



La fin de vie aux soins intensifs de la futilité à l'utilité

Anne-Patricia Prévost et Annie Vigneault

M^{me} V. Gadbois se trouve dans votre unité de soins intensifs depuis 24 heures. Après de multiples complications et malgré vos efforts de réanimation, son état s'est détérioré progressivement. Son dossier ne fait mention d'aucun niveau de soins. Sa famille étant à son chevet, il devient nécessaire de discuter des volontés de la patiente et de son pronostic. Cependant, fille et père s'opposent à la poursuite de la ventilation mécanique et de l'alimentation entérale. Que faire dans cette situation afin de respecter la dignité de la patiente ?

Quand et comment discuter du niveau de soins avec le patient et sa famille ?

D'abord quelques chiffres

De nos jours, des méthodes de pointe et une diversité de médicaments permettent généralement de prolonger l'espérance de vie. La population est donc vieillissante et les patients de plus en plus malades. Cette situation a fait bondir, au cours des 20 dernières années, la demande pour les soins intensifs de plus de 80 %¹. C'est pourquoi une unité de soins intensifs efficace est primordiale. Toutefois, elle constitue une ressource dispendieuse et limitée, représentant près de 20 % du budget d'un hôpital et de 1 % du produit national brut d'un pays². Parmi les patients qui y sont admis, le pourcentage de décès est élevé, variant de 20 % à 25 %^{2,3}. Dans la majorité des cas, la mort survient lorsque les traitements de soutien sont remplacés par des soins de confort. Depuis 1987 et 1988, on observe en effet une augmentation de 50 % à 80 % de la proportion des décès précédant la décision de

La D^{re} Anne-Patricia Prévost, omnipraticienne, pratique à l'unité des soins intensifs du Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Longueuil, et comme médecin de famille à l'UMF du CLSC Saint-Hubert. La D^{re} Annie Vigneault est en troisième année de résidence en médecine d'urgence.

Encadré

L'évaluation de la qualité des soins en fin de vie – Points de repère

- ☉ Soulager et maîtriser la douleur
- ☉ Éviter un prolongement inapproprié de la vie
- ☉ Permettre au patient d'avoir un sentiment de maîtrise
- ☉ Diminuer le fardeau de sa maladie et de sa mort imminente
- ☉ Renforcer les relations entre les proches

cesser les traitements de soutien^{4,5}.

Cette décision représente donc un défi pour l'équipe traitante qui doit tenir compte des volontés du patient, souvent intubé, comateux et incapable de faire connaître son choix, ainsi que des aspects religieux, spirituels et culturels liés au vécu du malade. Ainsi, la participation des familles revêt une grande importance. La littérature actuelle met l'accent sur la communication, le confort du patient et le soutien familial comme cibles importantes pour améliorer les soins palliatifs à l'unité des soins intensifs⁶.

Les besoins du patient

L'équipe traitante a le devoir de prodiguer des soins qui allègent les souffrances physiques, émotionnelles, sociales et spirituelles du patient.

Tableau I

Les quatre grands principes éthiques^{9,10}

Autonomie

- Consentement libre et éclairé
- Capacité à prendre une décision
- Autodétermination du patient
- Jugement et décision au nom d'autrui
- Utilisation de moyens proportionnés
- Paternalisme*

Bienfaisance

- Volonté d'assurer le bien-être du patient
- Allègement des souffrances

Non-malfaisance

- Volonté de ne pas nuire (*Primum non nocere*)

Justice

- Traitement dans le respect et l'honnêteté

* Le principe de paternalisme donne au médecin traitant l'autorité morale de choisir pour le bien du patient, surtout dans un contexte où ce dernier ne peut prendre une décision lui-même.

Cinq points de repère dans l'évaluation de la qualité des soins en fin de vie ont été précisés par les participants d'une étude de Singer et coll.^{4,7} (encadré).

L'équipe traitante devrait toujours aviser le patient de la séquence des événements à venir et le rassurer sur ce qu'il pourrait vivre. Malheureusement, la plupart du temps, le patient est inconscient et ne peut participer à la prise de décision, d'où l'importance pour le médecin de suivre les quatre grands principes éthiques afin de respecter la dignité du patient (tableau I). Dans un article publié dans le *British Medical Journal*, Richard Smith a énuméré quelques règles pour permettre une mort digne (tableau II). L'autonomie à prendre des décisions est souvent compromise dans un contexte de soins intensifs, ce qui peut engendrer des conflits importants entre le personnel traitant et la famille. Ainsi, même si les soins doivent d'abord tenir compte des besoins du patient, il devient essentiel d'inclure la famille dans un contexte de soins de fin de vie.

Les besoins de la famille

Plusieurs études portent sur le rôle de la famille auprès du mourant et de la satisfaction de cette dernière par rapport aux soins de confort donnés à l'unité des

Tableau II

Les principes d'une mort digne⁸

- Savoir qu'on va mourir et comprendre ce à quoi l'on peut s'attendre
- Pouvoir garder la maîtrise des événements
- Avoir le droit de mourir dans la dignité et le respect
- Exercer une maîtrise sur le soulagement de la douleur et des autres symptômes
- Avoir la capacité de choisir où mourir (à la maison ou ailleurs)
- Avoir accès à l'information et à des connaissances spécialisées de quelque nature que ce soit
- Avoir accès à un soutien spirituel et affectif
- Avoir accès à des soins palliatifs
- Avoir la possibilité de déterminer qui sera présent et qui partagera ses derniers moments
- Avoir la possibilité de rédiger des directives préalables afin de s'assurer que ses désirs seront respectés
- Avoir le temps de dire adieu à ses proches
- Éviter qu'on prolonge sa vie inutilement

soins intensifs. Selon les résultats de plusieurs méta-analyses, voici les besoins les plus importants exprimés par les différents membres de la famille, en particulier le conjoint : être utile, être au chevet du mourant, être informé des changements de l'état de santé de ce dernier, être avisé de la mort imminente, obtenir des réponses honnêtes à ses questions, pouvoir exprimer ses émotions, pouvoir garder espoir, être accepté, soutenu et réconforté par l'équipe traitante et être rassuré quant à sa décision par rapport au mourant^{4,11}. La famille peut ressentir de la frustration et de la confusion lorsque l'équipe traitante comporte plusieurs membres (plus de deux intensivistes) et que le personnel change d'une journée à l'autre. Cette situation peut nuire à l'alliance thérapeutique, déjà fragile, et augmenter l'insatisfaction et le stress. Par ailleurs, un haut degré d'anxiété et de dépression peut réduire l'habileté des membres de la famille à prendre la meilleure décision pour leur proche. Les études montrent que les infirmières peuvent prédire avec précision la moitié des besoins de la famille lorsqu'elles sont interrogées sur le sujet¹¹. Ainsi, il devient essentiel pour l'équipe

traitante de rencontrer les proches rapidement et de façon adéquate pour connaître leurs besoins.

La discussion sur le niveau de soins

Comme médecins de famille, nous avons un rôle primordial à jouer dans la prise en charge et le suivi du patient. Que ce soit au cabinet, à l'hôpital, aux soins intensifs, en centre d'hébergement ou à domicile, nous devons aborder avec le patient la question du niveau de soins. Lorsqu'on pense au taux de mortalité élevé aux soins intensifs, cet élément devrait figurer dans le plan de traitement. Cependant, la plupart des médecins se disent trop pressés pour en parler avec leurs patients et leur famille ou mal à l'aise à l'idée de le faire. Lorsqu'ils s'y astreignent, leurs patients de plus de 65 ans limitent, dans une proportion de 41 %, les interventions prolongeant la vie, y compris la réanimation cardiorespiratoire, l'intubation et même l'admission aux soins intensifs². Selon l'étude SUPPORT¹², 47 % des intensivistes connaissaient le désir du patient de ne pas être réanimé, mais seulement 46 % l'ont noté au dossier dans les 48 heures suivant l'admission. À la lumière de ces constatations, il est fortement suggéré de déterminer le niveau de soins dans les 24 premières heures et de rencontrer le patient et ses proches dans les 48 heures après l'admission afin d'obtenir leur avis quant à l'intensité des traitements et à la conduite à envisager^{11,13}. Cette discussion devrait avoir lieu dans un endroit calme et privé, et le médecin traitant devrait se montrer disponible et patient. Les règles à suivre pendant cette rencontre sont décrites dans le *tableau III*¹¹. Dans l'étude de White, le temps moyen consacré à une rencontre de qualité avec la famille était de 32 minutes¹⁴.

Les modèles de prédiction de survie ont-ils encore leur place dans la pratique ?

Nous pourrions être tentés d'utiliser des systèmes de pointage pour prédire le pronostic des patients, tels que le score APACHE II. Le calculateur est disponible

Tableau III

Les règles pour une rencontre de qualité avec le patient et sa famille¹¹

- Réunir, si possible, tous les membres de la famille.
- Commencer par une question ouverte.
- Demander au patient et à la famille ce qu'ils comprennent de la situation actuelle.
- S'informer des émotions ressenties quant à la situation.
- Les interroger sur leurs peurs et leurs inquiétudes.
- Répéter ce que la famille a dit pour s'assurer d'avoir bien compris.
- Informer la famille, de façon claire et honnête, de l'état et du pronostic du patient.
- Valider avec la famille les désirs du patient.
- Éviter d'utiliser le jargon médical.
- Valider le degré de compréhension de la famille.
- Allouer une période de questions.
- Demander à la famille de nommer un porte-parole.
- Laisser la porte ouverte à une prochaine rencontre.

à l'adresse www.icumedicus.com/icu_scores/apache.php. Cependant, une étude canadienne a révélé que les intensivistes prédisent six fois mieux, à l'aide de leurs connaissances et de leurs habiletés cliniques, le pronostic d'un patient que deux échelles de scores validées¹⁵. Une probabilité reste une probabilité, mais lorsque la réponse peut être obtenue directement de la bouche du patient, aucune statistique ne devient significative. Selon Skrobik et coll., des études indiquent que le fait de fournir aux cliniciens des estimations objectives et fondées sur des systèmes de notation ne modifie pas le nombre de décès¹⁵.

Vous avez donc planifié une rencontre avec la famille de M^{me} Gadbois, le médecin consultant des soins palliatifs, l'infirmière, l'inhalothérapeute, la nutritionniste et la travailleuse sociale. Après avoir entendu les explications sur l'état de la patiente et son pronostic, la famille, qui n'est pas au courant des désirs personnels de

Il est fortement suggéré de déterminer le niveau de soins dans les 24 premières heures et de rencontrer le patient et ses proches dans les 48 heures après l'admission afin d'obtenir leur avis quant à l'intensité des traitements et à la conduite à envisager.

Repère

Tableau IV**Échelle RASS ou échelle de vigilance de Richmond**

+4	agressif	est violent et dangereux
+3	très agité	arrache sa sonde et son cathéter
+2	agité	a de nombreux mouvements sans but, lutte contre le respirateur
+1	anxieux	est anxieux et craintif, mais ne fait pas de mouvements brusques ni agressifs
0	éveillé et calme	
-1	assoupi	n'est pas complètement éveillé, mais répond à l'appel et garde les yeux ouverts plus de 10 secondes
-2	sous sédation légère	se réveille brièvement à l'appel, ouvre les yeux et fait un contact visuel de moins de 10 secondes
-3	sous sédation moyenne	fait un mouvement ou ouvre les yeux à l'appel (sans contact visuel)
-4	sous sédation profonde	ne réagit pas à l'appel, mais fait un mouvement ou ouvre les yeux à la stimulation physique
-5	non stimuable et comateux	ne réagit ni à l'appel, ni à la stimulation physique

RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale

Source : Validation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond traduite en langue française *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2006 ; 25 (7) : 696-701. Reproduction autorisée par Elsevier Masson SAS.

l'être cher, vous demande votre opinion quant à la décision à prendre.

