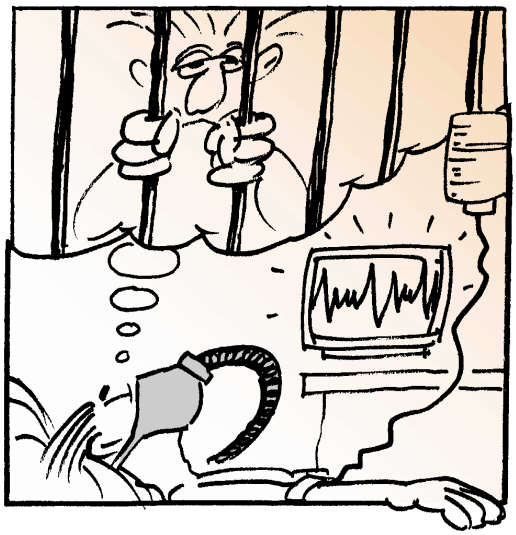

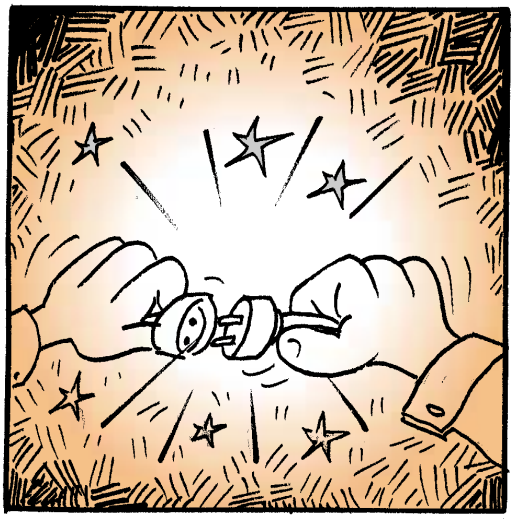

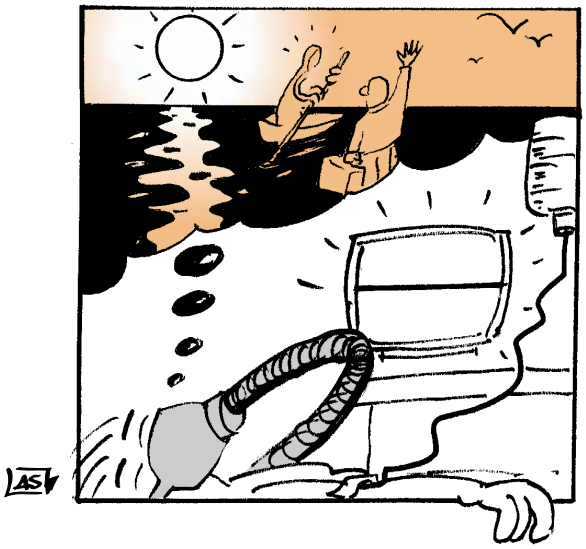

Éditorial

Euthanasie passive : gare à l'arbitraire

L'euthanasie est l'objet de controverses et de débats périodiques chez les soignants et dans la société française (1).

Le Code de déontologie médicale français définit actuellement le rôle des médecins pour les malades en fin de vie de la façon suivante : « *Art. 37 - 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. Art. 38 - Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* » (Code de déontologie médicale, décret n° 95-1 000 du 6 septembre 1995).

Une étude épidémiologique française prospective. Le caractère illégal de la mort médicalement décidée et provoquée rend difficile la connaissance épidémiologique de ce qui se passe réellement pour les malades en fin de vie en France.

Un groupe de travail de la Société de réanimation de langue française a réalisé une étude prospective dans les 220 services de soins intensifs enregistrés dans la base de données de cette société (2). Les services médicaux et chirurgicaux ont été invités à participer, à l'exception des services de pédiatrie et des unités spécialisées en pathologie coronaire. Au total, 113 services de soins intensifs ont participé ; ils représentaient environ la moitié des lits de réanimation français.

L'étude s'est déroulée entre le 1er février et le 31 mars 1997 ; elle a inclus 7 309 malades âgés en moyenne de 57 ans. Dans chaque service, un responsable a observé les soins qui n'ont pas été prodigués, alors qu'ils étaient indispensables à la survie (abstention thérapeutique), ceux qui ont été arrêtés, les circonstances qui ont conduit à l'abstention ou à l'arrêt et le devenir des malades.

