



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 199

Les pratiques de fin de vie en réanimation. Enquête auprès des médecins réanimateurs marocains.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/12/2020

PAR

Mlle. **Fadwa CHARIF**

Née Le 22/08/1992 à Beni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Fin de vie – Limitation-arrêt des traitements de suppléance vitale – Réanimation,
Médecins réanimateurs marocains – Aspects pratiques – Ethique médicale

JURY

M. **S. AIT BENALI**

Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

M. **Y. AISSAOUI**

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

RAPPORTEUR

M. **A. R. EL ADIB**

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Mme. **S. AIT BATAHAR**

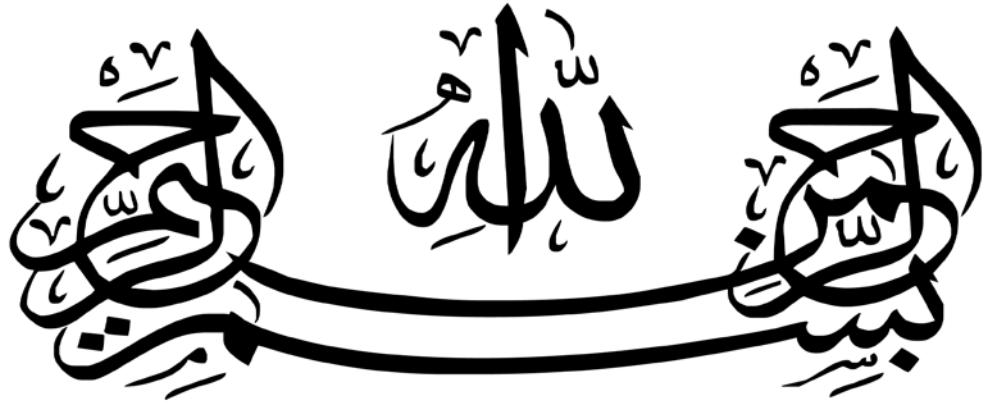
Professeur agrégée de Pneumo-phtisiologie

M. **A. BELHADJ**

Professeur agrégé d'Anesthésie- réanimation.

} JUGES

MEMBRE ASSOCIÉ



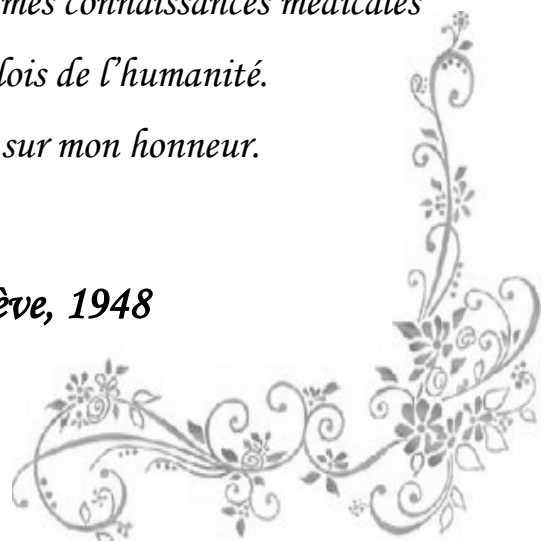
"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades
sera mon premier but.
Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.
Les médecins seront mes frères.
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.
Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
D'une façon contraire aux lois de l'humanité.
Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	JALAL Hicham	Radiologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie –Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL–QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie- virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie- mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/10/2020

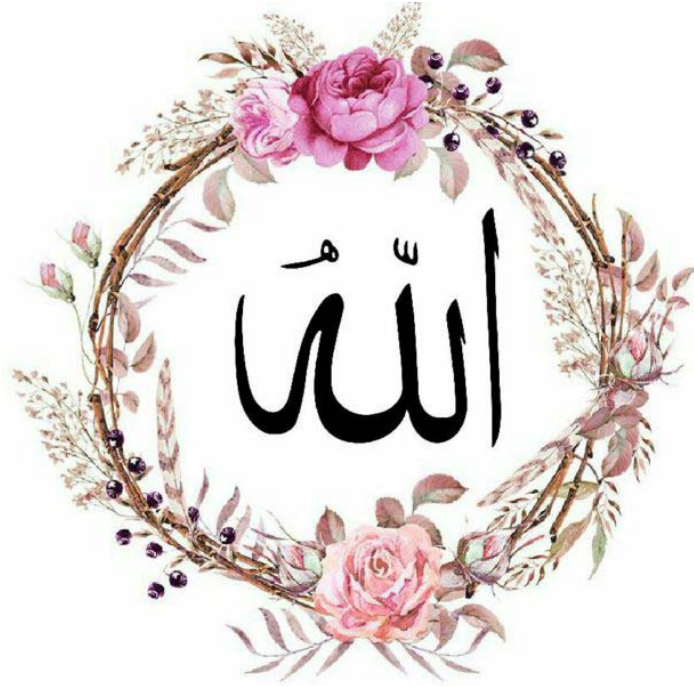


DÉDICACES

*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
ma reconnaissance et de dédier cette thèse*



Je dédie cette thèse



Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

Un humble geste exprimant l'affection, l'estime, le respect et la reconnaissance que je ressens envers les êtres qui me sont chers, les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours et qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.

Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude.

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents Malika SASSI et lhoussaine CHARIF:

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour tous vos sacrifices, votre soutien et vos prières tout au long de mes études.

A maman que j'adore, la lumière de mes jours, ma vie et mon bonheur. Tu es le plus grand trésor de ma vie, j'ai eu la chance de t'avoir à mes côtés. Nous avons eu pendant très longtemps une relation quasi-fusionnelle et même si aujourd'hui nous ne nous voyons plus quotidiennement, tu es chaque jour dans mon cœur et mon esprit. Tu m'as toujours aidé à faire les bons choix. Tu as toujours été ma confidente et tu as su me remettre sur le droit chemin quand il le fallait et pour tout ça je te remercie. Tu as toujours été mon modèle pour la force et le courage dont tu as toujours fait preuve malgré les épreuves très difficiles que tu as traversées. Je te serai reconnaissante toute ma vie.

À toi mon père, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, mon école de patience, de confiance, et surtout d'espoir et d'amour.

T'as guetté mes pas, et m'avez couvé de tendresse, ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Tu m'as aidé et soutenu pendant de nombreuses années avec à chaque fois une attention renouvelée.

C'est à travers vos encouragements que j'ai opté un jour pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis forgée. Que ce travail soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens.

Chers parents, vous êtes et vous resterez pour moi ma référence, j'espère que vous y trouverez les fruits de votre semence.

Qu'Allah Le Tout Puissant vous préservent du mal, vous accordent une bonne santé, beaucoup de bonheur et longue vie, mon amour pour vous est inconditionnel et permanent, soyez fiers de moi aujourd'hui je deviens médecin.

A ma très chère sœur Mounia CHARIF:

Qui m'a soutenu tout au long de mon parcours, pour tous nos sourires et tous les moments les plus difficiles où tu étais une sœur qui assure son rôle comme il faut, je n'oublierais jamais ton encouragement et ta confiance en moi, je t'estime beaucoup et je t'aime beaucoup. Je ne pourrais jamais imaginer ma vie sans toi. Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et de la tendresse que j'ai à ton égard et j'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser tous tes vœux.

Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance, ma gratitude de t'avoir comme sœur, mon attachement et mon grand amour sœurlette.

A mon cher frère Mohammed CHARIF:

A tous les moments agréables passés ensemble, à tous nos disputes et nos bêtises. Merci pour ton appui et ton soutien. Puissions-nous rester unis et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. Que notre amour fraternel dure le temps d'une vie petit frère. Je te dédie ce travail, et je te dédie toutes mes années d'effort, j'espère avoir été un bon exemple pour toi. A ton tour aujourd'hui d'être fier de moi : je deviens médecin.

A ma chère grand-mère maternelle Lhajja Lla Fatima:

Tu es le soleil de ma famille maternelle, autour de qui tous et toutes s'articulent. Tu as un cœur en joyau et a toujours été une source d'affection. Nous t'aimons tous, et pensons toujours à toi, je te vois toujours jeune et belle depuis toujours, aujourd'hui et à jamais. C'est grandement grâce à toi et à tes conseils, aux vœux que tu n'as cessés de formuler dans tes prières que nous sommes aujourd'hui ce que nous sommes, j'espère que tu es fier de mes parents et de moi. Que Dieu te préserve santé et longue vie.

A La mémoire de mon grand-père maternel Elhachemi:

Tu as été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je te dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, t'accueille dans son éternel paradis.

A La mémoire de ma grand-mère paternelle Fadma:

Je sais que si tu étais parmi nous, tu auras été heureuse et fière. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

A La mémoire de mon grand-père paternel Saleh :

Je ne t'ai malheureusement pas connue, le destin en a décidé ainsi, pourtant je te connais à travers les yeux de mon père et te voue un immense amour non seulement parce que tu étais un ange sur terre mais aussi parce que tu as mis mon père au monde et pour cela je te serais reconnaissante.

A toute ma famille (Sassi et CHARIF), mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines:

Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour vos encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. A toi, ma cousine Bouchra, en signe de l'affection et du grand amour que je te porte, les mots sont insuffisants pour exprimer ma profonde estime. Je te dédie ce travail en témoignage de mon attachement indéfectible. Que Dieu le Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur.

*A mes très cher(e)s ami(e)s : Leïla, Omaïma, Mouhammed, Houssam,
Zakaria :*

Merci pour les moments de joie, de folie. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés au cours de notre stage d'externat et ça se continue encore, et pour tout le bonheur que vous me procurez. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur. Je vous dédie ce travail, et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de succès mes amis de toujours.

A mes ami(e)s:

*Noureddine, Abdellah, Meryem, Maram, Imane,
Fadoua, Lamiae, Lamia, Mouhammed, Dounia, Farouk,
Soumaya, Yassine, Abdessamad, Ali, Walid, Khadija, Kaoutar, Najat, Fatima,
Mohcine, Hicham, Lhoucine, et à tous mes amis sur Facebook... :*

Au mon groupe de stage

*d'internat : Omar, Elmehdi, Ilham, Aziza, Fatimazzahra, Mouine, Nidal, Sara
, Alaa, Mouhamed- Amine, Marouane, Soufiane, Karim, Ghassan:*

Merci pour les moments de joie, de folie, et de fraternité. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés, aux épreuves qu'on a su surpasser ensemble...à tout ce qu'on a partagé.et pour tout le bonheur que vous me procurez. Je vous dédie ce travail et vous souhaite un très bon parcours et une vie pleine de joie et de bonheur.Aucun mot n'est assez puissant pour vous exprimer l'amour, l'amitié et l'affection que je vous porte.

*A mes amis de stage en qualité d'observatrice-France :Omar, Jaafar,
Henry, Anouar :*

Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent,ce travail est un témoignage de mon attachement,de mon amour, de notre amitié que j'espère durera toute la vie.

J'espère que ma thèse sera pour vous source de fierté.

A Dr. Abdeslam MOHCINE:

There aren't enough words to express how much you mean to me, you came into my life like magic, you brought me smiles, laughter and made me see the world in a special way. Tu étais un meilleur ami, celui qui a su tendre l'oreille à mes paroles, celui qui m'a compris le plus. Tu étais la main qui m'a aidé à me relever quand je me sentais triste. Tu trouvais toujours les mots pour me faire rire ou me consoler de mes peines de cœur. Tu étais le visage familier qui m'apaisait quand je ne voyais autour de moi que le mépris ou l'indifférence. Peut-être n'as-tu pas conscience de l'importance que tu as pour moi. Et je sais que je ne suis pas toujours une personne facile à vivre, je sais aussi qu'il m'arrive parfois de te blesser avec ma maladresse habituelle et j'en suis vraiment désolée. Tu étais la seule personne avec qui je me suis épanouie sans cesse, celle sur qui je pouvais compter un jour. Tu étais surtout la personne avec qui je peux parler de tout et de rien, la personne qui m'écoutait et ne me jugeait pas. J'espère que, le jour où tu auras besoin d'une épaule sur laquelle t'appuyer ou juste envie de parler, tu feras appel à moi. Je serai toujours là pour toi.

Je remercie Allah de t'avoir mis sur mon chemin, et je me prosterne devant Lui pour qu'Il nous réserve un beau destin. Que cette amitié dure le temps d'une vie, pour le meilleur et pour le pire. Je t'envoie plein de bonnes ondes.

A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur Savoir. À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer. À tous ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.



REMERCIEMENTS

*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR SAID AIT BENALI Professeur de l'Enseignement
Supérieur de Neurochirurgie CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqué. Veuillez trouver ici l'expression
de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour
toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous
l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR AISSAOUI YOUNES Professeur de l'Enseignement
supérieur d'Anesthésie - réanimation -L'hôpital militaire Avicenne -
Marrakech*

*Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction.
Merci pour la qualité de votre encadrement, et pour votre aide dans la
réalisation de ce travail. Je vous remercie pour la confiance que vous
avez placée en moi en me confiant ce travail. J'espère ne pas vous
décevoir. Votre grande disponibilité, votre sérieux, votre patience, votre
rigueur de travail, votre dévouement sincérité et amour pour ce métier,
vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre simplicité nous
servent d'exemple. Veuillez accepter, cher Maître, mes sincères
remerciements avec toute la reconnaissance et l'appréciation que je vous
témoigne.*

***À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
ELADIB AHMAD RHASSAN, chef de service de réanimation gynéco-
obstétrique-CHU Mohammed VI - Marrakech***

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

***A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
SALMA AIT BATAHAR Professeur agrégé de pneumo-phthysiologie CHU
Mohammed VI - Marrakech.***

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.

***A notre maître et juge de thèse Mr. AYOUB BELHADJ Professeur agrégé
d'Anesthésie - réanimation - L'hôpital militaire Avicenne - Marrakech***

Nous vous remercions de nous avoir honoré par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

*À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marrakech.*

*Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier
dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont
contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.*

*À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin,
à l'élaboration de ce travail.*



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations:

FDV	: Fin de vie
LAT	: Limitation–arrêt des traitements
SMAAR	: Société marocaine d'anesthésie,d'analgésie et de réanimation.
SFAR	: Société française d'anesthésie et de réanimation
SRLF	: Société de réanimation de langue française
SFAP	: Société française d'accompagnement et des soins
SI	: Soins intensifs
USI	: Unités de soins intensifs
MR	: Médecins réanimateurs
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CHR	: Centre hospitalier régional
CHP	: Centre hospitalier provincial
NIH	: National institutes of health
OMS	: Organisation mondiale de la santé
IMANA	: Association médicale islamique d'Amérique du nord
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
FR	: Fréquence respiratoire
FIO2	: Fraction inspirée en oxygène
CPAP	: Continuous positive airway pressure
PEP	: Pression expiratoire positive
PEEP	: Positive end expiratory pressure
BPCO	: Bronchopneumopathiechronique obstructive
NYHA	: New York Heart Association
CPA	: Coma post–anoxique
ORL	: Oto–rhino–laryngologie

RCP	: Réanimation cardiopulmonaire
NPR	: Ne pas réanimer
ASDP	: Active shortening of the dying process
WH	: Withholding
WD	: Withdrawing
LST	: Life–sustaining traitement
RNB	: Revenu national brut
JSICM	: Société japonaise de médecine de soins intensifs.
ASSM	: Académie suisse des sciences médicales
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences



PLAN

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES :	4
I. Type, durée et lieu de l'étude	5
II. Critères d'inclusion	5
III. Critères d'exclusion	5
IV. Considérations éthiques	5
V. Recueil de données	6
1. Développement du questionnaire	6
2. Structure du questionnaire	6
3. Envoi du questionnaire	7
VI. Analyse statistique	8
RESULTATS	9
I. Taux de réponse au questionnaire	10
1. Données Démographiques des médecins réanimateurs participants	10
2. Caractéristiques des unités de réanimation :	11
3. Connaissances et formations antérieures liées à la fin de vie en réanimation :	12
4. Conceptualisation de la fin de vie par les médecins réanimateurs marocains :	13
5. Attitudes et aspects pratiques des limitations–arrêts des traitements vitaux chez les patients en fin de vie	13
6. Attitudes pratiques concernant la ventilation mécanique et les vasopresseurs chez un patient en fin de vie	36
7. Décider de la limitation–arrêt des traitements (LAT) pour un patient en fin de vie	37
8. Communication	38
II. Attitudes de médecins réanimateurs vis-à-vis d'un scénario clinique d'un patient en fin de vie	44
1. Scénario clinique	44
2. Perspectives :	47
III. Analyse des facteurs influençant les MR à prendre des décisions de LAT chez les patients en fin de vie	47
DISCUSSION	50
I.principaux résultats	51
II. Cadre conceptuel	54
III. Discussion de l'étude	55
1. Représentativité de l'échantillon	55
2. Profil des répondants	55
3. Discussion des résultats	56
4. Discussion du don d'organes avec les proches des patients en fin de vie	71
5. Facilitation de l'accès de la famille au service de réanimation chez les patients en fin de vie	72

4. Scénario clinique	72
5. Discussion de l'analyse multivariée	76
IV. Forces et Limites de l'étude	79
V. Suggestions et recommandations	80
1. Perspectives pour améliorer la recherche, qualité et éducation	80
2. Suggestion d'un protocole standard unis aux unités de soins intensifs du Maroc	84
3. Proposition de loi encadrant la fin de vie au Maroc	98
 CONCLUSION	 101
 ANNEXES	 104
 RESUMES	 120
 BIBLIOGRAPHIE	 127



INTRODUCTION

La vie sur terre est un passage et la mort est une issue inéluctable. La fin de vie est une réalité quotidienne dans les services de réanimation. Lorsque la fin de vie arrive, les traitements de suppléance vitale n'ont plus d'intérêt. Ils prolongent inutilement les derniers instants du patient sans lui apporter de bénéfice ni en termes de survie ; on parle de futilité médicale ; ni en termes de qualité de vie ultérieure [1]. En effet, l'objectif de la réanimation n'est pas seulement de préserver la vie, mais aussi de préserver la qualité de vie [2].

La limitation et l'arrêt des traitements de suppléance vitale (LAT) fait référence au processus par lequel les interventions thérapeutiques ne sont pas entreprises (limitation) ou sont retirées (arrêt) chez les patients en fin de vie [3]. Ces décisions soulèvent de nombreux dilemmes éthiques en réanimation. En effet, les décisions LAT chez les patients en fin de vie peuvent avancer le moment de la mort, mais en aucun cas la provoquer. C'est pour cette raison que la LAT est à différencier de l'euthanasie, dont l'objet de donner volontairement la mort ou du suicide assisté, qui consiste à aider un patient à se donner lui-même la mort[4]. Ces deux actes sont punis par le code pénal et sont interdits par la plupart des pays.

L'objectif des décisions de LAT est ainsi d'éviter l'obstination déraisonnable lorsque les actes médicaux sont inutiles ou disproportionnés et n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la survie [5], [6]. La LAT ne signifie pas l'arrêt des soins. En effet, les soins de confort (tels que le soulagement de la douleur) ne sont jamais interrompus. Tout ceci dans le respect de la dignité du patient en fin de vie.

Ces dernières d'années, la littérature médicale internationale s'est enrichie d'études s'intéressant à la fin de vie et aux décisions de LAT en réanimation [4]. Ces études majoritairement réalisées en Europe et en Amérique du Nord ont montré une grande variabilité dans les pratiques de LAT [4]. Cette variabilité s'explique par de nombreux facteurs géographiques, économiques, socio-culturels et religieux [4]. Par ailleurs, de nombreuses sociétés savantes ont émis des recommandations sur la LAT des traitements actifs en réanimation et ces pratiques sont réglementées par une législation adaptée au contexte de chaque pays[2].

Au Maroc, il n'y a pas ou peu d'études qui se sont intéressés à cette problématique et les pratiques de LAT de suppléance vitale par les médecins réanimateurs restent inconnues[3]. Le Maroc est caractérisé par un fort référentiel religieux, une société conservatrice et des ressources médicales limitées. A ceci s'ajoute l'absence de recommandations scientifiques ou de cadre légal encadrant les pratiques en fin de vie.

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects pratiques et attitudes des médecins réanimateurs marocains vis-à-vis des LAT de suppléance vitale chez les patients en fin de vie et d'analyser les facteurs influençant ces décisions de LAT.