Quelles sont les compétences de l'intensiviste et les interventions nécessaires dans les situations de soins de fin de vie ?

L'intensiviste : leader de l'équipe multidisciplinaire

L'intensiviste doit être la personne clé, c'est-à-dire le leader de l'équipe de soins. La capacité à communiquer et le sens éthique sont des compétences professionnelles que le clinicien devrait acquérir. Le médecin doit être en mesure d'élargir son approche pour tenir compte des dimensions biopsychosociales du patient et doit laisser ce dernier exprimer sa propre vision de la mort et de la fin de sa vie. Il doit également établir une prise en charge ciblée sur les besoins du malade.

En général, une équipe multidisciplinaire aux soins intensifs comprend au moins des cliniciens, des infirmières, une nutritionniste, un inhalothérapeute et une pharmacienne. Une telle équipe est essentielle pour permettre aux différents intervenants d'échanger sur la conduite à adopter dans l'intérêt véritable du patient. Ces rencontres permettent également aux personnes d'exprimer leurs pensées et leurs expériences et d'évaluer les éléments à améliorer à l'avenir. Selon différentes études, des rencontres régulières sont recommandées pour améliorer la communication entre l'intensiviste, les infirmières et le médecin de famille^{4,10,11}.

Assurer le confort du patient

Plus de la moitié des patients indiquent ressentir de la douleur lorsqu'ils se trouvent à l'unité des soins

La capacité à communiquer et le sens éthique sont des compétences professionnelles que le clinicien devrait acquérir.

Repère

Boîte à outils

Le protocole d'urgence – Ordonnance médicale

La principale indication du protocole d'urgence demeure la détresse respiratoire.

Il sera plus simple de préparer le protocole en trois seringues différentes.

1. Seringue n° 1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam [Versed])
2. Seringue n° 2 : un opioïde (morphine ou hydromorphone)
3. Seringue n° 3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine [scopolamine] ou glycopyrrolate)

- Conditions préalables :**
- Absence de réanimation cardiorespiratoire
 - Patient recevant des soins de confort
 - Soins en phase terminale
 - Intervention minimale guidée par le confort de la personne
 - ou selon l'ordonnance médicale



Ordonnance médicale

- Indication :**
- En cas de détresse respiratoire aiguë
 - En cas d'hémorragie grave

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
Midazolam (Versed)	<input type="checkbox"/> 2,5 mg en sous-cutané	Patient âgé ou débilité	NR*
	<input type="checkbox"/> 5 mg en sous-cutané	Benzodiazépine, au besoin, ou de 1 f.p.j. à 2 f.p.j.	Rép. : _____
	<input type="checkbox"/> 10 mg en sous-cutané	Benzodiazépine, de 3 f.p.j. à 4 f.p.j.	_____
	<input type="checkbox"/> __ mg en sous-cutané	Si le patient prend déjà de fortes doses de benzodiazépine ou s'il a développé une tolérance, prévoir une dose plus forte au protocole.	
Morphine	<input type="checkbox"/> __ mg en sous-cutané	Généralement, on utilise de 50 % à 100 % de la dose reçue régulièrement toutes les 4 heures	NR
		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Dose minimale recommandée : 2,5 mg en sous-cutané ☉ Dose maximale recommandée : 50 mg en sous-cutané 	Rép. : _____
OU			
Hydromorphone (Dilaudid)	<input type="checkbox"/> __ mg en sous-cutané	Généralement, on utilise de 50 % à 100 % de la dose reçue régulièrement toutes les 4 heures	NR
		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Dose minimale recommandée : 0,5 mg en sous-cutané ☉ Dose maximale recommandée : 10 mg en sous-cutané 	Rép. : _____
Bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine)	<input type="checkbox"/> 0,4 mg en sous-cutané	Dose maximale de 0,8 mg toutes les 2 heures	NR
	<input type="checkbox"/> 0,6 mg en sous-cutané		
	<input type="checkbox"/> __ mg en sous-cutané		
OU			
Glycopyrrolate	<input type="checkbox"/> 0,2 mg en sous-cutané	Si le patient pèse de 40 kg à 80 kg ou s'il n'en reçoit pas déjà	NR
	<input type="checkbox"/> 0,4 mg en sous-cutané	Si le patient pèse plus de 80 kg ou s'il en reçoit régulièrement	Rép. : _____
	<input type="checkbox"/> 0,6 mg en sous-cutané	Si le patient en reçoit régulièrement + problèmes de sécrétions bronchiques ++ et contre-indications au bromhydrate d'hyoscine	

