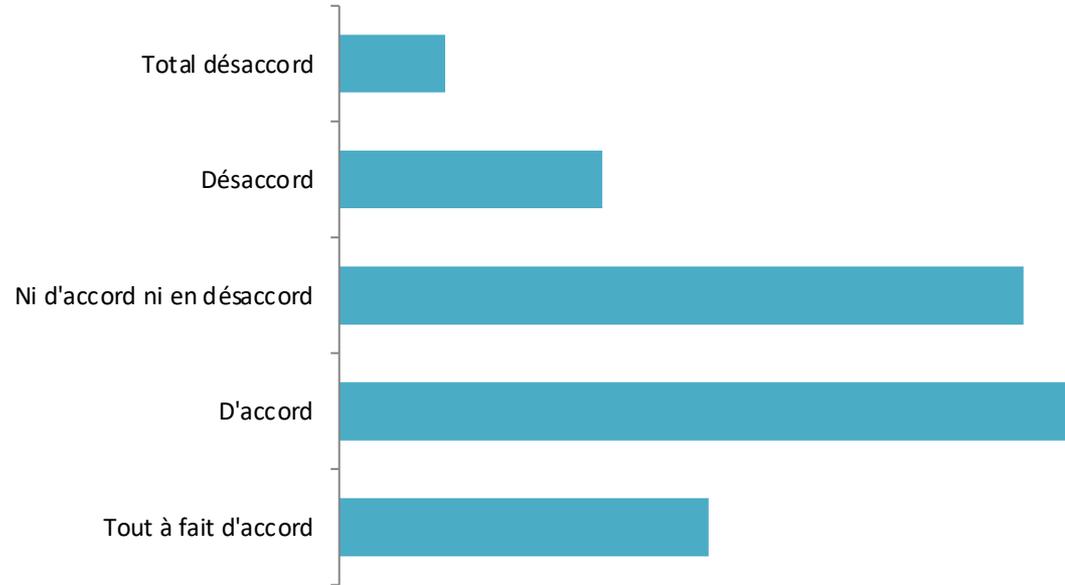
La qualité de vie prévue à long terme



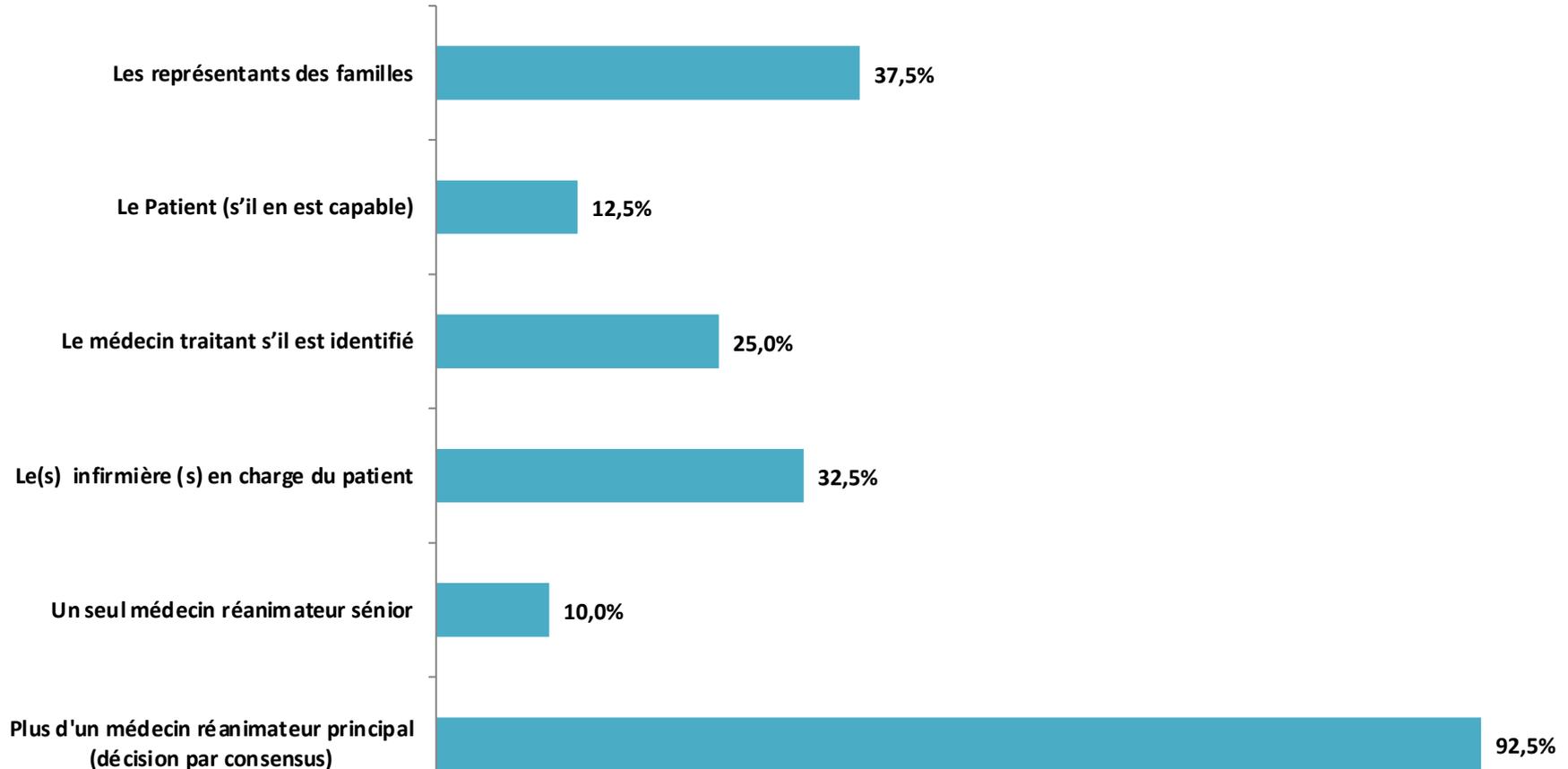
L'autonomie du patient antérieure à son admission en réanimation