MATERIEL ET METHODES

I. Type, durée et lieu de l'étude :

Il s'agit d'une enquête prospective réalisée au moyen d'un questionnaire envoyé en ligne à un échantillon de médecins réanimateurs marocains. La possibilité de participer à l'enquête s'est étalée sur une période d'un mois : du 15 Juillet au 15 Aout 2020.

II. Critères d'inclusion :

Cette enquête a concerné des médecins réanimateurs marocains. Ont été considérés comme médecins réanimateurs, tout médecin issue de la spécialité anesthésie réanimation ou de la spécialité réanimation médicale. Les médecins réanimateurs inclus devaient exercer dans un service de réanimation appartenant à une structure hospitalière publique ou privée, universitaire ou non universitaire. Un service de réanimation a été défini comme une unité prenant en charge des patients en défaillance d'organe et ayant la capacité de prendre en charge des patients sous ventilation mécanique.

III. Critères d'exclusion :

Ont été exclus :

- Les médecins réanimateurs exerçant en dehors de la réanimation (par exemple : exerçant exclusivement au bloc opératoire, dans un service d'urgence ou au sein d'une unité de soins intensifs)
- Les médecins non réanimateurs exerçant dans un service de réanimation.

IV. Considérations éthiques :

Une information claire et honnête a été donnée aux médecins répondant au questionnaire concernant les objectifs de l'étude, le temps nécessaire au remplissage du questionnaire et le traitement des données recueillies.

L'anonymat a été respecté lors du traitement des informations recueillies. La réponse au questionnaire et l'envoi du questionnaire par les médecins a été considérée comme un consentement à participer à l'étude. L'accord du comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire.

V. Recueil de données :

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré (annexe 1).

1. Développement du questionnaire :

Les éléments du questionnaire ont été générés après une revue de la littérature des études publiées sur la fin de vie en réanimation et la limitation–arrêt de traitements (LAT) de suppléance vitale en réanimation [2,7–10]. Le questionnaire explorait plusieurs dimensions de la fin de vie et des LAT telles que : la prise de décision, la communication, les aspects éthiques et juridiques, les influences religieuses et culturelles, la perception de risques juridiques et la résolution de conflit, la présence de politiques locales sur les soins de fin de vie et les attitudes pratiques des praticiens.

2. Structure du questionnaire :

Le questionnaire final a été organisé en cinq sections (Annexe 1) :

- La première section décrivait les caractéristiques démographiques des médecins réanimateurs, leurs centres d'exercices, le type de réanimation où ils exercent, les moyens humains et matériels disponibles, et la notion de formation antérieure sur l'éthique et la fin de vie en réanimation.
- La deuxième section ou section éthique explorait la conceptualisation de la fin de vie par les médecins réanimateurs, la fréquence des décisions de LAT, les différents facteurs influençant ces décisions (volonté du patient et de sa famille, ses

comorbidités, qualité de vie ultérieure du patient, disponibilités des ressources économiques et médicale), leurs croyances quant à la position de la religion la LAT, et la dimension psycho-affective des décisions de LAT.

- La troisième section avait pour objectif d'étudier les aspects pratiques des LAT notamment la fréquence et la manière de réalisation de la LAT selon type de suppléance vitale considéré (ventilation mécanique, vasopresseurs, épuration extrarénale...), les soignants impliqués dans la décision, l'existence de protocoles de LAT et leur traçabilité et le lieu éventuel du décès.
- La quatrième section évaluait la place de la communication entre les membres de l'équipe soignante, avec les familles, ainsi que la gestion d'éventuels conflits.
- Enfin, La cinquième section comportait un scénario clinique d'un patient ayant une encéphalopathie post-anoxique irréversible et visait à étudier l'attitude des médecins réanimateurs chez un patient avec un pronostic sombre. Ce scénario clinique a été adapté d'enquêtes précédentes occidentales et asiatiques pour permettre une comparaison ces études[7], [8]

3. Envoi du questionnaire :

Les invitations pour participer au questionnaire ont été envoyées par internet : e-mail et application mobile de messagerie instantanée (WhatsApp). La base de données de la société marocaine d'anesthésie réanimation ainsi que celle du conseil national de l'ordre des médecins a été utilisée pour trouver les contacts des médecins réanimateurs : e-mails et numéros de téléphone. Des relances individuelles ont été faites afin d'encourager la participation de ces derniers

VI. Analyse statistique :

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentage, et les variables quantitatives en médianes (quartiles) ou en moyenne ($\pm$ écart-types). Les réponses aux questions de type Likert ont été exprimés sous forme de diagramme en barres.

En fonction de leur distribution, les variables quantitatives ont été comparées par le test T de Student ou de Mann-Whitney. La distribution de ces variables a été étudié par le test de Kolmogorov-Smirnov. Les variables qualitatives ont été comparés par le test de Chi-deux.

Afin d'analyser les facteurs indépendants influençant positivement les médecins réanimateurs à réaliser une LAT, les réponses à la question 2 de la section éthique qui sont de type Likert ont été dichotomisées pour obtenir une variable binaire. L'intitulé de cette question était le suivant : "Est ce qu'il vous arrive de prendre des décisions de LAT chez les patients de fin de vie ? » Les médecins répondant : « Toujours », « souvent » et « parfois » ont été considérées comme enclins à réaliser la LAT. A l'inverse, les réponses « rarement » et « jamais » ont été considérées comme une tendance à ne pas réaliser la LAT. Les facteurs significatifs en analyse univariée, ont été insérés dans un modèle de régression logistique binaire pour réaliser l'analyse multivariée.

Pour tous les tests, le seuil de significativité statistique a été établi à $p=0,05$. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 23.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA)



RÉSULTATS

I. Taux de réponse au questionnaire :

Sur 351 requêtes envoyées, 151 médecins réanimateurs ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse était de 41%.

1. Données Démographiques des médecins réanimateurs participants :

1.1. Age :

L'âge moyen des médecins réanimateurs ayant répondu au questionnaire était de 47 ± 9 ans avec des valeurs maximales de 28 ans et 73 ans.

1.2. Genre :

Parmi les 151 médecins répondants 84% (n=126) étaient des hommes contre seulement 16% de femmes (n= 25)

1.3. Ancienneté d'exercice :

L'ancienneté des médecins réanimateurs inclus était en moyenne de 18 ± 9 ans avec des valeurs maximales de 3 et 44 ans années d'exercice.

1.4. Secteur d'exercice des médecins réanimateurs : (tableau I)

Les secteurs les plus représentés étaient le secteur privé suivi des centres hospitaliers régionaux et périphériques et des centres hospitaliers universitaires publics. Soixante-quatre pour cent des médecins participants appartenaient au secteur public.

Tableau I : Répartition des médecins participants par secteur d'exercice :

Secteur d'exercice	N (%)
Centre hospitalier privé	49 (33%)
Centre hospitalier régional ou périphérique	44 (30%)
Centre hospitalier universitaire public	40 (27%)
Hôpital militaire	10 (7%)
Hôpital universitaire privé	5 (3%)

2. Caractéristiques des unités de réanimation :

2.1. Type de réanimation :

La majorité des médecins réanimateurs exerçaient en réanimation Polyvalente médico-chirurgicale comme illustré dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des médecins participants par type de réanimation :

Type de réanimation	N (%)
Réanimation polyvalente	102 (69%)
Réanimation Obstétricale	16 (11%)
Réanimation chirurgicale	10 (7,5%)
Réanimation médicale	8 (5,5%)
Autres	11(7%)

2.2. Capacité litière des unités de réanimation :

La capacité litière des unités de réanimation auxquelles appartenaient les médecins interrogés était en médiane de 9,5 lits (quartiles : 6 – 12).

2.3. Chambres individuelles :

Un peu plus de la moitié des unités de réanimation (54% ; n=82) disposaient de chambres individuelles.

2.4. Capacité en ventilateurs des unités de réanimation :

La capacité en ventilateurs était en médiane de 8 ventilateurs par unité de réanimation (quartiles : 4 – 12). Le ratio ventilateur / lit de réanimation était proche de 1 en médiane (quartiles : 0,64 – 1).

2.5. Nombre de médecins réanimateurs seniors par service :

Le nombre de médecins réanimateurs par service était en médiane de 3 (quartiles : 3 – 4).

2.6. Nombre de patients par infirmier dans les services de réanimation :

Chaque infirmier s'occupait de 3 patients en médiane (quartiles : 2 – 4) avec des valeurs maximales de 1 et 9 patients par infirmier.

3. Connaissances et formations antérieures liées à la fin de vie en réanimation :

Cinquante-sept pour cent (57%) des médecins réanimateurs interrogés (n=86) n'ont jamais bénéficié d'une formation dans le domaine de l'éthique et la fin de vie en réanimation.

Parmi ceux ayant déjà eu une formation dans ce domaine (43% des médecins participants, n=65), un peu moins de la moitié (42%, n=27) l'ont eu au troisième cycle des études médicales durant leurs cursus de spécialité en réanimation.

Tableau III : Formation antérieure des médecins réanimateurs sur l'éthique et la fin de vie :

Contexte de formation	N (%)
Cursus de spécialité	27(41,5%)
Séminaire/formation continue	22(33,8%)
Congrès National	5(7,7%)
Congrès international	7(10,8%)
Autre	4(6,2%)

Une majorité des médecins réanimateurs interrogés (70%, n=104) ont déjà eu l'occasion de parcourir la littérature médicale (article scientifique, recommandations, chapitre d'ouvrage) sur la fin de vie en réanimation. Ceux n'ayant jamais consulté aucune référence scientifique sur cette thématique ont invoqué plusieurs raisons parmi les choix proposés, principalement la rareté des documents scientifiques traitant du sujet et la non priorisation de la fin de vie en réanimation (tableau IV).

Tableau IV : Principaux motifs choisis par les médecins réanimateurs n'ayant jamais eu l'occasion de consulter la littérature médicale sur la fin de vie :

Motifs choisis	n (%)
Rareté des documents traitant de ce sujet	18 (40%)
La fin de vie n'est pas une priorité en réanimation	15 (34%)
Situations de fin de vie rarement rencontrées en réanimation	6 (14%)
Méconnaissance de ce sujet	4 (9%)
Autres motifs	1 (2%)

4. Conceptualisation de la fin de vie par les médecins réanimateurs marocains :

La majorité des médecins réanimateurs associait la fin de vie avec la notion d'accompagnement – soins palliatifs et à la mort avec dignité (Tableau V). Un quart des répondants seulement assimilait la fin de vie à un arrêt des soins. L'euthanasie a été rarement évoquée.

Tableau V : Conceptualisation de la fin de vie par les médecins réanimateurs marocains.

Concepts proposés	N (%)
Euthanasie	7 (5%)
Mort avec dignité	89 (59%)
Arrêt des soins	35 (23%)
Accompagnement et soins palliatifs	112 (74%)
Non bénéfice des traitements ou futilité médicale	27 (18%)
Limitations/arrêt des traitements vitaux	81 (54%)

5. Attitudes et aspects pratiques des limitations – arrêts des traitements vitaux chez les patients en fin de vie :

5.1. Fréquence de prise de décisions de LAT chez les patients en fin de vie :

Dans notre étude, 60% des MR prenaient souvent ou parfois des décisions de LAT alors que 38% ne prenaient que rarement ou jamais ce genre de décisions (figure 1). Par ailleurs, le nombre de décisions de LAT prises dans les services d'appartenance des MR était faible : 88%

rapportaient moins d'une décision de LAT par semaine (figure 2). Enfin la proportion des décès survenant après LAT était faible comme le montre la figure 3 : 43% des MR pensaient que moins de 5% des décès surviennent après ces décisions et 22% pensaient que 5 à 10% des décès seraient dus à une LAT de suppléance vitale.

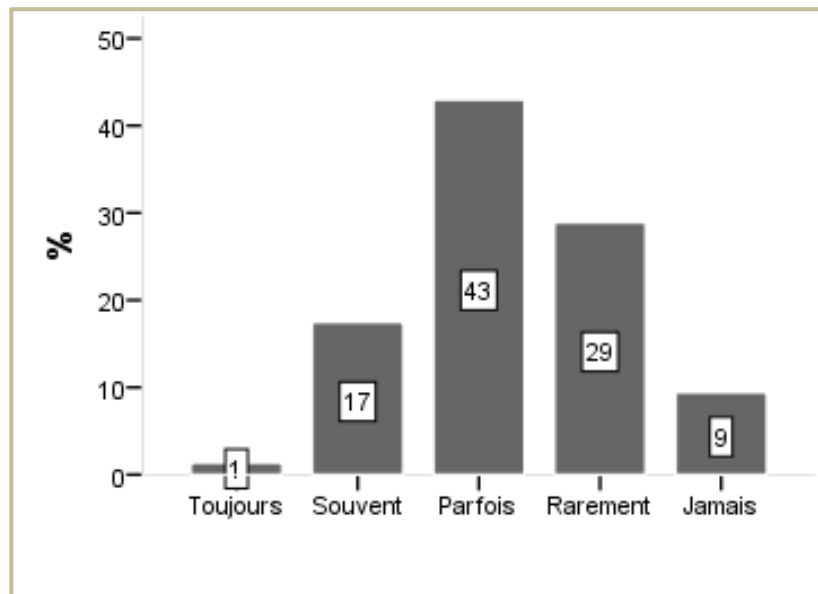


Figure 1 : Proportion des médecins réanimateurs qui prennent des décisions de limitation arrêt des traitements vitaux chez les patients en fin de vie

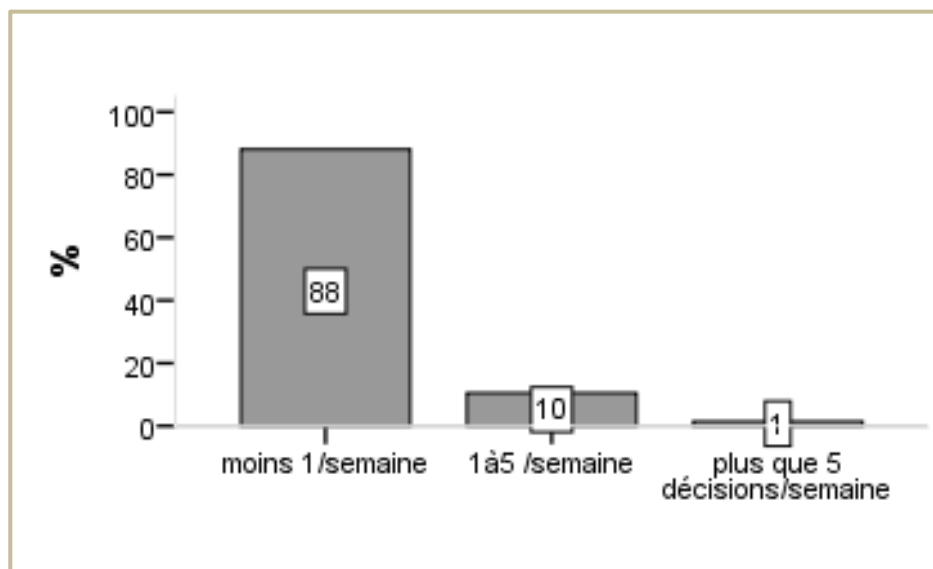


Figure 2 : Prévalence estimée par les médecins réanimateurs des décisions de Limitation–arrêt des traitements au sein de leurs services d'appartenance.

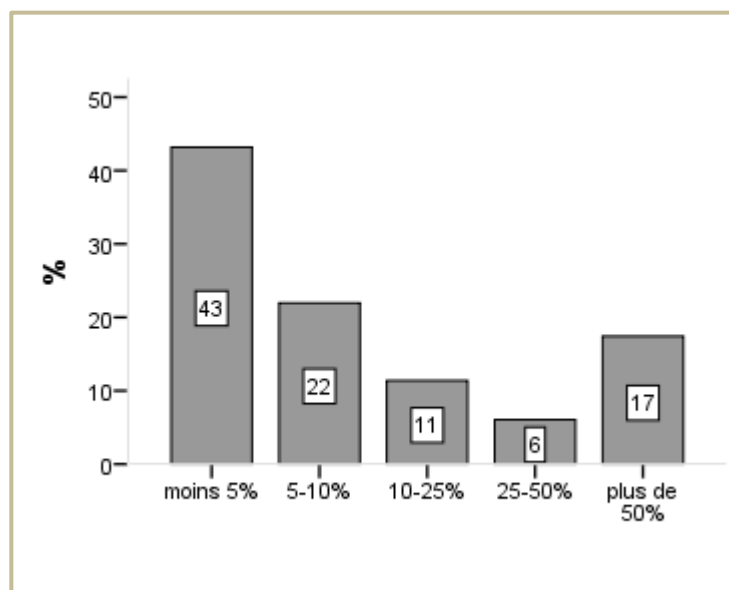


Figure 3 : Proportion de décès survenant après une décision de limitation–arrêt des traitements selon les médecins réanimateurs marocains.

5.2. Obstacles aux décisions de LAT chez les patients en fin de vie en réanimation :

Le premier motif choisi par le MR comme obstacles aux décisions de LAT était l'absence de cadre légal au Maroc. Les principes religieux islamiques ainsi que les caractéristiques socioculturelles marocaines ont été choisis par à peu près la moitié des MR interrogés. Une minorité seulement pensait qu'il n'y avait aucun obstacle aux décisions de LAT.

Tableau VI : Obstacles rencontrés par les médecins réanimateurs lors de la prise de décisions de limitation arrêt des traitements (LAT) vitaux :

Obstacles à la limitation–arrêt des traitements	N (%)
Absence de cadre légal au Maroc	113 (75%)
Principes religieux islamiques	69 (46%)
Caractéristiques socioculturelles marocaines	66 (46%)
Aucun obstacle pour prendre des décisions de LAT	20 (13%)

5.3. Point de vue concernant la limitation arrêt des traitements vitaux :

La majorité des MR (59%) trouvaient que la limitation est éthiquement acceptable ; par contre l'arrêt des traitements est inacceptable (figure 4).

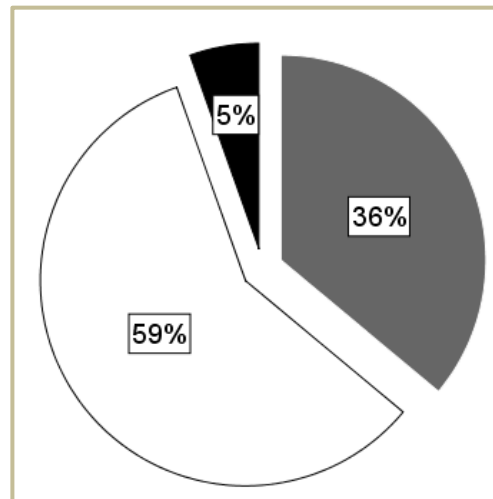


Figure 4 : Répartition des médecins réanimateurs selon leur point de vue sur la limitation-arrêt des traitements vitaux. (Secteur gris : limitation et arrêt sont éthiquement inacceptables ; Secteur blanc : La limitation est éthiquement acceptable mais l'arrêt est inacceptable ; Secteur noir : limitation et arrêt sont éthiquement acceptables).

5.4. Administration de sédatifs et morphiniques chez les patients en fin de vie :

Concernant l'administration de sédatifs/morphiniques chez les patients en fin de vie, la majorité considéraient cette pratique éthiquement acceptable car il n'est pas humain de laisser un patient souffrir. Par contre, une minorité considérait cette pratique comme éthiquement inacceptable car elle peut précipiter le décès du patient.

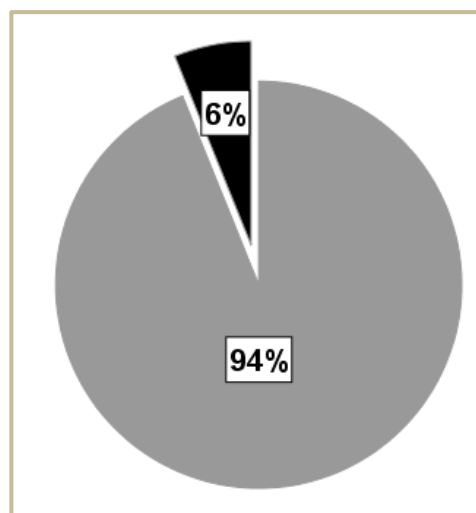


Figure 5 : Points de vue des médecins réanimateurs sur l'administration de sédatifs/morphiniques chez les patients en fin de vie

(Noir : pratique éthiquement inacceptable ; Gris : pratique éthiquement acceptable)

5.5. Facteurs influençant les décisions de Limitation - arrêt des traitements vitaux :

a. Volonté des patients :

Lorsqu'ils prenaient des décisions de LAT, 46% des MR ne prenaient pas en compte la volonté des patients lorsque ces derniers étaient capables de l'exprimer ou l'avaient déjà fait savoir de façon préalable.