Abstentions et arrêts de traitements sont fréquents. Un ou plusieurs traitements indispensables au maintien de la vie n'ont pas été prodigués ou ont été arrêtés chez 807 malades (11 % des malades de l'étude) : 336 (4,6 %) ont fait l'objet d'une abstention et 471 ▸▸

Téléchargé sur prescrire.org le 03/05/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

► (6,4 %) d'un arrêt de traitement (a). Les plus fréquents des abstentions ou des arrêts de traitement ont porté sur les vasopresseurs (chez 400 malades), la ventilation assistée (315 malades), l'oxygénation (295 malades), la nutrition (entérale ou parentérale) (254 malades), la dialyse rénale (211 malades), l'intubation trachéale (193 malades) (2). Ces abstentions ou arrêts de soins indispensables à la survie ont été suivis du décès rapide de 628 malades, ce qui représente 53 % des décès enregistrés dans ces services pendant les 2 mois de l'étude. Parmi les malades ayant eu une abstention ou une interruption de traitement, 344 ont eu dans le même temps des traitements sédatifs (2).

Dans la majorité des cas, la décision d'abstention ou d'interruption thérapeutique a été prise en accord avec l'ensemble de l'équipe soignante. Mais les exceptions ont été nombreuses : dans 34 % des cas, l'équipe infirmière n'a pas été consultée ; et dans 12 % des cas, c'est un médecin seul qui a pris cette décision.

La famille n'a participé à la décision que dans 44 % des cas, et le malade n'a vraiment été impliqué dans la décision d'abstention ou d'interruption thérapeutique que dans 0,5 % des cas (2).

Les réanimateurs responsables de l'étude ont conclu que l'abstention ou l'arrêt de traitements indispensables à la survie est une pratique très largement répandue dans les services de réanimation français.

Cette étude permet de mieux connaître la réalité de l'euthanasie passive dans les services de réanimation français. Elle révèle, si besoin était, la frontière extrêmement floue entre l'arrêt de "l'acharnement thérapeutique" et la "mort médicalement provoquée".

Les résultats de cette étude convergent avec d'autres données. Par exemple, en Flandre belge, une étude par questionnaire menée en 1998 à partir des certificats de décès a fait estimer à 16 % la proportion de l'ensemble des décès liés à l'abstention volontaire de traitements indispensables à la survie (3).

Améliorer la prise de décision. Depuis la réalisation de cette étude, la Société de réanimation de langue française a adopté des recommandations afin que la mort en réanimation ne soit pas considérée comme un échec après une longue phase "d'acharnement thérapeutique inutile" (4). Elle prône notamment : le partage de la décision d'arrêt de traitement avec l'ensemble de l'équipe soignante, avec le malade lorsque cela est possible, et avec ses proches ; un avis extérieur à l'équipe soignante dans les cas où un avis divergent est exprimé ; la consignation de la décision dans le dossier médical.

À l'exception de la pratique d'une injection létale, toutes les modalités sont envisagées (extubation, arrêt de la ventilation assistée, limitation ou arrêt de l'hydratation), à la condition d'assurer une sédation et une analgésie à doses suffisantes.

Ces données peuvent conforter le point de vue des tenants de la légalisation de l'euthanasie en France, qui revendiquent une pratique réglementairement encadrée de la mort médicalement assistée, seul moyen selon eux d'empêcher les dérives ou dérapages que peut provoquer la situation actuelle (5).

Mais ces données peuvent aussi s'interpréter d'une autre manière : avant de mener plus avant le débat sur "l'encadrement réglementaire", et son application plus ou moins effective, il est bon que les professionnels et les personnes directement concernés fassent le bilan des pratiques, qu'ils en parlent et qu'ils essaient collectivement de les améliorer. La démarche de la Société de réanimation de langue française est en cela exemplaire.

La revue Prescrire

a- Les pathologies les plus fréquentes chez les malades objets d'une abstention ou d'un arrêt de traitement sont, dans cette étude, des maladies malignes non hématologiques (19 %), l'insuffisance respiratoire chronique (19 %), des affections neurologiques chroniques (12 %), l'insuffisance cardiaque chronique (11,5 %), la cirrhose (8,9 %) (réf. 2).

Extraits de la veille documentaire Prescrire.
1- Prescrire Rédaction "Euthanasie : des livres pour participer au débat" *Rev Prescr* 2000 ; **20** (207) : 468-469.
2- Ferrand E et coll. "Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France : a prospective survey" *Lancet* 2001 ; **357** : 9-14.
3- Dellens L et coll. "End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey" *Lancet* ; **356** : 1806-1811.
4- Société de réanimation de langue française "Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte" Recommandations, 6 juin 2002 : 6 pages. Site internet http://www.srlf.org consulté le 26 juin 2002 (sortie papier disponible : 16 pages).
5- Pohier J "La mort opportune" Éditions du Seuil, Paris 1998 : 362 pages. Présenté dans : *Rev Prescr* 2000 ; **20** (207) : 468.

Téléchargé sur prescrire.org le 03/05/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement