

L'ordre de ne pas réanimer aux soins intensifs

Do not resuscitate orders in the intensive care setting

P. Kleiren¹, S. Sohawon² et S.O. Noordally³

¹Unité des Soins Intensifs, CHWapi, Site IMC, Tournai, ²Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Erasme, ³Unité des Soins Intensifs, C.H.U. Brugmann, Site Horta

RESUME

Même si la Belgique (2002), les Pays-Bas (2002) et le Luxembourg (2009) sont les trois seuls pays à disposer d'une loi légalisant l'euthanasie, il n'y a pas de loi précise concernant la décision de ne pas réanimer (NTBR ou DNR) en Belgique. Néanmoins, bon nombre d'arrêtés royaux font jurisprudence et différents avis du Conseil de l'Ordre des médecins belge permettent de dégager un certain consensus. Pourtant, des règles se rapprochant de la pratique quotidienne vécue dans les unités de soins intensifs restent à définir. Cet article décrit l'environnement légal qui entoure actuellement le médecin intensiviste quand celui-ci se trouve confronté à la décision de ne pas réanimer.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 193-6

ABSTRACT

Even if Belgium (2002), The Netherlands (2002) and Luxemburg (2009) are the first three countries in the world to have legalized active euthanasia, there still is not a law on the do not resuscitate concept (NTBR or DNR). Nevertheless, numerous royal decrees and some consensus as well as advice given by the Belgian Medical Council, hold as jurisprudence. These rules remain amenable to change so as to suite the daily practice in intensive care units. This article describes the actual Belgian legal environment surrounding the intensive care specialist when he has to take such decisions.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 193-6

Key words : Belgium, DNR, NTBR, intensive care

INTRODUCTION

L'ordre de ne pas réanimer (souvent désigné par les initiales NTBR pour " *Not To Be Resuscitated* " ou DNR pour " *Do Not Resuscitate* ") constitue une entité à part entière, distincte de la décision d'euthanasie. Le présent article tente d'envisager cet ordre médical sous l'angle de la législation Belge, des avis de l'Ordre des Médecins et de ceux de la Société Belge de Soins Intensifs.

L'ORDRE DE NE PAS REANIMER AUX SOINS INTENSIFS

La loi

Il n'y a pas de loi précise concernant le statut NTBR ou DNR en Belgique. Un arrêté royal du 12 août 1994 détermine la création obligatoire de comités d'éthique au sein des hôpitaux¹. Une des missions de ces comités est de formuler des avis non contraignants ayant valeur d'assistance à la décision

concernant les problèmes éthiques soulevés par les médecins et le personnel soignant au sujet des soins hospitaliers en général ou à propos de cas individuels.

Lors de la parution de la loi de 2002 sur l'euthanasie, divers articles furent d'ailleurs publiés afin de tenter de faire le point sur le statut NTBR dans ce nouveau contexte^{2,3}.

Au terme d'une conférence interministérielle du 24 mai 2004 sur les patients en état végétatif persistant, il est noté en fin de conclusion que " ...des recommandations éthiques doivent conditionner l'approche, les soins et la prise en charge des personnes en état neurovégétatif persistant ... à propos de la place de la désescalade active et de l'acharnement thérapeutique et des décisions relatives à la poursuite des soins " ⁴. A ce jour ces recommandations ne sont pas définies par la loi. De toute façon, les patients en état végétatif persistant ne constituent qu'une faible minorité des patients auxquels le statut NTBR est attribué et il s'agit d'un sujet à part.

Une autre illustration des faiblesses de nos législations est apparue dans le cadre de la loi sur l'euthanasie, après la publication récente de l'article de Inghelbrecht *et al.*⁵, selon laquelle les infirmières des soins intensifs pédiatriques belges sont souvent amenées à exécuter les décisions de fin de vie incluant l'administration de médicaments à doses létales mais que leur participation à la prise de décision est quasi inexistante. Par ailleurs, d'aucuns pensent que l'actuelle loi sur l'euthanasie devrait être étendue aux mineurs afin que l'administration de médicaments à doses létales soit possible pour des enfants en phase terminale dans certaines circonstances strictes. La Belgique adoptera-t-elle le protocole de Groningen concernant l'euthanasie des nouveau-nés gravement malades ? La question reste ouverte⁶.

La déontologie

Si le législateur ne s'est pas exprimé, l'Ordre des Médecins a en revanche émis plusieurs avis déontologiques : le premier avis sur le statut NTBR ou DNR en hôpital remonte au 18 janvier 1997⁷. Des précisions concernant ce statut dans les maisons de repos et de soins ont été émises le 25 septembre 1999⁸. Une actualisation de l'avis de 1997 a été apportée le 27 septembre 2003⁹. Il est dit en substance que la décision de renoncer à une resuscitation ou réanimation n'est pas définie par la loi. Tout au plus y a-t-il dans la loi relative aux droits du patient quelques dispositions générales dont il faut tenir compte.

Dans son avis du 22 mars 2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie, l'Ordre des Médecins estime que " l'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement " est déontologiquement indiqué " s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable ", sous peine de verser dans l'acharnement thérapeutique¹⁰. Les règles déontologiques concernant ces situations sont aussi évoquées dans l'avis du 26 juillet 2003 à propos des droits du patient¹¹.

La déontologie médicale et la loi relative aux droits du patient précisent qu'une telle décision ne peut être prise ni être mise en œuvre sans avoir obtenu au préalable le consentement du patient dûment informé en temps opportun. Il peut être utile de fixer par écrit ce consentement avec l'accord du patient et de l'ajouter au dossier, ainsi que prévu à l'article 8, §1^{er} de la loi relative aux droits du patient¹². Dès lors que ce consentement résulte d'un dialogue avec un médecin, il offre plus de garanties que le refus écrit de consentement à une intervention déterminée, tel que défini à l'article 8, §4, quatrième alinéa de la loi relative aux droits du patient¹³. En effet, le texte de loi ne prévoit pas que ce refus écrit de consentement doit être établi en connaissance de cause suffisante et en concertation avec un médecin, ce que le Conseil national recommande dans son avis du 26 juillet 2003¹¹. Lorsqu'un patient n'est pas en état de manifester sa

volonté et que les déclarations écrites précitées font défaut, le médecin est tenu, avant d'inscrire la mention DNR au dossier, d'obtenir le consentement du mandataire du patient, dont il est question aux articles 12, 13 et 14 de la loi relative aux droits du patient¹⁴⁻¹⁶.

Si le patient ou son mandataire n'est pas d'accord avec la stratégie de traitement envisagée et qu'un arrangement n'est pas possible concernant des prestations de qualité, le médecin, après s'être concerté avec son équipe et un confrère compétent en la matière, conseillera au patient ou à son mandataire de prendre l'avis d'un autre médecin et en attendant, prodiguera les soins qu'il estimera médicalement et déontologiquement justifiés. A cet égard, il convient de noter qu'il a toujours été préconisé, du point de vue de la déontologie médicale, d'associer autant que possible au processus de décision les proches parents du patient incapable de manifester sa volonté. Le règlement de cette représentation par la loi n'a rien changé à ce prescrit déontologique. Il faut toutefois retenir que, tout comme pourrait le faire le patient lui-même, son mandataire peut s'opposer à une concertation avec les proches parents.

Pour éviter que la décision de non-ressuscitation ou de non-réanimation actée au dossier médical ne soit pas appliquée par le médecin de garde, il est indiqué que le médecin qui a consigné la stratégie de traitement au dossier médical, se consulte au préalable avec tous les médecins qui le remplacent pendant son absence, pour que tous soient d'accord sur la décision à prendre le cas échéant. En vue de décisions similaires dans des cas comparables, bon nombre d'hôpitaux et d'institutions de soins ont procédé à la rédaction de protocoles.

Dans son avis du 22 mars 2003, le Conseil national recommande l'établissement de protocoles DNR dans tous les lieux où l'on est régulièrement confronté à la question de l'arrêt ou de la non-mise en œuvre d'un traitement¹⁰. Généralement ces protocoles ne se limitent pas à une description des conditions nécessaires à une décision de non-ressuscitation ou non-réanimation mais abordent aussi la question de l'arrêt ou de la non-mise en œuvre d'autres traitements qui, dans certaines situations, n'offrent pas de résultat raisonnable, n'augmentent pas le confort du malade et ne lui procurent que gêne et souffrance. Il est important que participent à la rédaction des protocoles, non seulement les médecins qui prennent les décisions et doivent les exécuter, mais aussi les autres membres des équipes fréquemment confrontés à la problématique. Il est indiqué que les protocoles expliquent de quelle façon le médecin généraliste du patient est associé à la décision.

L'existence de protocoles ne peut avoir comme conséquence que la mention de la décision d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre un traitement se limite uniquement au renvoi à un protocole ou à une partie de celui-ci. Le dossier médical doit clairement indiquer les constatations qui motivent la décision mentionnée

et doit faire ressortir qu'elles sont toujours d'actualité. Il est également indiqué de mentionner dans le dossier de quelle manière et par qui a été donné le consentement à la décision figurant au dossier concernant l'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement.

Le consensus des médecins de terrain

Au cours de la dernière décennie, de nombreux articles sont parus sur le sujet. En Belgique, dès le 15 mai 2000, un texte de consensus fut cosigné par les principaux chefs des services de soins intensifs des hôpitaux universitaires¹⁷.