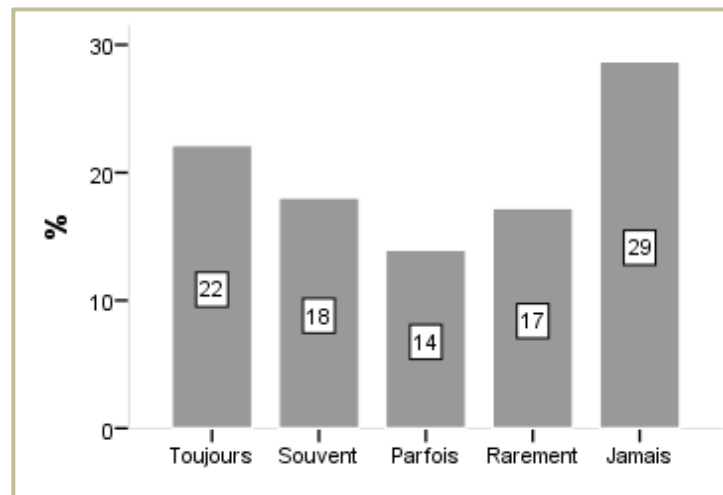


Figure 6 : Proportion de médecin réanimateurs prenant en compte la volonté du patient lors des décisions de limitation - arrêt des traitements vitaux :

b. Volonté de la famille :

La volonté des familles était souvent prise en compte pour les décisions de fin de vie, comme montré sur le graphe ci-dessous :

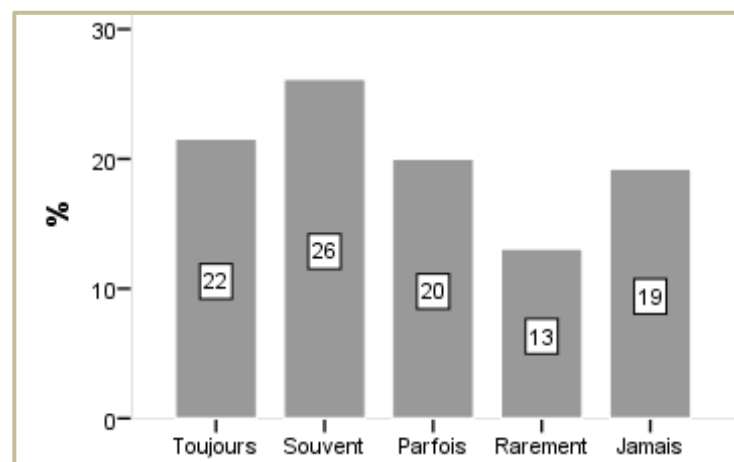


Figure 7 : Proportion de médecin réanimateurs prenant en compte la volonté des familles lors des décisions de limitation - arrêt des traitements vitaux :

c. Age du patient :

L'âge du patient était un facteur influençant les décisions prises par les médecins réanimateurs. La moitié le considéraient toujours ou souvent dans de telles décisions.

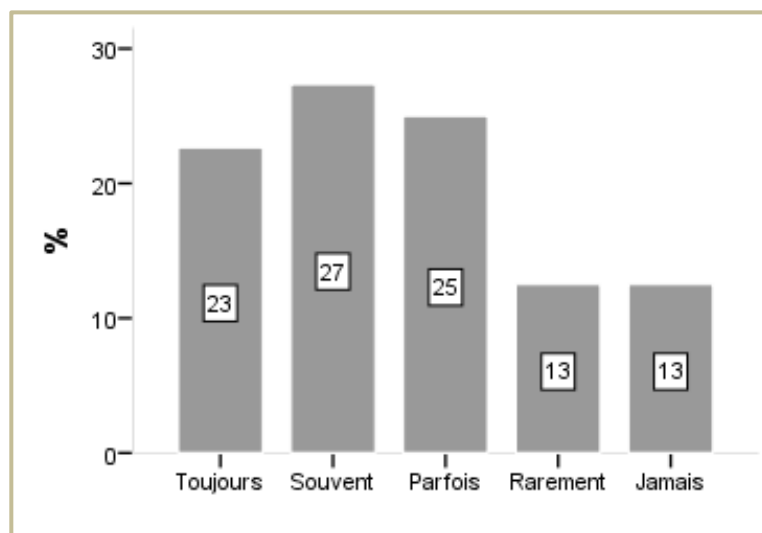


Figure 8 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence de l'âge du patient sur leur décision de limitation-arrêt des traitements :

d. Comorbidités du patient :

Les comorbidités du patient influençaient fortement la décision de LAT. La proportion de médecins réanimateurs prenant en compte ce facteur toujours ou souvent était de 81%.

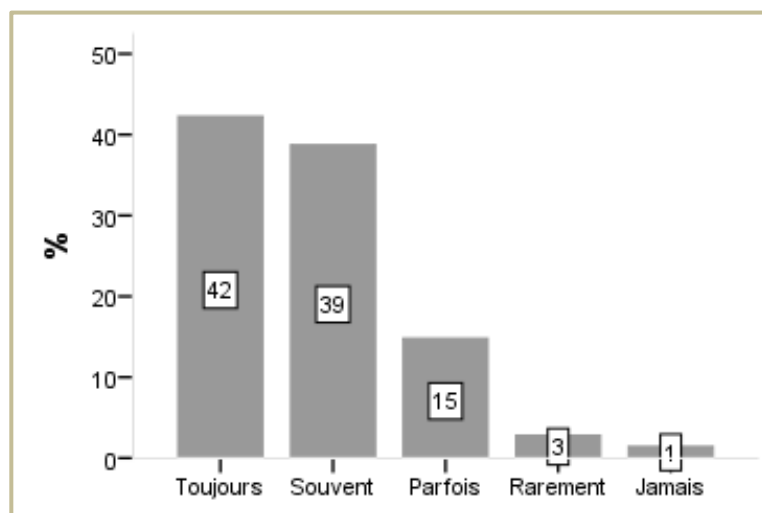


Figure 9 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence des comorbidités du patient sur leur décision de limitation-arrêt des traitements :

e. Absence de perspectives de guérison :

L'absence de perspective de guérison était aussi un facteur majeur de prise des décisions des LAT. L'aspect du graphique décrivant cette relation est identique à celui des comorbidités.

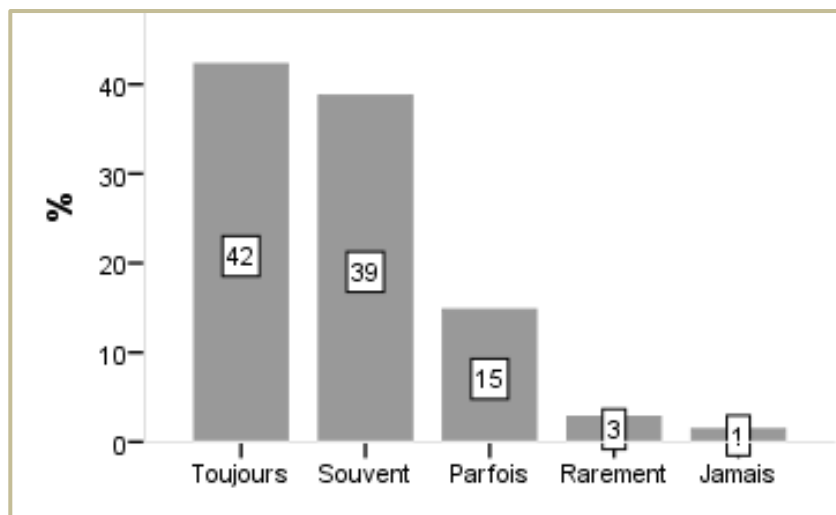


Figure 10 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence de l'absence de perspectives de guérison sur leur décision de limitation-arrêt des traitements :

f. Qualité de vie ultérieure :

La qualité de vie ultérieure du patient en fin de vie, était prise en compte souvent ou toujours par 40% des médecins réanimateurs. Alors que chez 28% de ces derniers ce facteur était rarement pris en compte ou jamais pris en compte.

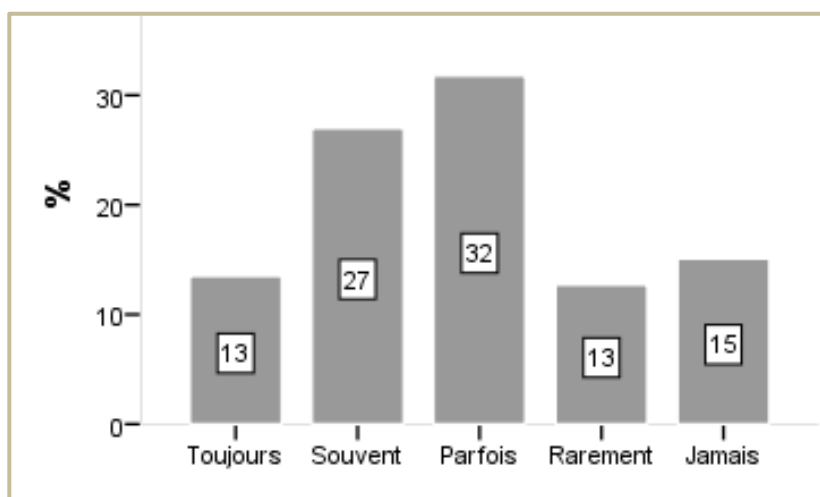


Figure 11 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence de la qualité de vie ultérieure sur les décisions de limitation-arrêt des traitements

g. Souffrance et inconfort engendrés par le maintien des traitements vitaux :

Cinquante pour cent des MR tenaient compte de la souffrance éventuelle et l'inconfort engendrés par maintien des traitements de suppléance vitale, contre 28% qui ne tenaient pas compte de ces facteurs.

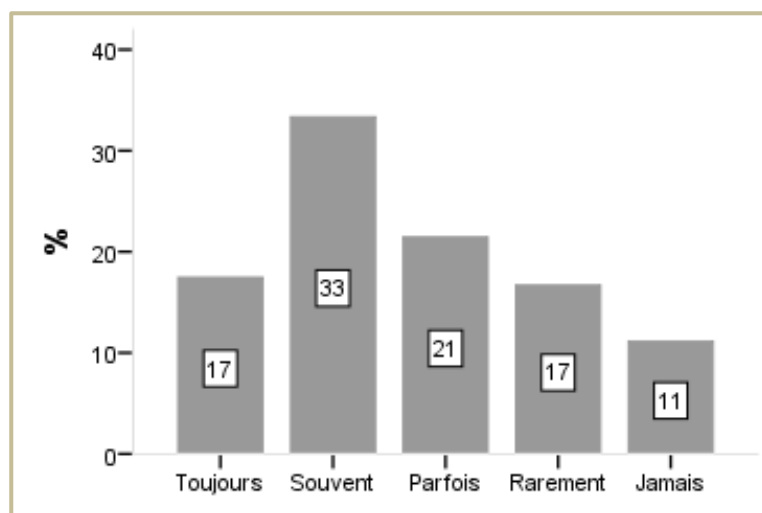


Figure 12 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence l'inconfort engendré par les traitements de suppléance vitale sur les décisions de LAT.

h. Le coût financier supporté par le patient ou sa famille

Le coût financier supporté par le patient ou sa famille en l'absence de couverture médicale, n'influait les décisions de LAT que chez 31% des MR.

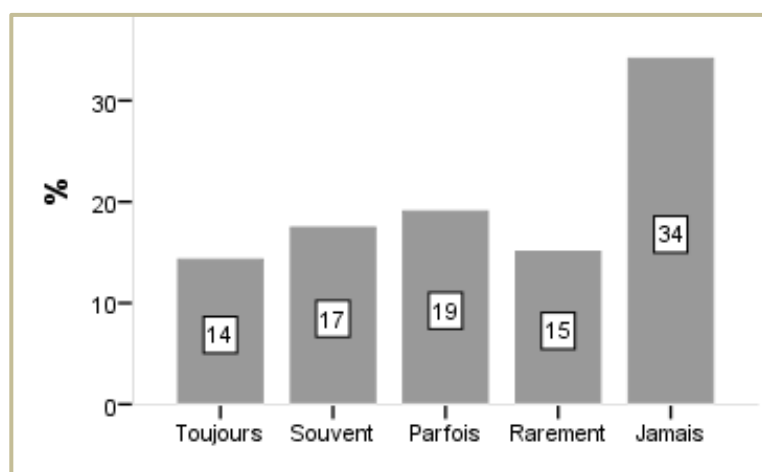


Figure 13 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence du coût financier supporté par le patient ou sa famille sur leur décision de limitation-arrêt thérapeutique.

i. Le coût financier supporté par l'institution médicale ou par la société en général :

Parallèlement à la question précédente, le coût financier supporté par l'institution médicale ou par la société en général n'influait jamais les décisions de LAT chez 44% de des MR.

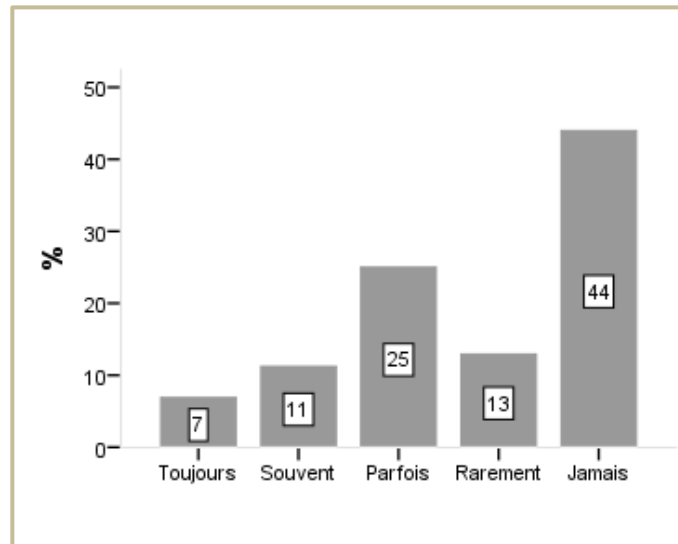


Figure 14 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence du **coût financier supporté par l'institution médicale ou par la société** sur leur décision de LAT.

j. Le manque de lits de réanimation :

Le manque de lits n'était considéré comme facteur de décision que par 22% des MR.

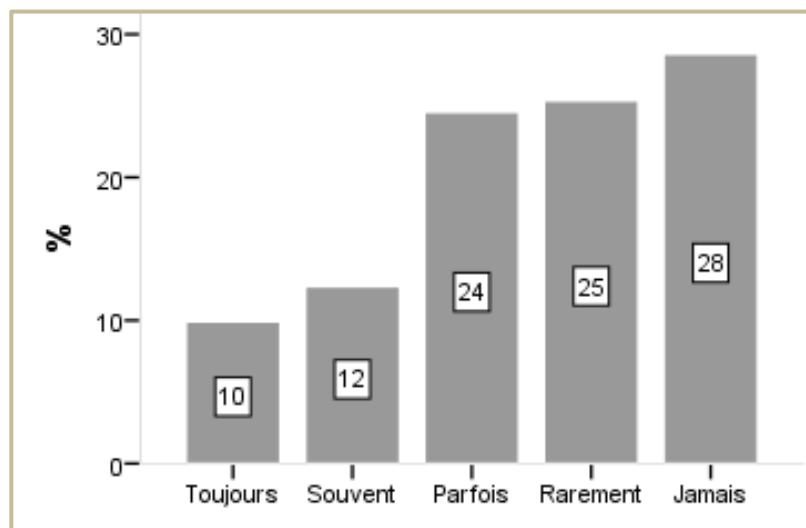


Figure 15 : Répartition des médecins réanimateurs selon l'influence du **manque de lits de réanimation** sur les décisions de LAT

5.6. L'islam et la limitation et l'arrêt des traitements (LAT) selon les médecins réanimateurs marocains :

A la question « Pensez-vous que l'islam interdit la LAT des traitements futiles chez les patients en fin de vie ? », 76 % des MR ont répondu négativement.

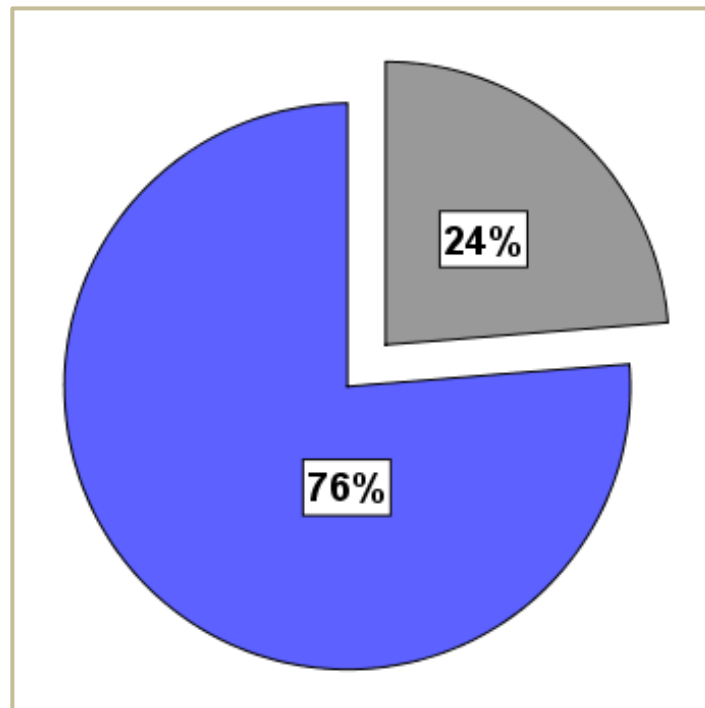


Figure 16 : Point de vue des médecins réanimateurs sur l'interdiction ou non par la religion de la limitation –arrêt des traitements (LAT) vitaux chez les patients en fin de vie.
(En bleu les médecin réanimateurs qui pensent que l'islam autorise la LAT, en gris : ceux qui pensent que l'islam interdit la LAT.)

5.7. Aspects psychologiques des décisions de fin vie :

Discuter une décision de fin de vie avec le patient ou sa famille n'était jamais voire rarement une attitude aisée pour 58% des MR (figure 17). Par contre, ceux qui avaient des remords (toujours ou souvent) ne représentaient que 27% de l'ensemble des MR (figure 18).

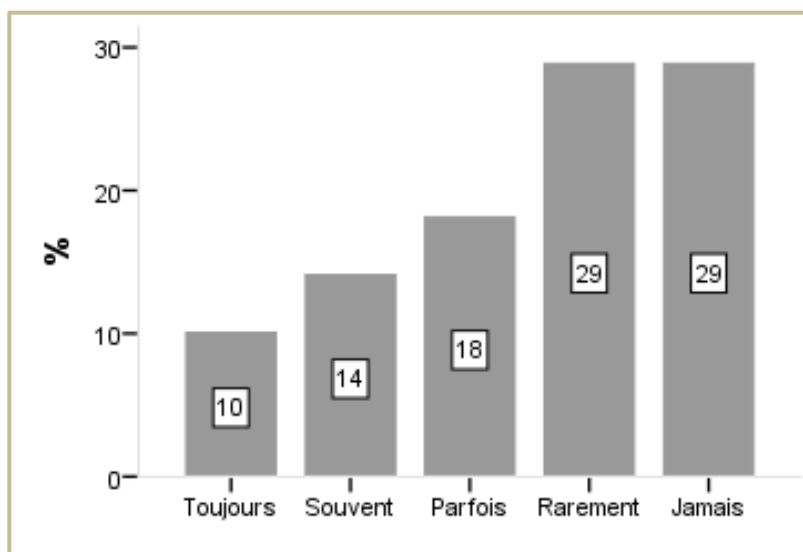


Figure 17 : Proportion de médecins réanimateurs étant à l'aise lors de la discussion de la fin de vie avec les patients ou leurs familles

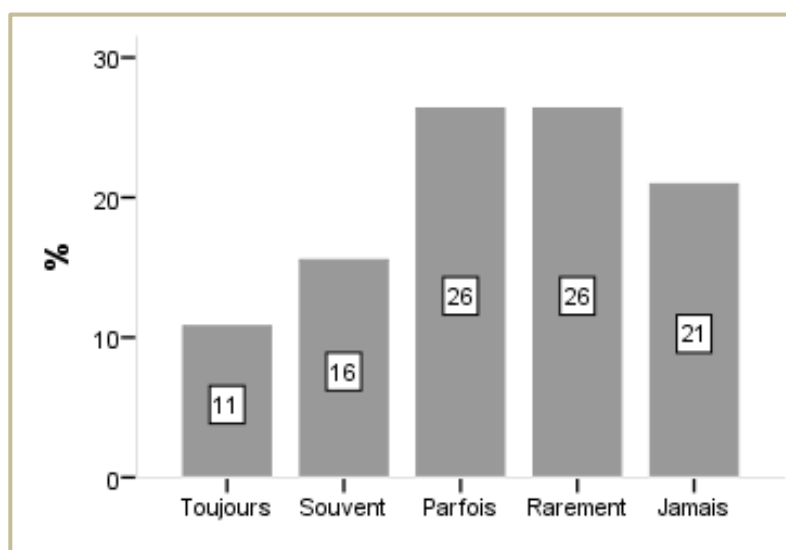


Figure 18 : Proportion de médecins ayant des remords lorsqu'ils décident de faire une LAT chez un patient en fin de vie.

5.8. Attitude pratiques des médecins réanimateurs devant un patient en fin de vie :

La majorité des MR marocains (77%) acceptaient la limitation des traitements chez les patients en fin de vie (figure 19). Par contre, lorsqu'il s'agit d'arrêter les traitements actifs tels que la ventilation mécanique ou les vasopresseurs, ce pourcentage chutait à 45% (figure 20). De plus 33 % des MR ne faisaient que rarement ou jamais l'arrêt des traitements vitaux (figure 20).

Quant à l'administration de sédatif/morphiniques chez le patient en fin de vie, 63% avaient recours à cette pratique (toujours ou souvent). Une proportion assez conséquente de MR (18%) n'administrait ces traitements de confort que rarement ou jamais (figure 21)

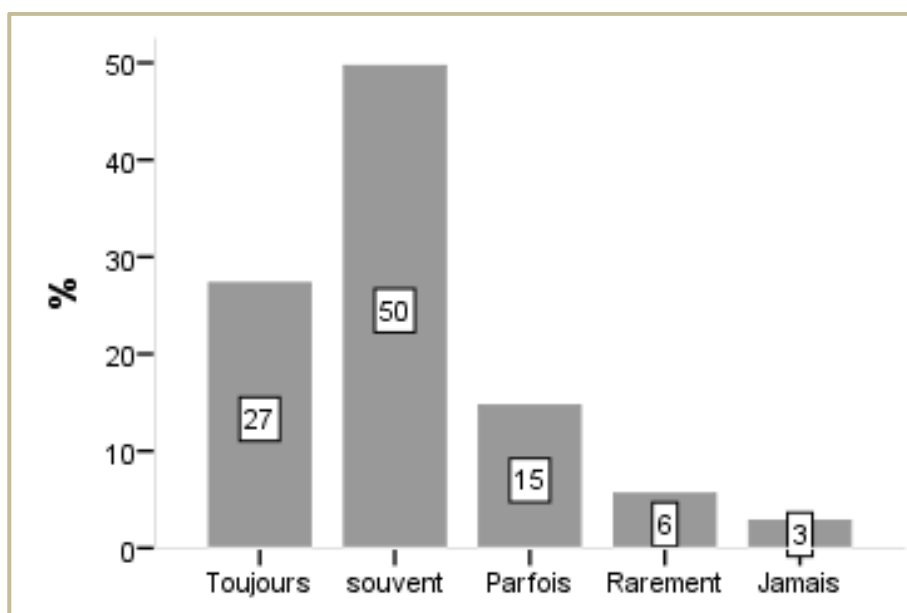


Figure 19 :Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient une limitation des nouveaux traitements mais n'arrêtaient pas les traitements en cours, chez les patients en fin de vie.

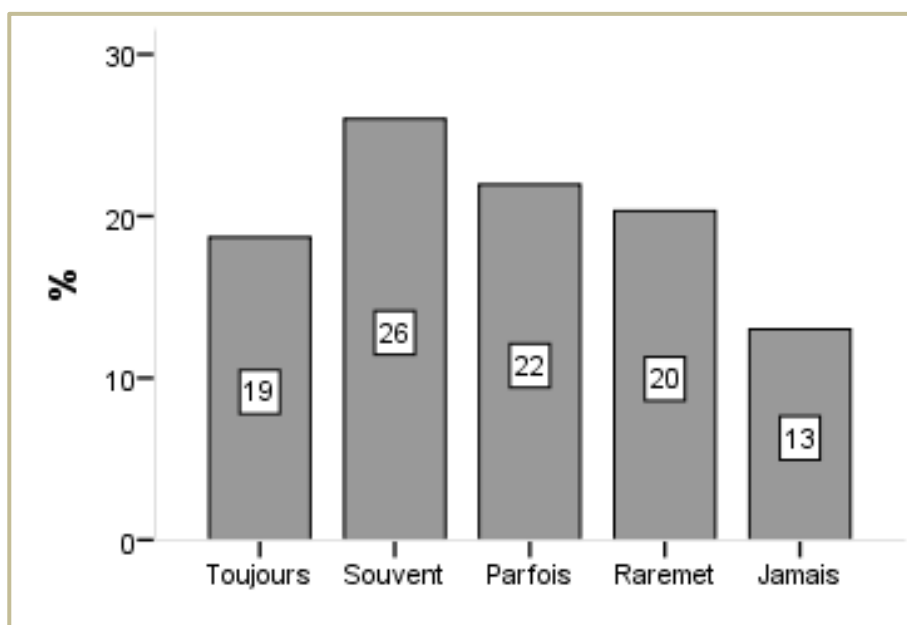


Figure 20 :Proportion de médecins réanimateurs qui arrêtent les traitements actifs chez les patients en fin de vie.

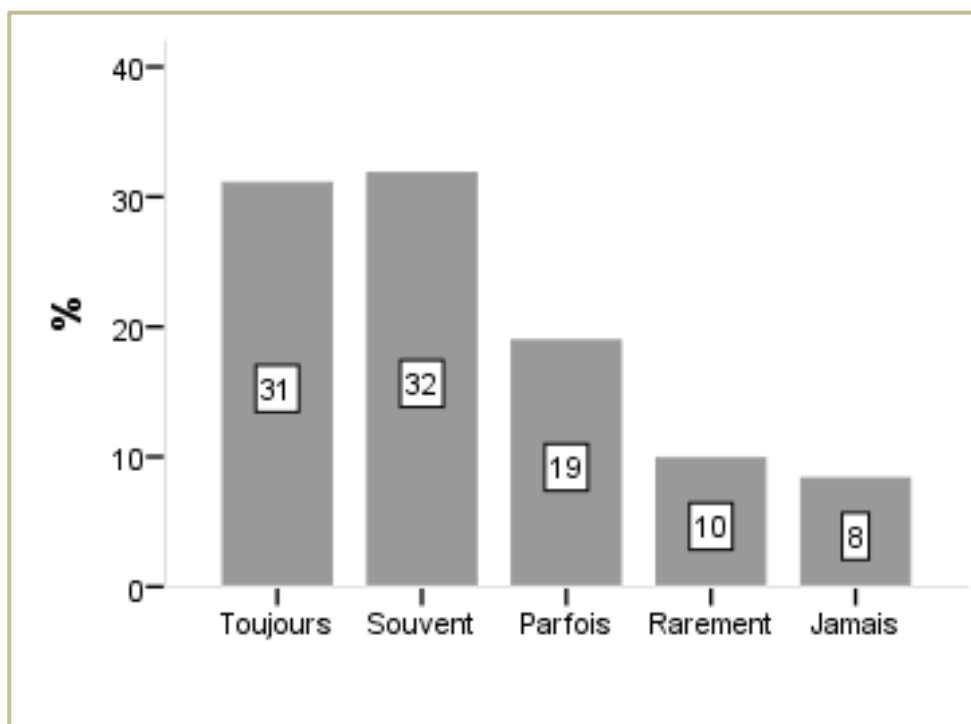


Figure 21 : Proportion des médecins qui administrent des sédatifs/morphiniques pour soulager la souffrance des patients en fin de vie.

5.9. Aspects pratiques et attitudes en fonction du type de traitements de suppléance vitale :

a. Nutrition entérale ou parentérale :

La moitié à peu près des MR inclus ne limitaient pas (rarement ou jamais) la nutrition entérale/parentérale chez les patients en fin de vie. Les chiffres étaient très proches pour ce qui est de l'arrêt de cette thérapeutique vitale.

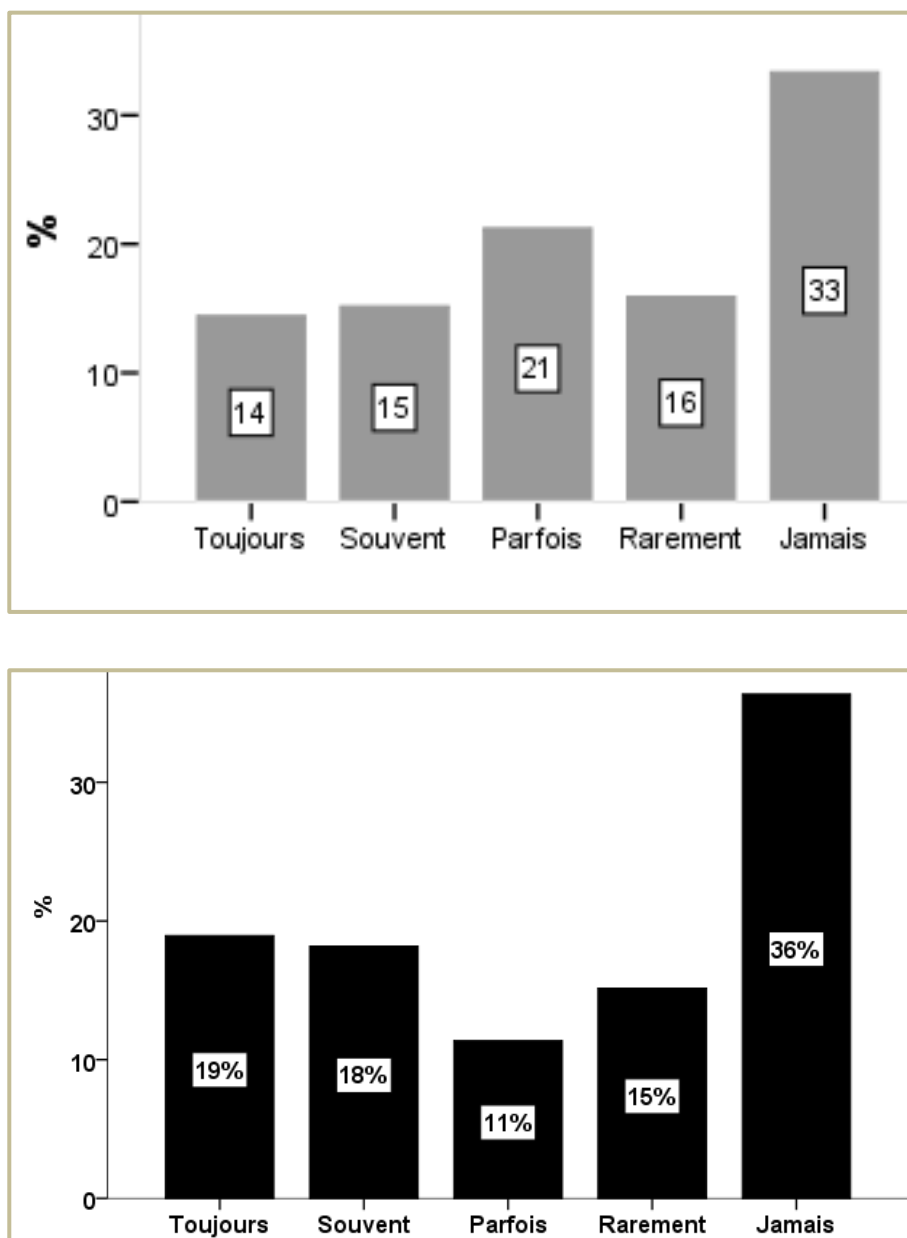


Figure 22 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisent la limitation (graphe supérieur, barre) et l'arrêt (graphe inférieur) de la nutrition entérale/parentérale.

b. La perfusion des fluides intraveineux :

La grande majorité des MR (71%) ne limitaient ni n'arrêtaient (jamais ou rarement) la perfusion de fluides intraveineux chez les patients en fin de vie. Les deux graphes montrant ces données sont d'ailleurs très similaires.

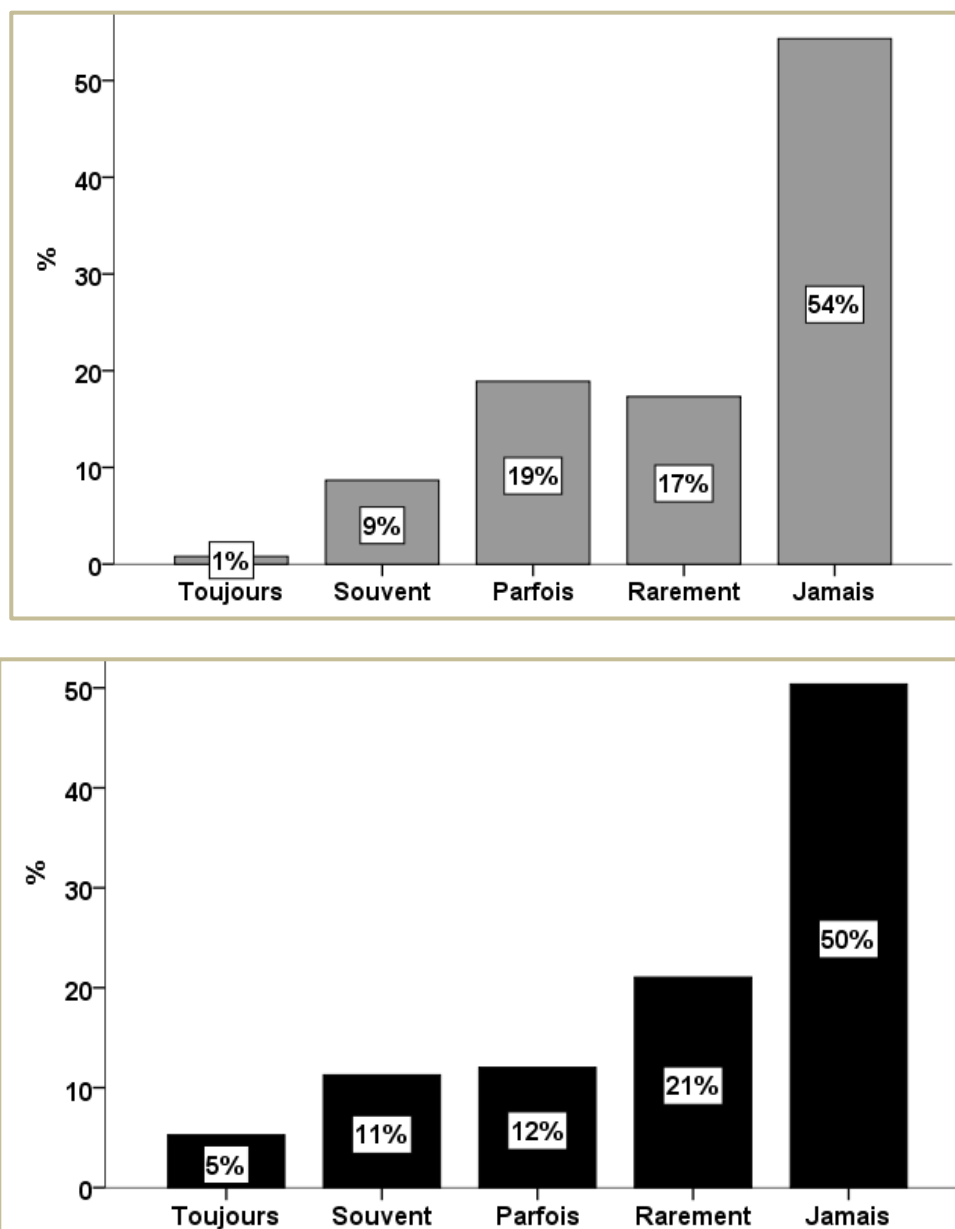


Figure 23 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et l'arrêt (graphe inférieur) de la perfusion de fluides intraveineux.

c. Les antibiotiques à large spectre :

Les antibiotiques à large spectre faisaient partie des traitements fréquemment sujets aux décisions de LAT par les MR. En effet 66% des MR limitaient leur administration et 60% les arrêtaient (toujours et souvent). Une minorité de MR ne limitait et n'arrêtait jamais ou rarement leur administration respectivement 19% et 24%.

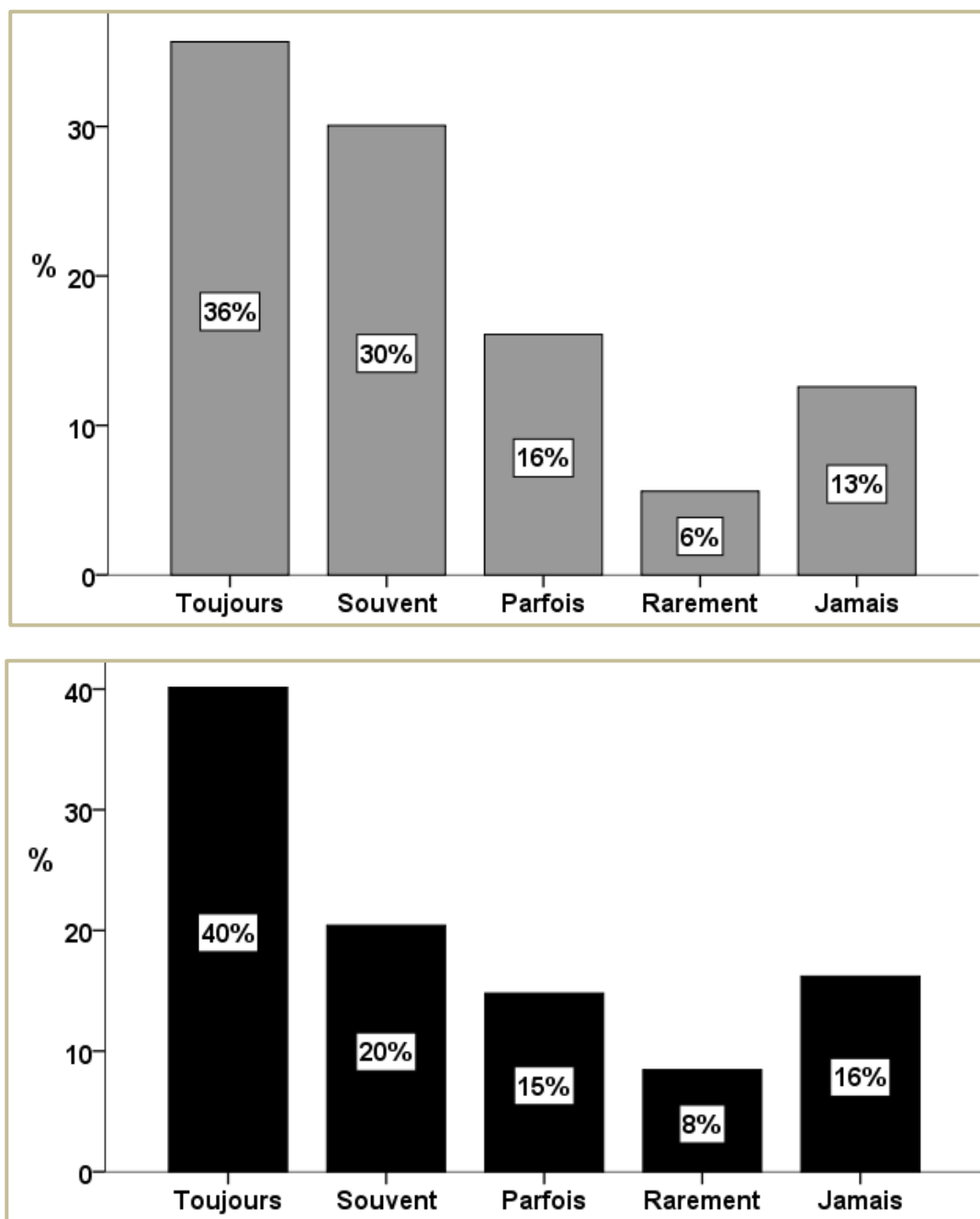


Figure 24 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisent la limitation (graphe supérieur) et l'arrêt (graphe inférieur) de l'administration d'antibiotiques à large spectre.

d. L'oxygénothérapie (nasale ou masque) :

Il y avait une tendance claire à la non limitation ni l'arrêt de l'oxygénothérapie chez les patients en fin de vie comme le montrent les figures ci-dessous.

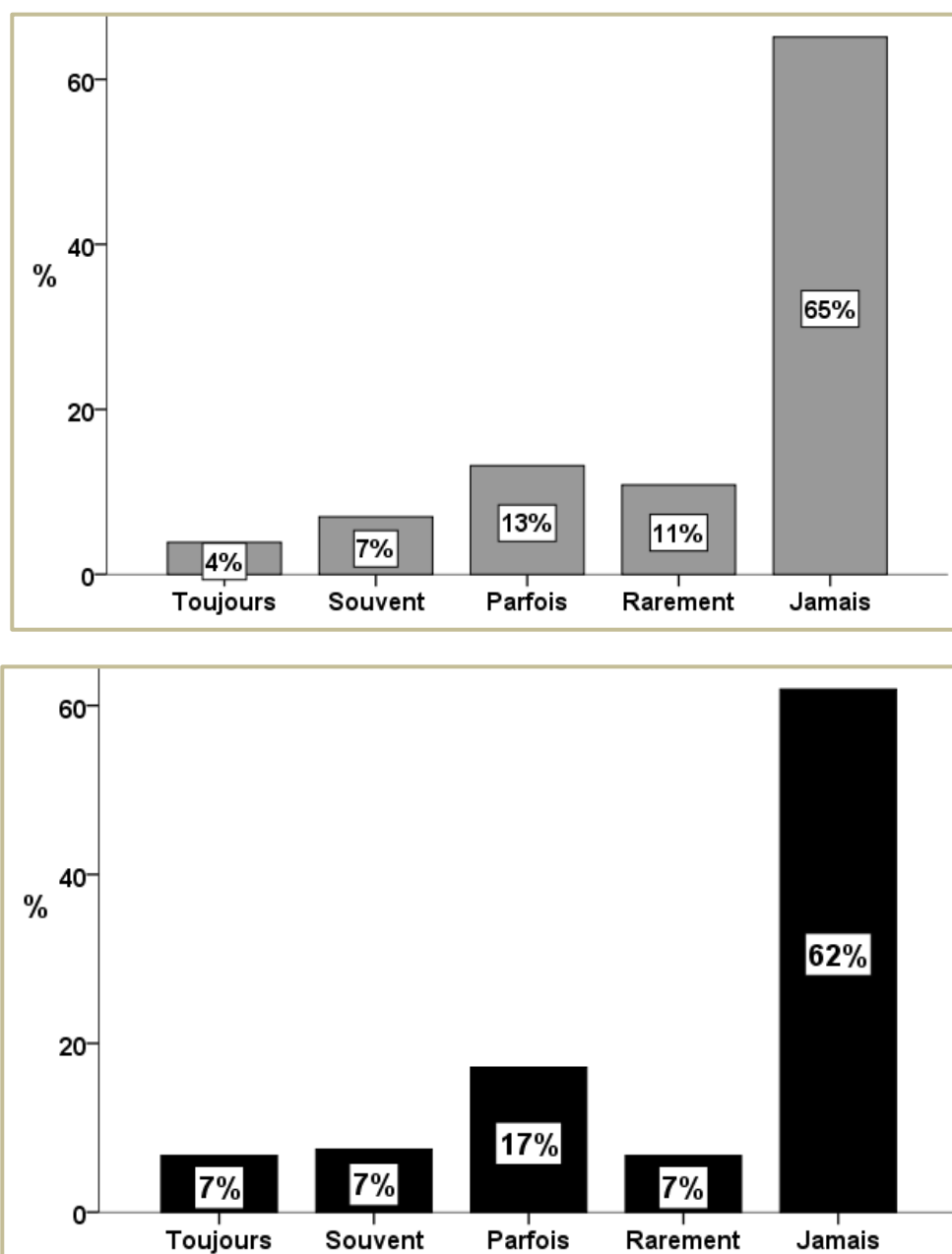


Figure 25 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de l'oxygénothérapie chez les patients en fin de vie.

e. La ventilation non invasive :

Un peu plus de la moitié des MR ne limitaient ni n'arrêtaient jamais ou rarement la ventilation non invasive (VNI) : 52% pour la limitation et 51% pour l'arrêt de la VNI.

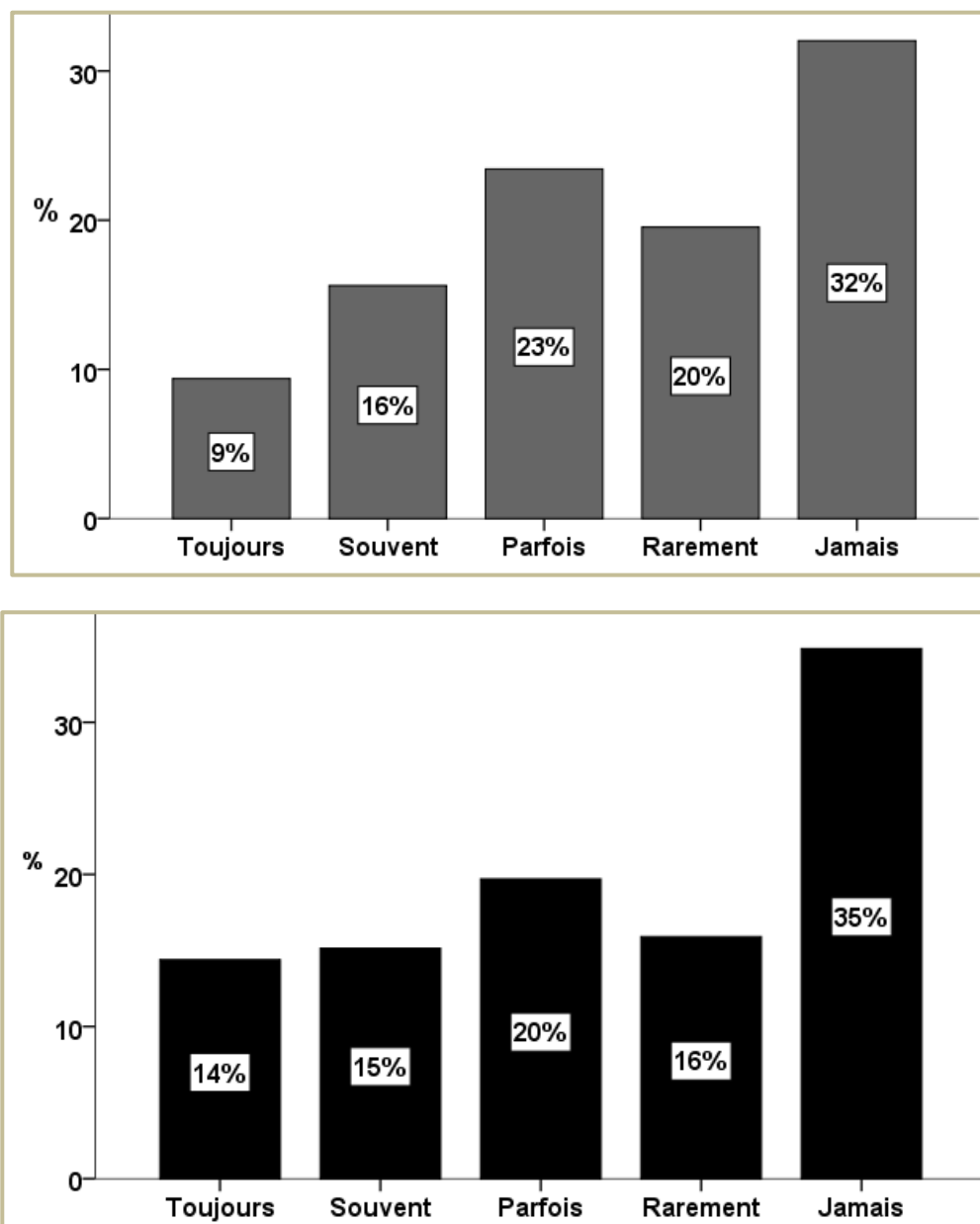


Figure 26 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de la ventilation non invasive.

f. La ventilation mécanique invasive :

Seuls 41% des MR réalisaient souvent ou toujours une limitation de la ventilation invasive. Ce pourcentage chutait à 24% lorsqu'il s'agissait de l'arrêt de cette suppléance vitale chez les patients en fin de vie.

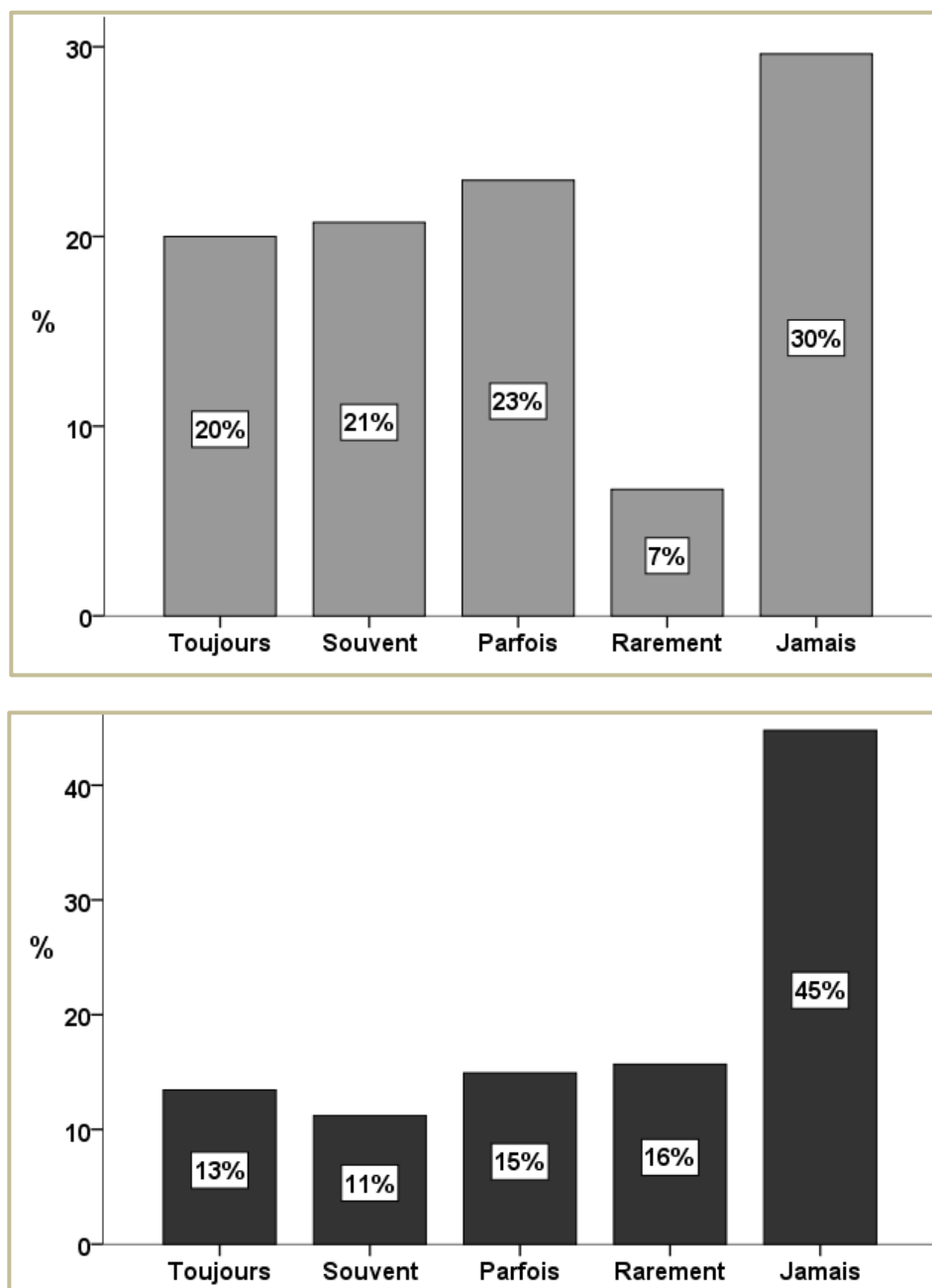


Figure 27 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de la ventilation mécanique invasive.

g. La limitation des vasopresseurs/inotropes :

Dans cette étude, respectivement 60% et 53% des MR réalisaient (toujours ou souvent) une limitation et un arrêt des vasopresseurs/inotropes chez les patients en fin de vie. Alors que 21% et 28% ne limitaient et n'arrêtaient jamais ou rarement ce type de traitements actifs :

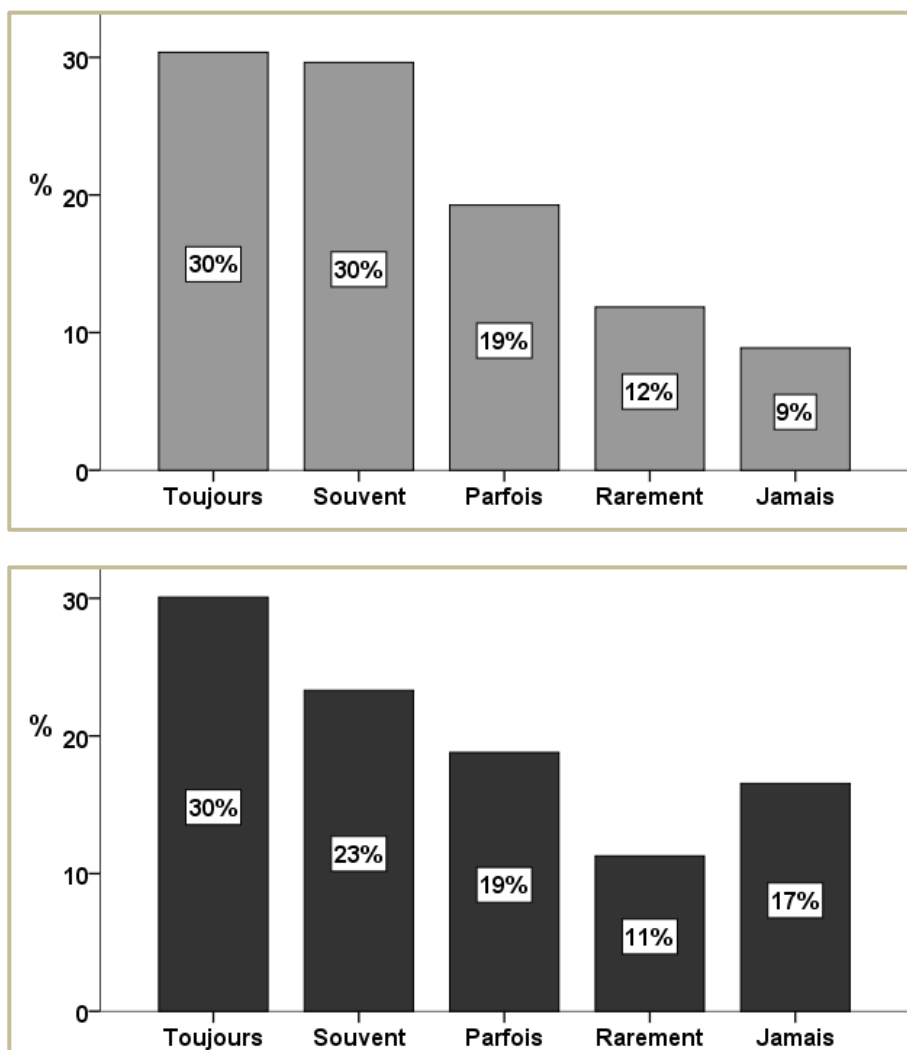


Figure 28 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) des médicaments vasopresseurs/inotropes.

h. Epuration extra-rénale :

La majorité de MR réalisaient toujours et souvent la limitation et l'arrêt de l'épuration extra-rénale avec des pourcentages de 68% pour la limitation et 62% pour l'arrêt.

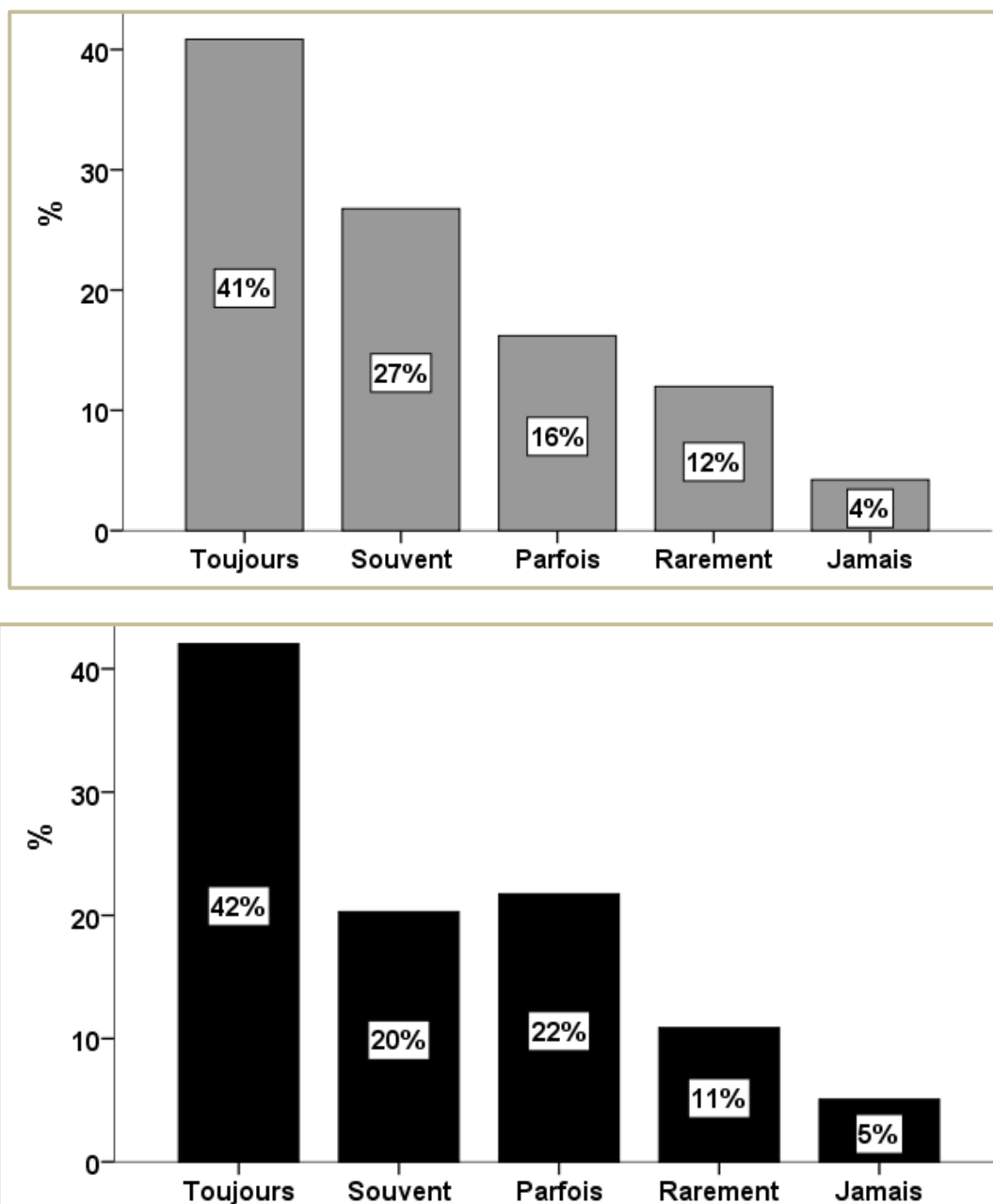


Figure 29 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de l'épuration extra-rénale.

i. La transfusion de produits sanguins labiles :

La limitation et l'arrêt de la transfusion de produits sanguins étaient des attitudes fréquemment réalisées par les MR chez les patients en fin de vie comme le montrent les graphiques ci-dessous.

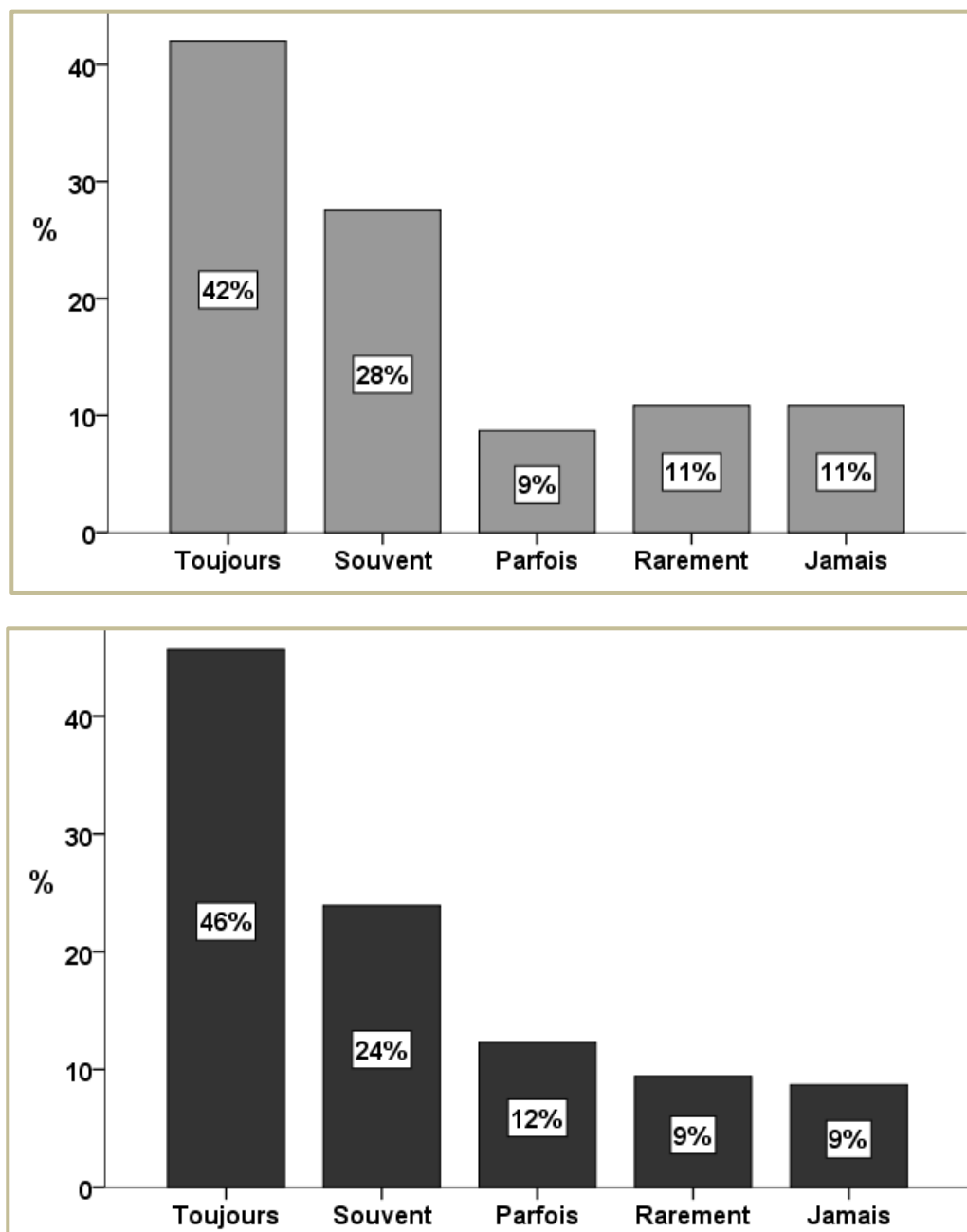


Figure 30 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisaient la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de la transfusion de produits sanguins labiles.

j. La réanimation cardiopulmonaire :

Les médecins réanimateurs marocains ont montré une tendance nette aussi bien à la limitation qu'à l'arrêt de réanimation cardiopulmonaire (RCP) : 80 % limitaient toujours ou souvent la RCP et 83% arrêtaient la RCP si elle était déjà instaurée.

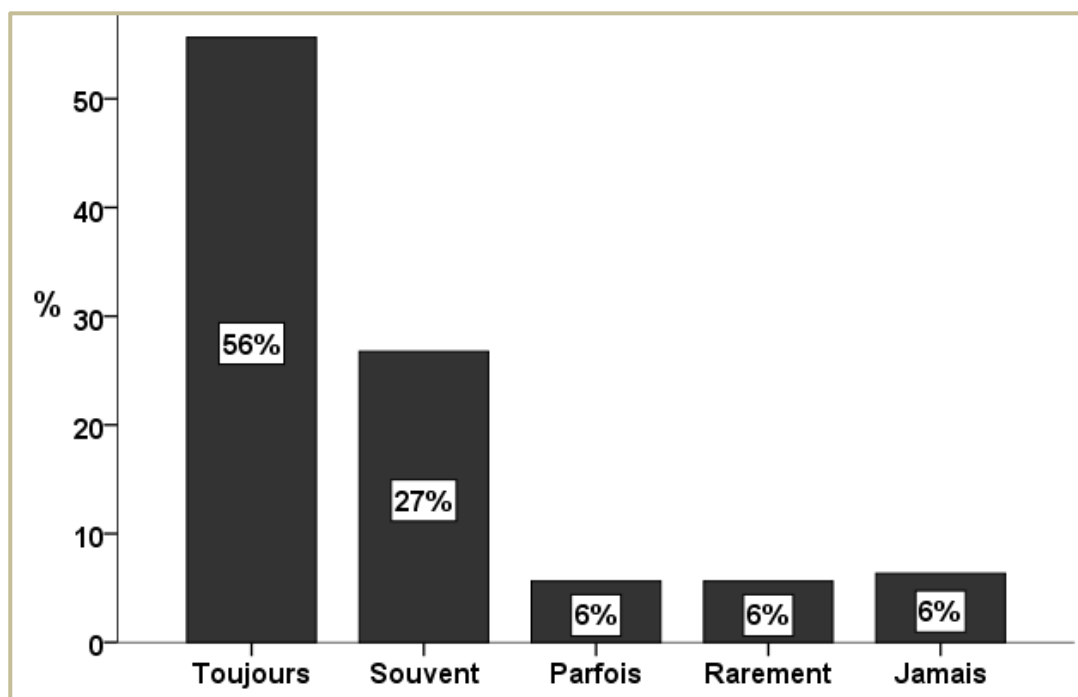
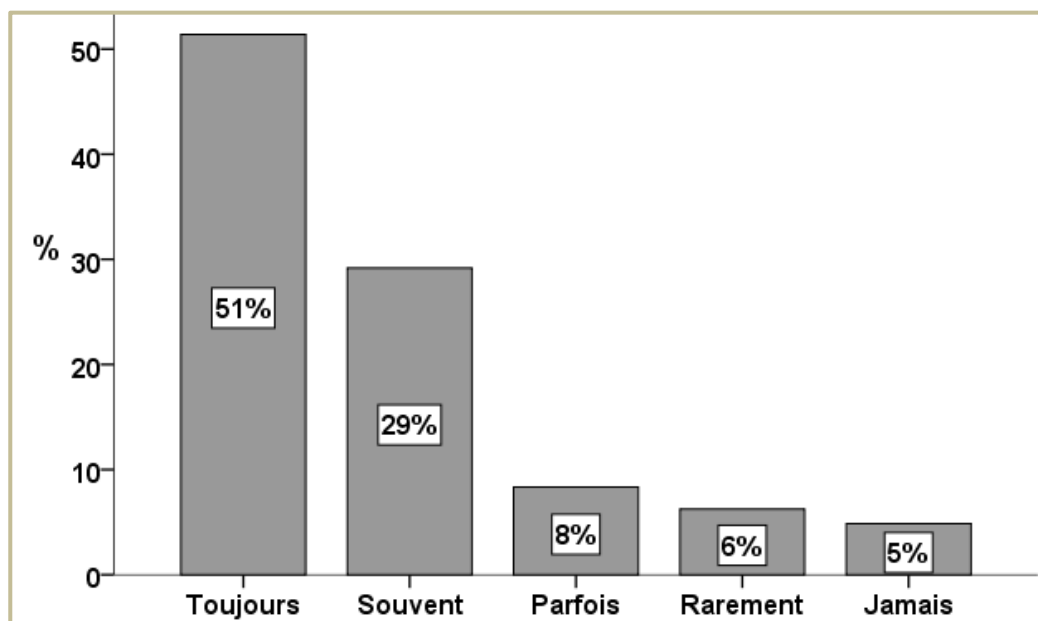


Figure 31 : Proportion de médecins réanimateurs qui réalisent la limitation (graphe supérieur) et/ou l'arrêt (graphe inférieur) de la réanimation cardiopulmonaire.

Tableau VII : Récapitulatif de la proportion des médecins réanimateurs qui réalisaient une limitation – arrêt (LAT) des différents traitements de suppléance vitale chez les patients en fin de vie. (Les réponses toujours et souvent ont été considérées comme une tendance à réaliser la limitation ou l'arrêt)

Traitements actifs	Limitation [n (%)]	Arrêt [n(%)]
Nutrition entérale/parentérale	44 (29%)	56 (37%)
Fluides intraveineux	13 (9%)	24 (16%)
Antibiotiques à large spectre	100 (66%)	92 (61%)
Oxygénothérapie	17 (11%)	21 (14%)
Ventilation non invasive	38 (25%)	48 (29%)
Ventilation invasive	62 (41%)	28 (25%)
Vasopresseurs/inotropes	91 (60%)	80 (53%)
Épuration extra-rénale	103 (68%)	98 (62%)
Transfusion de produits sanguins	105 (70%)	105 (70%)
Réanimation cardiopulmonaire	122 (81%)	124 (82%)

6. Attitudes pratiques concernant la ventilation mécanique et les vasopresseurs chez un patient en fin de vie :

Les tableaux ci-dessous explicitaient les attitudes des MR vis-à-vis de la ventilation mécanique et des vasopresseurs/inotropes chez les patients en fin de vie.

Tableau VIII : Attitudes des médecins réanimateurs vis-à-vis de la ventilation mécanique chez les patients en fin de vie.

Attitudes proposées dans le questionnaire	N (%)
Réduire progressivement la fraction inspirée en oxygène	130 (86%)
Réduire la ventilation minute	38 (25%)
Changer de mode ventilatoire (passer d'un mode contrôlé à un mode spontané)	39 (26%)
Arrêter la ventilation mécanique en gardant la sonde trachéale	11 (7%)
Extuber le patient	3 (2%)

Tableau IX : Attitudes pratiques des médecins réanimateurs concernant les vasopresseurs/inotropes chez les patients en fin de vie :

Attitudes proposées dans le questionnaire	N (%)
Réduire progressivement les doses	27 (18%)
Arrêter complètement la seringue électrique	32 (21%)
Ne pas renouveler la seringue électrique	72 (48%)
Fixer une dose maximale à ne pas dépasser	74 (49%)

7. Décider de la limitation–arrêt des traitements (LAT) pour un patient en fin de vie :

7.1. Participants aux décisions de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) :

Le tableau montre les choix des MR concernant les personnes participant aux décisions de LAT chez les patients en fin de vie. Les choix des MR montraient que le plus souvent plusieurs médecins seniors participaient à cette décision et que le médecin traitant du patient ainsi que sa famille étaient le plus souvent impliqués. Cependant, les autres membres de l'équipe soignante, notamment les infirmiers ainsi que le patient lui-même étaient rarement invités à participer à ces décisions.

Tableau X : Choix des médecins réanimateurs des personnes participant aux décisions de Limitation et d'arrêt des traitements (LAT) au sein de leur service :

Participants à la décision de fin de vie	N (%)
Un seul médecin senior	40 (27%)
Plusieurs médecins seniors (un consensus est exigé)	94 (62%)
Le médecin traitant du patient est impliqué	86 (57%)
L'infirmier qui s'occupe du patient participe à la décision	35 (23%)
Le patient s'il est apte à prendre une décision	27 (18%)
La famille du patient ou ses représentants	83 (55%)

7.2. Lieu de décès en cas de décision de LAT pour un patient en fin de vie :

La majorité des décès aurait lieu dans le service de réanimation, voire à domicile et plus rarement dans un autre service froid.

Tableau XI : Lieu de décès des patients en fin de vie selon les médecins réanimateurs une fois la décision de LAT est prise :

Lieu de décès après décision de LAT	N (%)
Le patient est gardé en réanimation jusqu'à son décès	134 (89%)
Le patient est transféré dans un service froid	7 (5%)
Le patient est transféré à domicile	95 (63%)

7.3. Traçabilité de décisions de LAT sur le dossier patient :

La majorité des médecins réanimateurs participants à l'étude rapportaient que les décisions de LAT n'étaient pas consignées sur le dossier patient. Seul 20% des MR consignaient

la décision sur le dossier mais sans préciser le protocole de LAT et une minorité renseignait à la fois la décision et le protocole de LAT.

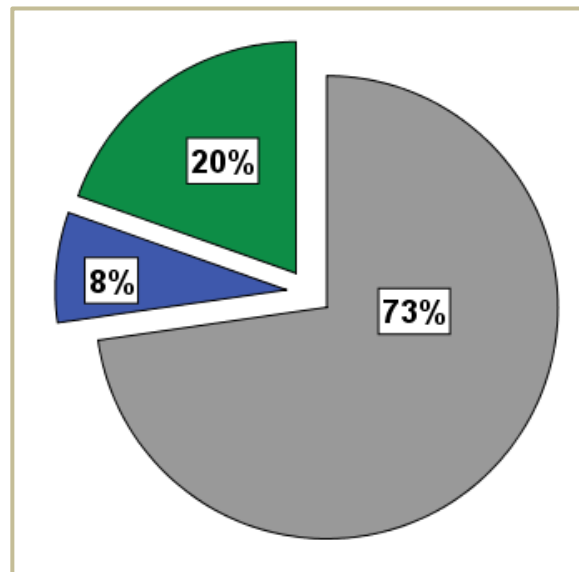


Figure 32 : Proportion de traçabilité des décisions de LAT chez les patients en fin de vie selon les médecins réanimateurs marocains.

(Secteur Gris : décisions de LAT non consignées sur le dossier, secteur Vert : décision consignée sur le dossier patient mais le protocole de LAT n'est pas écrit, secteur Bleu : Décision et protocole de LAT rapportés sur le dossier patient)

7.4. Protocoles de LAT chez les patients en fin de vie dans les réanimations marocaines :

La quasi-totalité des services de réanimation marocains (94.5% ; n=137) ne disposait pas de protocole de LAT selon les MR interrogés.

8. Communication :

8.1. Information du patient et sa famille sur les décisions de LAT (figure 33) :

Plus de la moitié des MR soit 52% (n=75) n'informaient jamais le patient sur les décisions de LAT même s'il était apte à comprendre. A contrario, la proportion de MR qui informaient toujours ou souvent la famille sur ces décisions était de 76 % comme le montre l'aspect inversé du 2^e graphe de la figure 33.

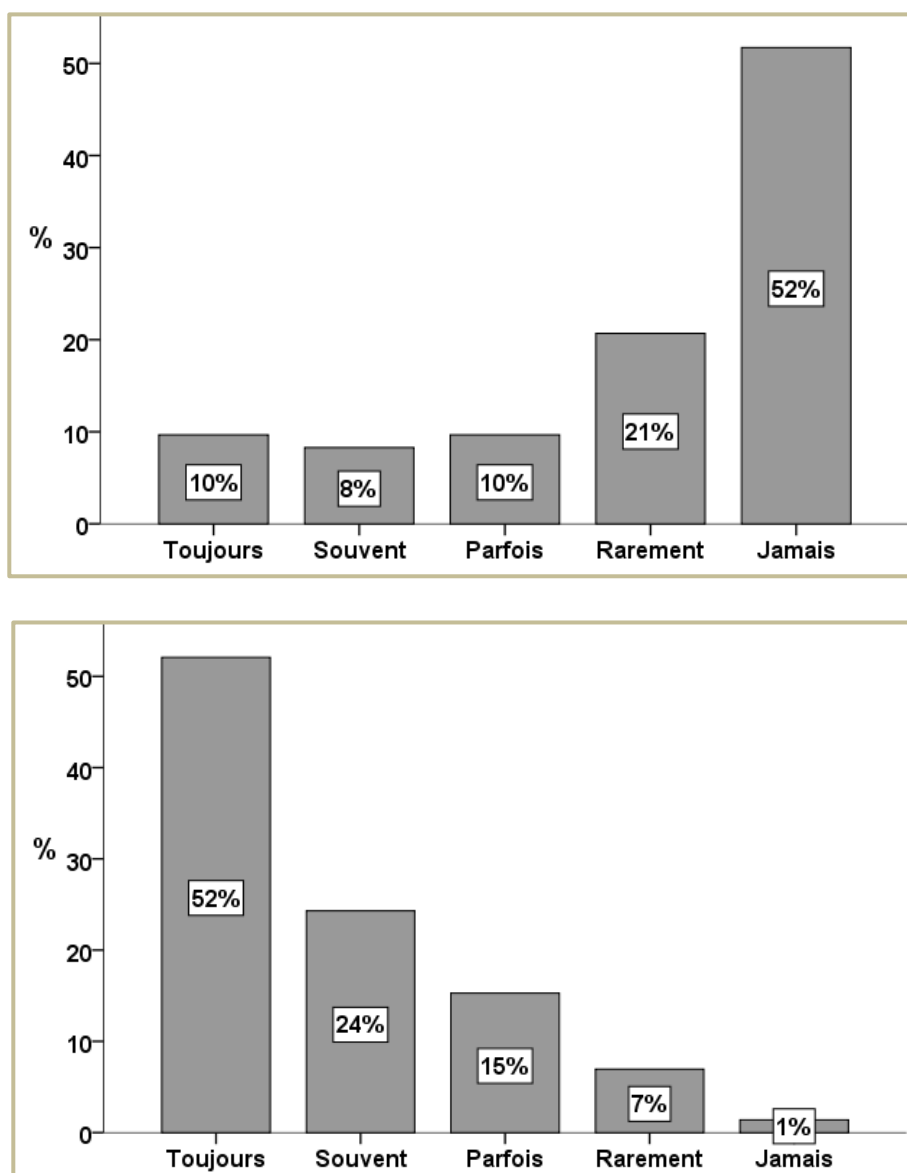


Figure 33 : Proportions des médecins réanimateurs qui informaient les patients (graphe supérieur) ou leurs familles des décisions de LAT.

8.2. Divergences entre les médecins réanimateurs et les patients ou leurs familles concernant les décisions de LAT :

Concernant les décisions de LAT, les patients ou leurs familles étaient souvent ou toujours d'accord avec les médecins réanimateurs dans 63% des cas.