N.B. Aviser le médecin de garde immédiatement après la 1^{re} administration ou la centrale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

N.B. La répétition de chaque médicament plus d'une fois sans avis médical est déconseillée.

*NR : non renouvelable.

Adapté de : Bradant D. Protocole d'urgence – Ordonnance médicale. Dans : *Guide des pratiques médicales en soins palliatifs*. Programme Lutte contre le cancer et soins palliatifs. Centre de santé et des services sociaux de la Haute-Yamaska, février 2007. Reproduction autorisée. Site Internet : www.palli-science.com/filedb/maj_form_protocole_urgence_ordonnance_medicale_2006.pdf

Tableau V**Les conséquences physiologiques liées à la fin des interventions⁴**

Interventions	Effets de la fin des interventions
Vasopresseurs	Vasodilatation, hypotension artérielle, tachycardie
Ballon intra-aortique	Diminution de l'irrigation coronarienne, diminution du débit cardiaque
Stimulateur cardiaque et défibrillateur	Arythmies (bradycardie, asystolie, tachycardie ventriculaire)
Oxygène	Hypoxie, dépression respiratoire
Ventilation mécanique	Hypoxie, hypercapnie
PEEP*	Altération de la ventilation-perfusion, diminution de la capacité résiduelle fonctionnelle
Dialyse	Acidose, urémie, rétention liquidienne, hyperkaliémie, léthargie
Dérivation du liquide céphalorachidien	Hypertension intracrânienne
Alimentation parentérale, alimentation entérale	Lipolyse, cétose, déshydratation
Antibiothérapie	Surinfection, sepsis

*PEEP : pression positive en fin d'expiration

intensifs, ce qui leur occasionne bien souvent de l'anxiété et de l'inconfort. Cette situation s'explique notamment par le fait que l'intensiviste est porté à traiter le patient en fonction du diagnostic et non des symptômes. En soins palliatifs, la douleur est considérée comme le cinquième signe vital⁴. Son soulagement devient donc une priorité. L'utilisation d'une échelle de la douleur (surtout en période pré- et postopératoire) ainsi que l'évaluation de l'état de conscience, du rythme respiratoire et des signes du système nerveux autonome devraient être privilégiées pour vérifier le confort du patient (tableau IV). L'irrégularité du rythme respiratoire, qu'on retrouve fréquemment en fin de vie, est souvent perçue par la famille comme stressante ou encore comme un signe d'agonie. Il faut donc expliquer aux proches que certains râles qu'ils entendent constituent un réflexe médullaire normal pouvant se produire chez un patient non souffrant. Un protocole d'urgence en cas de détresse respiratoire peut facilement être ajouté pour réduire l'inconfort du patient

(boîte à outils). Par ailleurs, la fréquence cardiaque et la pression artérielle sont des signes peu fiables pour évaluer la douleur⁴. La diaphorèse et la production importante de larmes constituent un meilleur indicateur de détresse.

La dyspnée en fin de vie est signalée chez plus de la moitié des mourants et reflète souvent l'évolution de la maladie sous-jacente. Certaines manœuvres, telles que le repositionnement du lit ou l'utilisation d'oxygène, peuvent soulager ce symptôme. Cependant, une étude a révélé que l'oxygène était comparable à l'air ambiant pour traiter la dyspnée. Les opiacés demeurent une option de choix, par leurs effets de dépression respiratoire, de sédation, d'euphorie et de vasodilatation, en diminuant la congestion vasculaire pulmonaire⁴.