De grandes lignes se dégagent et nous adaptons ici plusieurs extraits du texte : « Trois-quarts des décès en USI sont associés à une décision thérapeutique, soit de non-escalade, soit de désescalade. Il n'y a pas de différence morale entre la non-escalade thérapeutique (« *withholding* ») et la désescalade thérapeutique (« *withdrawing* ») ». Même si la désescalade thérapeutique est parfois plus difficile à réaliser, elle pourrait être préférable¹⁸. « Toute tentative d'assurer la survie quand la mort est inévitable constitue de l'acharnement thérapeutique. Des principes d'éthique doivent guider le clinicien » (tableau).

Tableau : Principes de base de l'éthique en pratique médicale.	
Autonomie	Chacun a le droit de prendre en charge sa propre personne (le droit à l'autodétermination, principe du consentement éclairé).
Bienfaisance	L'intervention est supposée apporter un bien au patient.
Non-malfaisance	L'intervention est supposée ne pas causer de tort au patient.
Justice distributive	Les ressources disponibles doivent être distribuées de manière juste envers les citoyens.

« Afin de mieux juger du caractère vain et futile d'un traitement, le médecin intensiviste doit susciter une concertation à propos des décisions au sein de l'équipe soignante, médicale, infirmière et paramédicale, en vue d'obtenir un consensus. Un médecin expert de la pathologie concernée et le médecin de famille peuvent être consultés. Le médecin intensiviste doit, dans tous les cas, informer clairement l'équipe et les décisions concernant la fin de vie doivent être consignées dans le dossier médical ».

En fait, la décision de limiter certaines manœuvres de réanimation concerne deux situations différentes : soit l'échec d'un traitement optimal pour une affection aiguë soit la survenue d'une complication sévère lors de l'évolution terminale d'une maladie chronique. Si dans le premier cas, l'intensiviste est au premier plan, dans le second cas, les décisions dépendent essentiellement du médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

« La responsabilité du médecin persiste dans l'accompagnement du mourant, en lui assurant jusqu'au dernier moment la dignité morale et le confort physique. Il sera souvent difficile d'établir un équilibre entre d'une part l'augmentation des doses d'antalgiques et de sédatifs et d'autre part le maintien, la diminution ou l'arrêt du traitement supporteur ».

CONCLUSION

Ni le législateur ni les membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins n'ont pu établir de règle se rapprochant un tant soit peu de la pratique quotidienne vécue dans les unités de soins intensifs. Seul le texte de consensus signé courageusement en 2000 par des praticiens universitaires belges de terrain semble pouvoir apporter une ébauche de code de conduite au médecin intensiviste de base¹⁷.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement : Arrêté Royal : Comité d'éthique hospitalier. 12 août 1994
2. Vincent JL, Van Vooren JP : NTBR (Not to Be Resuscitated) in 10 questions. Rev Med Brux 2002 ; 23 : 497-9
3. Vincent JL : End-of-life practice in Belgium and the new euthanasia law. Intensive Care Med 2006 ; 32 : 1908-11
4. Conférence Interministérielle : Politique de la Santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant. 24 mai 2004
5. Inghelbrecht E, Bilsen J, Pereth H, Ramet J, Deliens L : Medical end-of-life decisions : experiences and attitudes of Belgian pediatric intensive care nurses. Am J Crit Care 2009 ; 18 : 160-8
6. Verhagen E, Sauer PJ : The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. N Engl J Med 2005 ; 352 : 959-62
7. Ordre des Médecins : Avis du Conseil National : Do Not Resuscitate. 18 janvier 1997
8. Ordre des Médecins : Avis du Conseil National : Maison de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins – Instructions médicales au personnel soignant concernant la réanimation. 25 septembre 1999
9. Ordre des Médecins : Avis du Conseil National : Mention DNR dans le dossier médical hospitalier. 27 septembre 2003
10. Ordre des Médecins : Avis du Conseil National : Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie. 22 mars 2003
11. Ordre des Médecins : Avis du Conseil National : Avis : loi relative aux droits du patient. 26 juillet 2003
12. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : Loi relative aux droits du patient. Art. 8 ; §1^{er}. 22 août 2002
13. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : Loi relative aux droits du patient. Art. 8 ; §4. 22 août 2002
14. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : Loi relative aux droits du patient. Art. 12. 22 août 2002

15. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : Loi relative aux droits du patient.
Art. 13. 22 août 2002
16. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : Loi relative aux droits du patient.
Art. 14. 22 août 2002
17. Société Belge de Soins Intensifs : Consensus sur la fin de vie aux soins intensifs. 15 mai 2000. <http://www.siz.be/public/articles.php?lng=en&pg=77>
18. Vincent JL : Withdrawing may be preferable to withholding.
Crit Care 2005 ; 9 : 226-9

Correspondance et tirés à part :

S.O. NOORDALLY
C.H.U. Brugmann
Unité des Soins Intensifs
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : sheikoaleed.noordally@chu-brugmann.be

Travail reçu le 15 octobre 2009 ; accepté dans sa version définitive le 27 mai 2010.