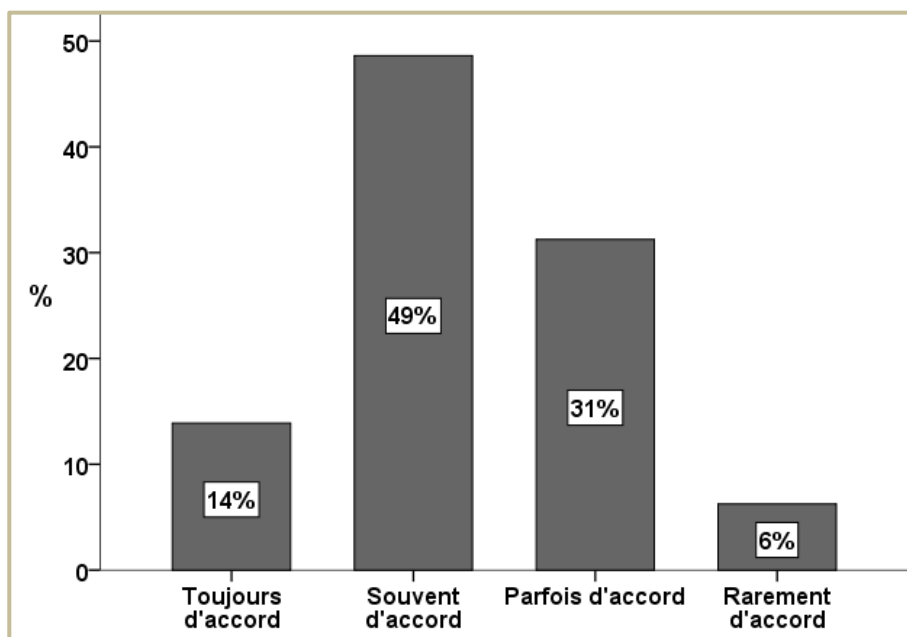


Figure 34 : Proportion d'accord entre les médecins réanimateurs et les patients ou leurs familles en cas de décisions de LAT.

On a demandé aux médecins répondants, de préciser leur attitude en cas de divergence entre eux et la famille d'un patient en fin de vie concernant les décisions de LAT. Par exemple : une demande de traitement de suppléance vitale pour un patient ayant un cancer métastatique en phase terminale. La majorité des MR (58%) accéderaient à la demande de la famille malgré l'absence de bénéfices du traitement, alors que 34% préféreraient faire ce qu'ils jugeaient le plus adéquat pour le patient, 18% consulteraient une tierce partie, et enfin 6% proposeraient d'autres options selon le contexte. A titre d'exemple : consulter le médecin traitant, ou communiquer pour convaincre la famille

Tableau XII : Présentation des différentes attitudes des médecins réanimateurs en cas de divergence avec les familles concernant les décisions de LAT

Attitude des médecin réanimateurs	N (%)
Accéder à la demande de la famille malgré l'absence de bénéfices du traitement	83(57,6%)
Faire ce qui est le plus adéquat pour le patient	49(34%)
Consulter une tierce partie	31(21,5%)
Autres	11(7,6%)

Concernant la tierce partie consultée, il s'agissait le plus souvent d'un autre médecin (66%) ou d'un autre membre de la famille (46%), plus rarement d'un comité d'éthique, de l'administration hospitalière ou d'une autorité religieuse (Tableau XIII)

Tableau XIII : Tierce partie consultée par les médecins réanimateurs en cas de divergence avec les familles des patients en fin de vie sur les décisions de LAT.

Partie consultée	N (%)
Autre médecin	99 (66%)
Autre membre de la famille	69 (46%)
Comité d'éthique	33 (22%)
Administration de l'établissement hospitalier	15 (10%)
Autorité religieuse (imam, conseil des oulémas)	10 (6%)

8.3. Notion de personne de confiance et directives anticipées :

Selon les MR, la désignation de la personne de confiance par les patients en fin de vie était rarement voire jamais désignée (79%). (Figure 35)

En l'absence de désignation de la personne de confiance par les patients, pratique qui n'était pas courante dans cette étude, les médecins consultaient majoritairement le conjoint ou la conjointe, en priorité pour prendre les décisions de fin de vie. (figure 36)

La majorité des MR (79%) était confrontée à des patients sans directives anticipées. Vingt pour cent ont déjà été confrontés avec des patients ayant exprimés des directives anticipées qui étaient le plus souvent orale. (Figure 37)

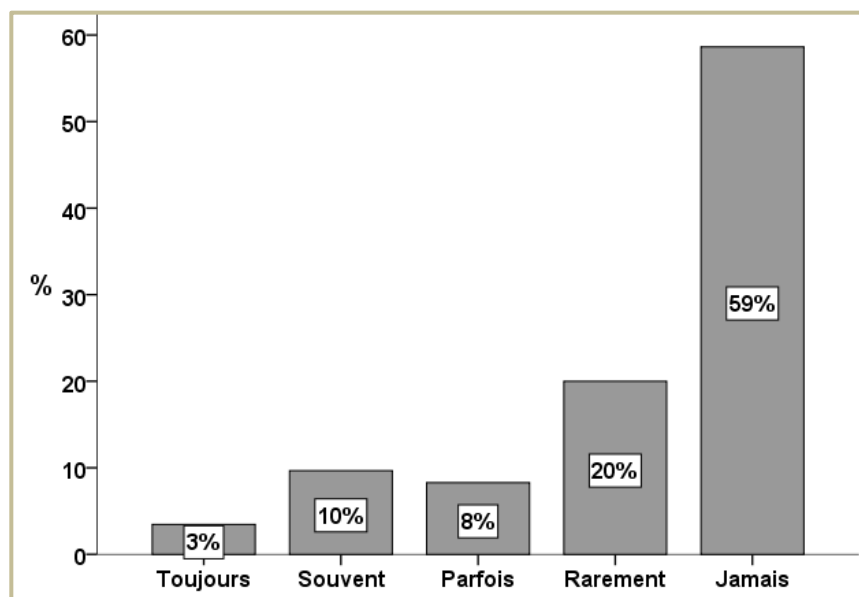


Figure 35 : Proportion de médecins réanimateurs confrontés à des patients en fin de vie ayant désigné leur personne de confiance.

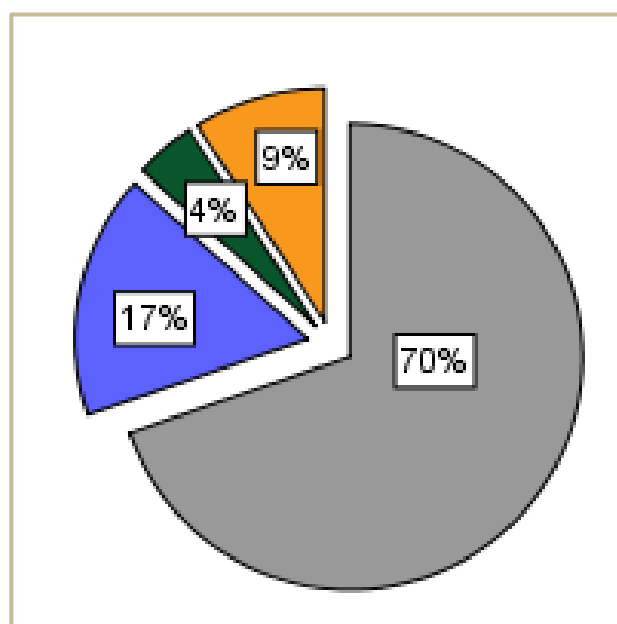


Figure 36 : Personnes consultées en priorité par les médecins réanimateurs en l'absence de désignation de la personne de confiance par les patients en fin de vie.

(En gris : le conjoint ou la conjointe, en bleu : l'aîné des enfants quel que soit son sexe, en jaune : la fratrie en privilégiant l'aîné de sexe masculin, en vert : les enfants en privilégiant l'aîné de sexe masculin).

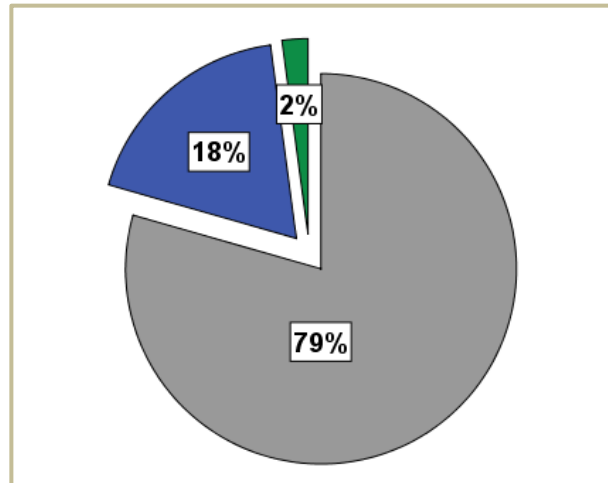


Figure 37 : Proportion de patients en fin de vie avec des directives anticipées selon les médecins réanimateurs marocains

(En gris : absence de directives anticipées, en bleu : directives anticipées orale, en vert : directives anticipées écrites)

8.4. Discussion du don d'organes avec les proches des patients en fin de vie :

La tendance était l'absence de la discussion du don d'organes avec les proches du patient en fin de vie. Seuls 21% des MR abordaient ce sujet souvent ou toujours avec la famille.

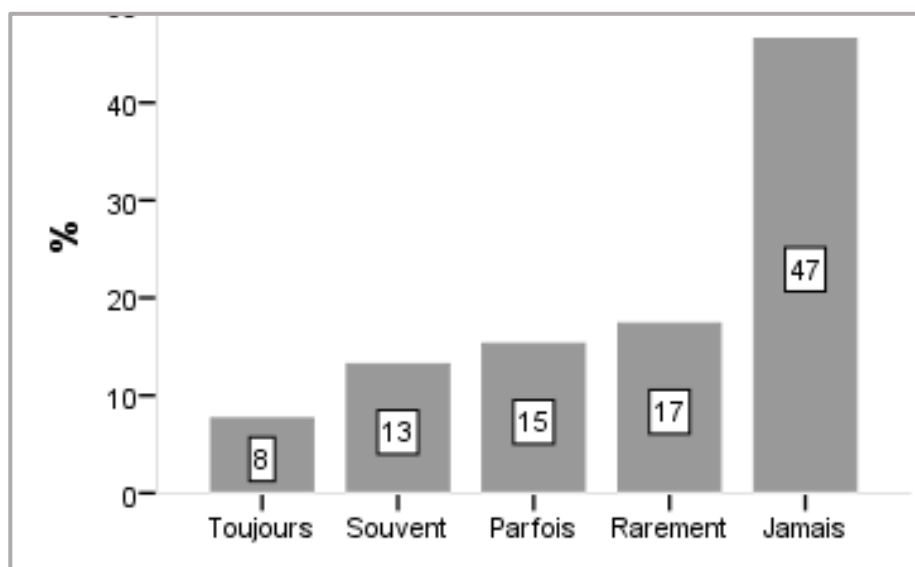


Figure 38 : Proportion de médecins réanimateurs qui discutaient du don d'organes avec les proches des patients en fin de vie.

8.5. Facilitation de l'accès de la famille au service de réanimation chez les patients en fin de vie :

Quand la décision de LAT est prise, la majorité médecins facilitaient l'accès de la famille au service:

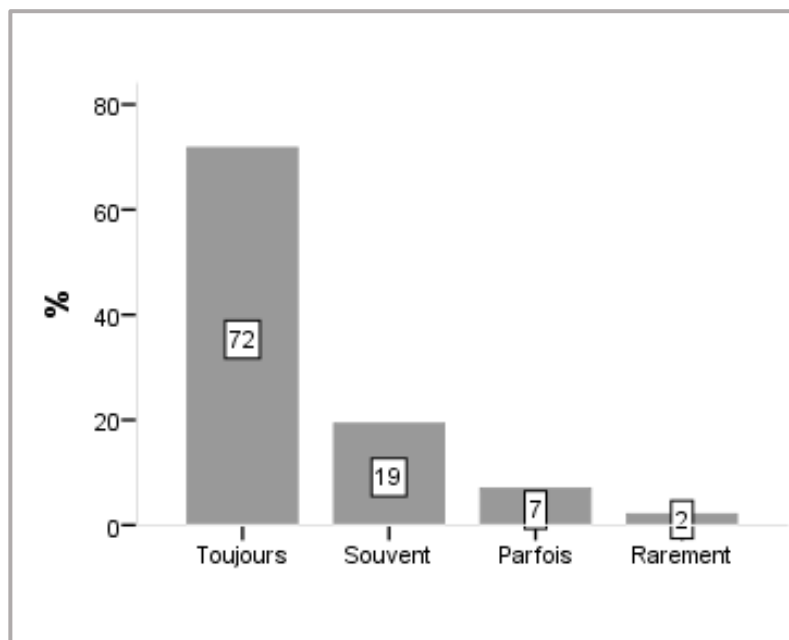


Figure 39 : Proportion de médecins réanimateurs facilitant l'accès à la réanimation aux proches du patient en fin de vie.

II. Attitudes de médecins réanimateurs vis-à-vis d'un scénario clinique d'un patient en fin de vie :

1. Scénario clinique :

Un patient de 55 ans est admis dans votre service après avoir été réanimé d'un arrêt cardiaque secondaire à une cardiopathie ischémique. Vingt-quatre heures plus tard, il présente des mouvements de décérébration. Les potentiels évoqués sont absents. Le diagnostic d'encéphalopathie post-anoxique irréversible est posé. Une discussion collégiale avec les neurologues conclut avec certitude que le patient restera dans un état végétatif persistant sans aucune chance de réveil ultérieur.

1.1. Processus de décision de la conduite thérapeutique:

Les réponses des MR à la question : « Comment faites-vous pour décider de la conduite thérapeutique chez ce patient ? » sont représentés dans le tableau XIV. Les réponses confirmaient les données précédentes. Les MR ne prenaient pas de décision individuelle, ils se concertaient très souvent avec les autres collègues de leur service et avec les médecins traitants des patients. Cependant, les infirmiers n'étaient invités à participer à ces décisions que par 29% des MR.

Tableau XIV : Processus de décision de la conduite thérapeutique devant un patient ayant une encéphalopathie post-anoxique irréversible.

Processus décisionnel choisis par les médecins réanimateurs	N (%)
Décision individuelle	7(5%)
Décision collégiale avec les autres médecins du service	98(68%)
Décision collégiale avec les autres médecins que les infirmiers du service	42(29,2%)
Décision collégiale avec les médecins traitants d'autres spécialités	97(67,4%)
Soumission du cas à un comité d'éthique	6(4,2%)

1.2. Décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque ultérieur :

La majorité des MR optaient pour l'attitude ne pas réanimer avec des consignes verbales pour l'équipe soignante de réanimation.

Tableau XV : Proportion de décisions « ne pas réanimer » chez un patient ayant une encéphalopathie post-anoxique irréversible :

Attitudes des Médecins réanimateurs	N (%)
Décision « ne pas réanimer » avec consignes écrites sur le dossier	7 (17%)
Décision « ne pas réanimer » avec consignes orales	108 (75%)
Pas de décision « ne pas réanimer »	11 (8%)

1.3. Attitude des médecins réanimateurs en cas de stabilisation du patient :

« Dans les jours qui suivent, le patient reste stable sous ventilation mécanique. La sédation est arrêtée et le patient a une ventilation spontanée. Quelle serait votre attitude ultérieure ? »

Un médecin sur deux garderait le patient en réanimation avec limitation thérapeutique si

une complication survenait. Contrairement à 26% qui étaient prêts à démarrer les investigations et faire le maximum. Tandis que 36% des médecins réaliseraient une trachéotomie en vue d'une sortie à domicile. Les attitudes : sevrage terminal ou extubation et sortie à domicile étaient rarement choisies par les MR.

Tableau XVI : Présentation des différentes attitudes thérapeutiques des réanimateurs après l'arrêt de sédation chez un patient en fin de vie :

Attitude après l'arrêt de sédation	N (%)
- Garder le patient en réanimation et démarrer les investigations si une complication survient (faire le maximum)	37(26%)
- Garder le patient en réanimation et limitation thérapeutique si une complication survient	72(50%)
- Garder le patient en réanimation et donner des sédatifs/morphiniques en vue de l'arrêt de la ventilation mécanique (sevrage terminal)	13(9%)
- Réaliser une trachéotomie en vue d'une sortie à domicile	52(36%)
- Extuber le patient et sortie à domicile	15(10,4%)

1.4. Conduite thérapeutique devant choc septique ultérieur:

Le patient développe rapidement de la fièvre avec choc septique secondaire à une pneumonie nosocomiale. La majorité des MR décidaient de maintenir la ventilation mécanique, sans donner ni antibiotiques ni vasopresseurs. A l'opposé, 39% prescriraient un traitement antibiotique. Seule une minorité a choisi de réduire ou d'arrêter le support ventilatoire avec ou sans administration de sédatifs.

Tableau XVII : Présentation des différentes conduites thérapeutiques des réanimateurs vis à vis un patient en fin de vie développant le choc septique :

Conduite à tenir devant choc septique	N (%)
- Maintenir la ventilation mécanique et démarrer les antibiotiques et les vasopresseurs	56(39%)
- Maintenir la ventilation mécanique, ne donner ni antibiotiques ni vasopresseurs	64(45%)
- Modifier les paramètres de la ventilation mécanique (exemple: réduire la Fio2, réduire la fréquence respiratoire ou le volume courant,..)	19(13,3%)
- Arrêter la ventilation mécanique et administrer des sédatifs/morphiniques	5(3,5%)
- Administrer des sédatifs/morphiniques sans arrêter la ventilation mécanique	21(15%)
- Extuber le patient avec soins de confort (extubation terminale)	7(5%)

2. Perspectives :

Enfin, les médecins réanimateurs marocains ont été invités à choisir les mesures prioritaires lesquelles de leur point de vue seraient à même d'améliorer les pratiques de fin de vie en réanimation. La majorité souhaiterait respectivement : établir des recommandations scientifiques marocaines et un cadre légal régissant la fin de vie au Maroc avec participation des autorités religieuses, standardiser les soins de fin de vie pour les patients mourants, et instaurer des programmes éducatifs aux cliniciens et leur équipes soignantes.

Tableau XVIII : Présentation des mesures prioritaires choisies par les médecins réanimateurs marocains afin d'améliorer les pratiques de fin de vie :

Perspectives et mesures d'amélioration	N (%)
Instauration des programmes éducatifs aux cliniciens et leur équipes soignantes	112 (78%)
Standardiser les soins de fin de vie pour les patients mourants	119 (82,6%)
Soutien émotionnel, spirituel et organisationnel pour les équipes de réanimation	87 (60,4%)
Amélioration de la communication au sein de l'équipe et entre l'équipe et le patient ainsi que sa famille	100 (69,4%)
Établir des recommandations scientifiques marocaines et un cadre légal régissant la fin de vie au Maroc avec la participation des autorités religieuses	128 (89%)

III. Analyse des facteurs influençant les MR à prendre des décisions de LAT chez les patients en fin de vie :

Les facteurs qui influencent les médecins réanimateurs à instaurer des mesures de limitation–arrêt des traitements, ont été étudiés en analyse uni et multivariées.

En analyse univariée, les facteurs statistiquement significatifs étaient les suivants :

Tableau XIX : Analyse univariée des facteurs influençant la pratique de limitation–arrêt des traitement (LAT) de suppléance vitale par les médecins réanimateurs marocains :

Décisions de LAT Facteurs étudiés	Oui N = 92 (62%)	Non N = 56 (38%)	P
Age (années)*	45 ± 8	49 ± 10	0,036
Genre (homme/femme) †	74 (82%) / 16 (18%)	50 (89%) / 6 (11%)	0,246
Ancienneté en tant que médecin réanimateur (années)*	17 ± 8	20 ± 10	0,06
Formation universitaire ou post-universitaire sur l'éthique et la fin de vie †	41 (46%)	24 (43%)	0,839
Connaissance de la littérature médicale sur la fin de vie en réanimation †	66 (72%)	38 (68%)	0,616
Secteur d'exercice (public/privé) †	61 (71%) / 25 (29%)	25 (47%) / 28 (53%)	0,005
Type de réanimation (polyvalente/ spécialisée) †	65 (74%) / 23 (26%)	36 (67%) / 18 (33%)	0,358
Capacité litière de l'unité de réanimation ‡	9,5 (6 – 12)	10 (6 – 12)	0,858
Disponibilité de chambres individuelles †	51 (57%)	30 (64%)	0,418
Nombre de médecin seniors ‡	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	0,946
Ratio médecin senior – lit de réanimation ‡	3 (2 – 4,25)	2,5 (1,75 – 4)	0,270
Ratio patient / infirmier ‡	3 (3 – 4)	3 (2 – 4)	0,185
Nombre de ventilateur ‡	8 (5 – 11,25)	8 (4 – 12)	0,902
Ratio ventilateur / lit de réanimation ‡	1 (0,6 – 1)	0,9 (0,6 – 1)	0,938
Croyance de l'interdiction de la LAT par la religion islamique †	13 (14%)	20 (40%)	0,001
Pas de gêne si discussion de la FDV avec les patients ou leur famille †	43 (47%)	20 (36%)	0,198
Remords en cas de décision de LAT éventuelle †	32 (47%)	33 (71%)	0,015
Existence de protocoles de LAT dans le service †	6 (7%)	2 (4%)	0,476

* : Moyennes écart-types, test T de Student † : Effectifs et pourcentage, test Chi-2 ‡ : Médianes et quartile, Test de Mann-Whitney.