La souffrance potentielle du patient à endurer les traitements en réanimation



LATA: Comment?



CLINICAL COMMENTARY

Scientific Knowledge on the

Subject: Critical care physicians routinely navigate patients and their families through complex end-of-life decision making. This is the first study to reach a **broad, worldwide, multidisciplinary** professional consensus on multiple end-of-life issues across barriers of **geography, culture, religion, and medicolegal systems**. Consensus hinged on themes that balanced **respect of autonomy** and **beneficence** across a broad array of end-of-life definitions and statements. The findings should improve **transparency, clarity, and quality** of end-of-life care.

Global Consensus Critically Ill End-of-Life P

Curtis³, Gavin M

What This Study Adds to the

Field: The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units study provides a **worldwide standard of practice** based on agreed principles against which physicians can **benchmark** their practice and examine how they care for dying patients. The study creates a milestone identifying key issues along with an understanding of the worldwide similarities and differences in end-of-life decision making and care. It also enables the development of shared policies and directives, and provides a framework for clinicians and researchers to further study end-of-life issues considered around the world.

Ethics and end-of-life care for adults in the intens

J Randall Curtis, Jean-Louis Vincent

THE LANCET

Panel 4: An eight-step approach to terminal withdrawal of mechanical ventilation

- 1 Communicate withdrawal process with patient (if able to communicate), patient's family, and intensive care unit team, and document decision making and communication in the medical record
- 2 Explain to patient and family the likely time course, uncertainty of that time course, and possible symptoms and treatment plan for symptoms when withdrawing life-sustaining treatment
- 3 Assess patient comfort and treat discomfort as necessary, often with opiate or benzodiazepine drugs, depending on the symptoms identified
- 4 Remove positive end expiratory pressure, and turn inspired oxygen fraction to room air
- 5 Reassess patient's comfort, and treat discomfort as necessary
- 6 Reduce ventilatory support by about 50%
- 7 Repeat steps 5 and 6 until ventilator support has been discontinued
- 8 Remove mechanical ventilator, and extubate patient or attach T-piece with humidified air

Panel 2: Proposed best practices for ethics and end-of-life care in the intensive care unit (ICU)

ICU policies

- Explicit policy for admission and transfer criteria
- Explicit policy for delivery of palliative and end-of-life care
- Training for ICU clinicians in ethics, communication, and end-of-life care

Interdisciplinary communication

- All patients included in daily interdisciplinary rounds
- Daily interdisciplinary communication about the goals of care

Communication with families

- Open visiting hours for family members
- Allow family presence during ICU rounds
- Routine interdisciplinary family conferences within 48–72 h for family of patients at high risk of death or prolonged stay

Withholding or withdrawing life support

- Explicit policy about withholding and withdrawing life support
- Protocol for withdrawing life support
- Train clinicians from all disciplines regarding ethics and communication about withholding and withdrawing life support
- Staff support programmes about end-of-life care, and withholding or withdrawing life support

Conclusions

- LATA présente dans les réanimations tunisiennes: jusqu'à 30% des décès sont précédés d'une telle décision
- Ne semblent pas poser de problèmes moraux
- Conditions de prise & d'application des décisions: collégialité, familles, information, transparence
- Responsabilité des professionnels (abstention, obstination)
- Droits des patients: autonomie, dignité, respect, souffrance
- ***Besoin d'un encadrement de ces pratiques:***
 - Légiférer (directives anticipées)
 - Comités locaux d'éthique



*La mort ravit tout sans pudeur,
Un jour le monde entier accroîtra
sa richesse.*

*Il n'est rien de moins ignoré,
Et, puisqu'il faut que je le dise,
Rien où l'on soit moins bien
préparé.*

(La mort et le mourant,
La Fontaine)