Selon Dunn et coll., de 55 % à 75 % des patients cancéreux à l'unité des soins intensifs indiquent éprouver une douleur, un inconfort, de l'anxiété, la faim ou la soif¹³. Toutefois, selon une étude de McCann et coll., qui portait sur la nutrition et l'hydratation en fin de vie (pronostic de moins de trois mois), 63 % des patients n'ont jamais ressenti la faim et 34 % ont eu faim ou soif, mais seulement au début de leur séjour à l'unité¹⁶. Des soins d'hygiène de la bouche sont souvent suffisants pour assurer le confort des patients¹⁶. Des nausées et des douleurs abdominales peuvent survenir chez les malades qui mangent pour plaire à leur famille. Également, la déshydratation et les troubles électrolytiques secondaires contribuent à la sédation plutôt qu'à l'inconfort du patient et provoquent une « euphorie » de jeûne liée à la production d'opioïdes endogènes et à l'effet analgésique des cétones^{4,9}. L'alimentation entérale ou parentérale devient donc futile et peut représenter une source de désagréments pour les personnes en fin de vie.

Les nausées et les vomissements sont fréquents aux soins intensifs. Le recours à un antiémétique, comme le Gravol, le Stémétil ou l'Haldol, est souvent privilégié. Plusieurs traitements peuvent être envisagés. L'installation d'une sonde nasogastrique, pour diminuer le ballonnement, est souvent plus inconfortable que le symptôme lui-même⁴. Une discussion avec l'équipe traitante quant à son utilité devrait être envisagée. Le delirium et l'agitation ne sont pas abordés dans le présent article (voir celui de la Dr^c Diane Poirier intitulé : « Psychose des soins intensifs ou delirium –

Comment y voir clair », dans ce numéro). Quant aux médicaments et à leur posologie, nous vous conseillons le site Palli-Science de la Maison Victor-Gadbois (dont *Le Médecin du Québec* a traité en novembre 2006) qui offre un guide thérapeutique gratuitement.

Les interventions thérapeutiques : quelques notions

Le passage des soins curatifs aux soins de confort commence par la diminution ou l'arrêt de la prise de signes vitaux, des prélèvements sanguins, de la suction endotrachéale et du débridement des plaies. En effet, ces gestes médicaux peuvent nuire au confort du patient et devraient cesser le plus rapidement possible. Il existe différentes méthodes pour arrêter la ventilation mécanique. La première consiste à retirer la sonde endotrachéale après l'administration de sédatifs ou d'analgésiques. La deuxième prône un arrêt graduel en diminuant la FiO₂, provoquant ainsi une hypoxémie et une hypercapnie progressive⁴. Les avantages de cette dernière technique sont la diminution du stridor et des sécrétions buccales et endotrachéales, ce qui contribue autant au confort du patient qu'à l'apaisement de la famille.

Toutefois, il est primordial d'interpréter l'utilité de nos interventions selon les perspectives du patient, car certains traitements apportent un bienfait psychologique et leur arrêt pourrait donc être nuisible aux patients. Le *tableau V* résume les conséquences possibles de la fin des différentes interventions.

Existe-t-il des protocoles de soins en fin de vie ?

Une approche proactive : la voie de l'avenir !

Plusieurs études récentes ont évalué le recours à une approche proactive dans l'administration de soins de confort. Cette méthode repose sur la rapidité du personnel des soins intensifs à communiquer le pronostic, à déterminer le niveau de soins, à discuter des options thérapeutiques avec le patient et sa famille et à mettre en place des stratégies visant à assurer le confort du malade. Une consultation en soins pal-

liatifs et la participation d'une infirmière clinicienne spécialisée dans les soins de confort s'avèrent bénéfiques pour plusieurs patients. En effet, les études actuelles montrent qu'une introduction proactive des soins palliatifs à l'unité des soins intensifs entraîne une diminution de la durée du séjour aux soins intensifs et à l'hôpital, un plus grand soulagement des symptômes, une augmentation du degré de satisfaction de la famille et des patients, une réduction des coûts hospitaliers (jusqu'à 57 % de moins³), sans toutefois modifier le taux de mortalité³. En outre, une augmentation de la mortalité à domicile est notée, ce qui est positif pour l'entourage du patient.

Protocoles de fin de vie : il faudra encore attendre un peu...

L'American College of Critical Care Medicine ne recommande pas de protocole de soins de fin de vie aux soins intensifs. Toutefois, une approche proactive et multidisciplinaire demeure l'intervention de choix^{3,11}.

Retour au cas de M^{me} Gadbois

Au cours de la rencontre multidisciplinaire avec la famille de M^{me} Gadbois, les besoins de la patiente et de la famille ont été précisés. Un consensus a été obtenu, et la décision d'arrêter la ventilation mécanique et l'alimentation entérale a été prise. Les traitements de confort sont donc entrepris. M^{me} Gadbois meurt le lendemain dans la dignité et le respect, entourée des membres de sa famille.

Date de réception : 10 mars 2008

Date d'acceptation : 13 mai 2008

Mots clés : soins palliatifs, soins intensifs, soins de fin de vie, soins de confort, éthique, futilité, famille

Les D^{res} Anne-Patricia Prévost et Annie Vigneault n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *CMAJ* 2007; 177 (10) : 1201-8.

L'American College of Critical Care Medicine ne recommande pas de protocole de soins de fin de vie aux soins intensifs. Toutefois, une approche proactive et multidisciplinaire demeure l'intervention de choix.

Repère

Summary

End-of-life care in intensive care: from futility to utility. Over the last twenty years, bed occupancy rate in intensive care increased over 80% and death rate is high among the admitted patients. Some of these passings happen after the decision to replace the support treatments by comfort care. This decision is a challenge for the treating team who must take into account the patient's wishes and favorize family implication. Current literature emphasizes communication, patient comfort and family support as important targets for the amelioration of palliative care in intensive care. Multidisciplinary approach is privileged and the intensivist must be the key person. Since there are no medical calculators to predict the death of a patient, intensivist's knowledge and skills and patient's wishes are the best indicators. Many therapeutic interventions can relieve pain and facilitate a dignified and comfortable departure for the patient.

Although the American College of Critical Care Medicine has not made recommendations regarding end-of-life protocol in intensive care, a proactive and multidisciplinary approach remains the best intervention.

Keywords: palliative care, intensive care, end-of-life care, comfort care, ethic, futility, family

2. Tillyard AR. Ethics review: 'Living wills' and intensive care – An overview of the American experience. *Crit Care* 2007; 11 (4) : 219.
3. Campbell ML. Palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34 (11) : S355-8.
4. Truog RD, Cist AF, Brackett SE et coll. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001; 29 (12) : 2332-48.
5. Way J, Back AL, Curtis JR. Withdrawing life support and the resolution of conflict with families. *BMJ* 2002; 325 (7376) : 1342-5.
6. Mularski RA, Curtis JR, Billings JA et coll. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: A consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup. *Crit Care Med* 2006; 34 (11) : S404-11.
7. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 1999; 281 (2) : 163-8.
8. Rocker G. *Les soins palliatifs : une mise à jour*. Soins intensifs. Conférences scientifiques. Société canadienne des soins intensifs. Snell Communication Médicale Inc., éditeur 2002; 3 (5).
9. Cosgrove JE, Nesbitt ID, Bartley C. Futility and the critically ill adult patient: a framework. *Curr Anaesth Crit Care* 2006; 17 (5) : 255-62.
10. Gavrin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35 (2) : S85-94.
11. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM et coll. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35 (2) : 605-22.
12. 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). *JAMA* 1995; 274 (20) : 1591-8.
13. Dunn GP, Mosenthal AC. Palliative care in the surgical intensive care unit: where least expected, where most needed. *Asian J Surg* 2007; 30 (1) : 1-5.
14. White DB, Braddock CH, Berecknyei S et coll. Toward shared decision making at the end of life in intensive care: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007; 167 (5) : 461-7.
15. Skrobik Y, Kavanagh BP. Scoring systems for the critically ill: use, misuse and abuse. *Can J Anaesth* 2006; 53 (5) : 432-6.
16. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272 (16) : 1263-6.