L'analyse multivariée a dégagée deux paramètres indépendamment associés à la réalisation des mesures de Limitation–arrêt de la survie–thérapie, à savoir :

- . La conviction que la religion islamique autorise les LAT.
- . L'exercice dans le secteur public.

Tableau XX : Analyse multivariée des facteurs influençant la pratique de limitation–arrêt des traitement (LAT) de suppléance vitale par les médecins réanimateurs marocains :

Facteurs analysés	OR	P *	IC 95%
Exercice dans le secteur public	3,370	0,037	1,073 – 10,586
Conviction que la religion islamique autorise les LAT	3,721	0,022	1,204 – 11,497

* : Régression logistique binaire (méthode entree), OR : Odds Ratio, IC 95% : Intervalle de confiance à 95%



DISCUSSION

I. Principaux résultats de l'étude :

Cette enquête a été réalisée auprès des médecins réanimateurs marocains au moyen d'un questionnaire adressé via internet(e-mail et application mobile de messagerie instantanée).Les différents aspects de fin de vie étudiés étaient: la conception de la fin de vie par les médecins réanimateurs, les processus de décision de limitation–arrêt des traitements (LAT) de suppléance vitale ,les facteurs influençant ces décisions notamment réanimateurs, lessocioculturels, les aspects pratiques de LAT,et la communication lors de la fin de vie. Les questions administrées étaient de type Likert avec cinq modalités de réponse. Un scénario clinique visant à étudier les attitudes des médecins réanimateurs vis à vis d'une encéphalopathie anoxique irréversible a également été inclus dans le questionnaire.

Cette enquête sur les pratiques de fin de vie,a inclus 151 MR marocains majoritairement de sexe masculin.Ils étaient âgés en moyennede 47 ± 9 ans.Ces derniers exerçaient le plus souvent,en réanimation polyvalente dans les secteurspublicsouprivés, universitaires ou non universitaires. Les unités de réanimation auxquelles appartenaient ces MR avaient une capacité litière en médiane de 9,5 lits et plus de la moitié disposaient de chambres individuelles.

Le nombre de MR/service est de 3 par médiane.Le ratio patient/infirmierrapporté par cette enquête était de 3 patients pour un infirmier en médiane. La capacité en ventilateurs de réanimation auxquelles appartenaient ces médecins était assez bonne avec un Ratio de ventilateurs/lits de réanimation, proche de 1 en médiane.

Une proportion assez importante des MR interrogésn'a jamais bénéficié d'une formation dans le domaine de l'éthique et la fin de vie en réanimation.La conceptualisation de la fin de vie,par ces praticiens, était celle de la mort avec dignité et d'un accompagnement dans cette mort avec des soins palliatifs.Seule une minorité associait la fin de vie avec un arrêt des soins.

Dans cette série,à peu près40% des MR interrogés ne prenaient jamais ou rarement des décisions de fin de vie et lenombre de décisions prises était faible.Parmi les obstacles les plus fréquemment évoqués par les MR marocains à la réalisation de décisions de LAT,était l'absence

de cadre légal au Maroc.

Une particularité de cette étude était que la majorité des MR, trouvaient que la limitation était éthiquement acceptable, contrairement à l'arrêt thérapeutique qui était inacceptable. Concernant l'administration des sédatifs et analgésiques, la majorité des MR considérait cette pratique éthiquement acceptable, malgré le fait qu'elle puisse précipiter le décès du patient.

Lors de l'étude des facteurs influençant les décisions de LAT vitaux, il a été constaté que la volonté du patient n'était pas toujours prise en compte. Par contre, la volonté des familles était très souvent prise en compte pour les décisions de LAT. L'âge des patients en fin de vie, leurs comorbidités, ainsi que l'absence de perspectives de guérison, étaient des facteurs très souvent considérés par les MR, ainsi que la qualité de vie ultérieure du patient en fin de vie et l'inconfort engendrés par le maintien des traitements de suppléance vitale. Par contre, les arguments financiers comme le coût supporté aussi bien par la famille que par la société, ainsi que les arguments logistiques, comme le manque de lits de réanimation, étaient des facteurs le plus souvent non considérés par les MR pour leur décision de LAT.

Un des résultats les plus importants de cette étude est que la majorité des MR, pensaient que la religion islamique autorise la LAT chez les patients en fin de vie.

L'étude des attitudes spécifiques des MR vis à vis les différentes modalités de traitement de suppléance vitale, a montré que :

- Les MR avaient tendance à ne pas limiter ni arrêter la nutrition entérale ou parentérale, la perfusion de fluides intraveineux, l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive. Cependant, concernant la ventilation mécanique invasive, la majorité des MR pouvait la limiter, mais étaient plus réticents à l'arrêter lorsqu'elle était déjà instaurée.
- Pour ce qui est de l'antibiothérapie, les vasopresseurs, l'épuration extra-rénale, la transfusion des produits de sangs labiles, et même la réanimation cardiopulmonaire, la tendance était généralement à limiter, voire arrêter, ce genre de traitements.

L'étude du processus décisionnel devant un patient en fin de vie, a montré que les décisions étaient prises le plus souvent de façon collégiale. Il s'agissait d'un consensus entre les médecins seniors du service. Le médecin traitant du patient lorsqu'il était d'une autre spécialité était aussi largement impliqué. Cependant, les infirmiers n'étaient pas très souvent invités à participer à ces décisions. La majorité des médecins interrogés déclaraient qu'ils n'avaient pas de protocoles de LAT dans leurs services, et qu'il n'y avait pas de traçabilité de ces décisions sur le dossier-patient.

Le volet Communication en cette enquête, a montré que la majorité des médecins informaient les familles des décisions prises chez les patients en fin de vie. Par contre, plus de la moitié n'informait pas les patients de ces décisions même si ces derniers étaient aptes à les comprendre. Cette étude a aussi montré que les divergences entre les décisions de LAT prises par les MR et familles-proches des patients n'étaient pas très fréquentes et lorsqu'il y avait une telle divergence, l'attitude des MR était souvent d'accéder à la demande de la famille, même en l'absence de bénéfices du traitement de suppléance vitale. Les MR interrogés, étaient le plus souvent confrontés à des patients sans directives anticipées et sans personne de confiance prédésignée. Dans ce cas, ces derniers se tournaient le plus souvent vers les conjoints pour la prise de décision.

Les MR interrogés dans cette enquête étaient demandeurs de programmes éducatifs pour leur équipes soignantes. Ils étaient pour l'établissement de recommandations scientifiques marocaines et de cadre légal régissant ces pratiques avec la participation des autorités religieuses.

Enfin, l'étude des facteurs influençant les MR à prendre des décisions de LAT a dégagé deux facteurs indépendamment associés à leur réalisation. Il s'agissait de l'exercice dans le secteur public, et de la conviction que la religion islamique autorise la LAT.

II. Cadre conceptuel:

Les décisions d'admission en réanimation sont des décisions complexes, prises le plus souvent dans un contexte d'urgence et l'admission d'un patient en réanimation est souvent perçue comme une frontière[6]. Le but de la réanimation n'est pas seulement de rétablir l'état de santé des patients mais aussi leur qualité de vie antérieure, même si l'incertitude clinique quant au bénéfice des soins intensifs (S.I.) existe dès le départ.

La « fin de vie » désigne les derniers moments de la vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable. L'objectif de la médecine intensive à ce stade, n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable [11]. La prise en charge du patient de soins intensifs est devenue de plus en plus complexe et les progrès en médecine de ces dernières années permettent désormais de maintenir en vie pendant des semaines, des patients qui auraient autrefois été en phase terminale. Cependant, lorsque tout espoir de guérison a disparu, l'équipe soignante doit tout faire pour éviter des souffrances prolongées pour les patients et leurs proches, et permettre au patient de trouver une mort paisible et digne. En outre, les soins intensifs sont coûteux, et une répartition appropriée de ressources limitées doit être considérée lors des prises de décision. On parle du principe éthique de « justice distributive » [1]. Les professionnels de la santé n'ont pas seulement des devoirs envers le patient lui-même, mais aussi envers la société entière[12]. Cependant, les équipes médico-soignantes sont parallèlement de plus en plus souvent amenées à accompagner des patients en fin de vie, tâche particulièrement difficile dans l'environnement hautement appareillé des SI[1].

III. Discussion de l'étude:

1. Représentativité de l'échantillon :

Sur 351 requêtes envoyées, 151 médecins ont répondu au questionnaire, un taux de réponse obtenu était de 41%. Ce chiffre est légèrement inférieur à celui d'une enquête internationale faite par Vincent et al. (56%) et à celui d'une étude multicentrique asiatique réalisée en 2015 par Phua et al. (59%) [7, 8, 13]. Ces deux enquêtes avaient également pour objectif de déterminer les attitudes des praticiens chez les patients en fin de vie en réanimation. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces données telles que: la crainte d'être évalué, l'interrogation sur l'utilité de l'étude, la présence d'autres priorités et notamment que l'étude a été réalisée au cours de la pandémie COVID19. Cette pandémie a engendré une pression accrue sur les équipes soignantes particulièrement en réanimation.

2. Profil des médecins réanimateurs participants:

Le sexe masculin représentait la majorité de cet échantillon de médecins réanimateurs marocains (84% des répondants). Ce qui concordait avec la répartition selon le genre des réanimateurs inscrits à la SMAAR et à l'ordre nationale des médecins. La moyenne d'âge était de 47 ± 9 ans. Ces résultats sont très similaires à ceux de l'enquête asiatique multicentrique de Phua et al. L'échantillon de médecins réanimateurs inclus était largement dominé par les hommes (72%) avec une tranche d'âge entre (40-49 ans) [8].

3. Discussion des résultats:

3.1. Conceptualisation de la fin de vie :

Conformément à la majorité des réponses des réanimateurs marocains, la conceptualisation de la fin de vie était assimilée aux concepts suivants,avec par ordre de fréquence décroissant :

- **L'accompagnement et soins palliatifs** : pour garantir une meilleure qualité de vie après accord du patient ou de ses proches en prenant en charge ces dimensions physiques, psychiques, et spirituelles(OMS,SFAP)[9].
- **La mort avec dignité** : mesurée par la qualité de vie, la qualité de la mort, le consensus décisionnel clair, ainsi que les relations humaines et éthiques impliquées dans le décès ; définissant ainsi des composantes de «la bonne mort » [14].
- **La futilité médicale ou le non bénéfice des traitements** : définis comme des soins disproportionnés, injustifiés, inutiles ou médicalement inappropriés, consommant des ressources ou causant de la détresse aux patients plus que des bénéfices [4,15,16]. La vision éthique, juridique et morale est que les médecins ne peuvent arrêter des soins non bénéfiques déterminés médicalement qu'avec le consentement du patient [4].
- **L'euthanasie** : est précisée dans le serment d'Hippocrate jusqu'en 1996 : « Je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, même si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion » cette phrase a été remplacée par : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément » et donc l'interdiction de l'euthanasie était désormais clairement inscrite, et la ligne entre l'euthanasie et la LAT a été bien placée. Dans notre étude, 5% des MR assimilent la LAT l'euthanasie.

3.2. Attitudes et aspects pratiques des limitations - arrêts des traitements :

La limitation thérapeutique est la décision de ne pas commencer ou augmenter une intervention de suppléance vitale[9]. L'arrêt des thérapeutiques actives est le retrait des traitements de suppléance vitale déjà instaurés [3]. Dans notre étude, 54% des MR ont indiqué que la fin de vie renvoie à ces deux concepts. En fait, ces situations de limitation–arrêt des soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique ou de l'obstination déraisonnable et ne sauraient pas être condamnées au plan éthique [17]. Au contraire, la majorité des consensus les considèrent comme équivalents d'un point de vue éthique [2].

a. Fréquence de prise de décisions de LAT :

Dans notre étude, 60% des médecins réanimateurs prenaient « souvent ou parfois » des décisions de LAT. Ces derniers estimaient que seulement un nombre faible de décisions de LAT étaient prises par semaine (88% moins d'une décision de LAT par semaine), et 43% des MR indiquaient que la proportion de décès en réanimation était de moins de 5% après ces décisions. Ces chiffres restent très faibles dans notre contexte par rapport à la littérature mondiale. Bien qu'il soit bien reconnu que la majorité des décès dans les réanimations européennes et nord-américaines sont précédés d'une décision de LAT, ces pratiques sont moins bien définies dans d'autres parties du monde[18]. Une revue systématique comprenant 56 études de près de 1000 USI dans plus de 30 pays a révélé une variabilité substantielle de la prévalence de l'arrêt des traitements vitaux dans le monde entier. Par ailleurs, une étude américaine conduite dans 131 USI confirme que 38% des décès ont eu lieu suite à une décision de retrait thérapeutique[1, 19]. L'étude européenne ETHICUS effectuée dans dix-sept pays rapporte que 38% des décès sont précédés par une décision d'abstention thérapeutique et 33% de retrait thérapeutique[10].

En France, une des premières études réalisées sur le sujet montre que plus de la moitié des décès sont survenus suite à une décision de limitation thérapeutique[20]. Aux soins intensifs des Hôpitaux universitaires de Genève, les dernières statistiques indiquent que 82% des décès ont été précédés par une décision de retrait thérapeutique[1].

Ces décisions sont prises afin d'éviter que les traitements ne prolongent inutilement les derniers instants du patient, sans lui apporter de bénéfice en termes de survie ou de qualité de vie future.

b. Obstacles aux décisions de LAT chez les patients en fin de vie en réanimation :

Le premier motif choisi par le MR comme obstacle aux décisions de LAT était l'absence de cadre légal au Maroc. Contrairement aux pays occidentaux comme la Suisse, où le taux des décisions de LAT est élevé probablement due à l'existence d'un cadre légal et déontologique [recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)][1]. En France la « loi Leonetti » qui a été promulguée en 2005 poursuit deux objectifs. Elle proscriit l'obstination déraisonnable et encadre les bonnes pratiques de limitation et d'arrêt de traitement [6,16].

c. Point de vue concernant la limitation-arrêt des traitements vitaux :

Plus de la moitié des répondants trouvaient que la limitation est éthiquement plus acceptable que l'arrêt des traitements. Un résultat similaire à celui d'une étude américaine qui a montré que les cliniciens étaient plus à l'aise pour limiter les traitements que pour les retirer [2, 21,22]. Dans l'étude européenne multicentrique ETHICUS, la limitation « withholding » ainsi que l'arrêt des traitements de survie « withdrawing » étaient acceptées par la majorité des médecins réanimateurs européens. Soixante-douze pour cents des décès en réanimation étaient précédés par des décisions de LAT, dont 38% de limitation et 33% d'arrêt [10].

d. Administration de sédatifs et morphiniques chez les patients en fin de vie :

La majorité des réanimateurs marocains (94%) choisissaient d'assurer une analgésie adéquate pour les patients en fin de vie. L'analgo-sédation a comme objectifs de soulager la douleur, de faciliter l'adaptation au respirateur et d'assurer une myorelaxation (SFAR, SRLF). Cette thérapeutique pose un dilemme éthique. En effet, l'analgo-sédation permet le soulagement des souffrances du patient (un acte qui semble justifiable tant au plan éthique que légal) mais peut aussi précipiter le décès du patient (ne doit pas être intentionnel). C'est le concept du « double-

effet ». Il est alors licite de proposer un traitement à l'origine de ces deux effets contrastés. La doctrine philosophique « double effet » trace la limite morale entre donner des médicaments avec intention de tuer et les donner dans un objectif de soulagement avec une accélération potentielle de la mort. Cette doctrine est controversée, car il y a un jugement des intentions du clinicien qui restent subjectives. La ligne séparant l'euthanasie interdite et les soins palliatifs acceptables reste bien tracée (Loi Leonetti) [2, 6, 17]. Les recommandations américaines et européennes stipulent que l'administration des sédatifs/morphiniques est juridiquement et éthiquement justifiable même si cela peut hâter le décès du patient [2, 1, 17].

Les dernières données scientifiques suggèrent que les analgésiques et les sédatifs, quand ils sont employés correctement et dans le but exclusif de contrôler les symptômes dans la dernière semaine de vie n'entraînent pas de raccourcissement du temps de survie [17].

e. Facteurs influençant les décisions de LAT :

Dans notre étude les MR étaient influencés par différents facteurs éthiques et pronostiques, mais de façon moindre par les facteurs socio-économiques.

e.1. La volonté des patients et/ou de sa famille :

Dans notre étude, la volonté des proches était prise en compte plus « souvent » par les MR que la volonté du patient même si apte à comprendre et à décider. La littérature médicale souligne qu'il est essentiel de recueillir l'avis de la famille, concernant la volonté du patient, et que la recherche de la volonté du patient reste ainsi la meilleure garantie de la protection de son autonomie, tout en expliquant que la décision de LAT sera médicale [6]. Dans tous les cas il est essentiel de rappeler à la famille qu'il ne s'agit pas d'un arrêt des soins et que l'ensemble des moyens visant à préserver le confort du patient continuera à être utilisé.

e.2. Facteurs pronostiques et éthiques :

Les décisions de LAT des MR étaient influencées par les facteurs pronostiques du patient tel que son âge, ses comorbidités, l'absence de perspectives de guérison, la qualité de vie

ultérieure, la souffrance et l'inconfort engendrés par le maintien des traitements vitaux du patient. Conformément à la littérature médicale, notamment française qui a relevé en outre de ces facteurs, d'autres d'ordre subjectif : la futilité des soins [10, 14, 20, 23], la qualité de vie antérieure altérée [20, 23], la maladie de fond trop avancée [14], notamment carcinologique, la faible survie estimée [20]. Ces facteurs subjectifs, propres aux soignants, sont même plus fortement corrélés aux décisions de LAT que les facteurs dits objectifs (SAPSII, motif d'admission médicale) [6].

Dans une étude de cohorte observationnelle multicentrique menée par Lobo et al. dans 730 USI de 84 pays, l'âge avancé, les comorbidités sévères préexistantes, les admissions médicales et, en particulier, les admissions pour traumatisme, la présence de deux ou plusieurs défaillances d'organes, la présence d'un cancer solide ou métastatique, la BPCO et l'insuffisance cardiaque (NIH III/IV), étaient des facteurs indépendants permettant de prédire la décision de LAT [18].

e.3. Facteurs socio-économiques :

Concernant le coût financier, qu'il soit supporté par le patient ou ses proches ou par la « collectivité », il n'influçait « jamais » les décisions de LAT chez la majorité des MR de notre étude. Dans cette optique, l'étude multicentrique de Lobo a analysé les caractéristiques des patients ayant fait l'objet de décisions de LAT en prenant en compte aussi l'influence du facteur économique et notamment le revenu national brut (RNB). De façon inattendue, il a été observé que les décisions de LAT étaient plus fréquentes dans les pays à revenu élevé (RNB) que les pays à revenu faible ou moyen (14 % contre 6 %, $p < 0,05$). Une possible raison de cette observation est que les décisions de fin de vie peuvent être moins explicites dans les pays à faible revenu. Il peut aussi y avoir d'autres obstacles à la prise de telles décisions, comme l'absence de politiques visant à soutenir la fourniture de soins de fin de vie, l'incertitude quant au soutien législatif, moins de possibilités de formation du personnel, et il est également probable que les efforts thérapeutiques sont arrêtés plus tôt dans les pays à faible revenu [18].

f. Attitude pratique des médecins réanimateurs devant un patient en fin de vie :

La majorité des MR marocains (77%) acceptaient la limitation des traitements chez les patients en fin de vie. Par contre, lorsqu'il s'agissait d'arrêter les traitements actifs tels que la ventilation mécanique ou les vasopresseurs, ce pourcentage chutait à 45%. De plus 33 % des MR ne faisaient que « rarement ou jamais » l'arrêt des traitements vitaux.

Ce résultat est très semblable à une étude asiatique multicentrique [8] qui a trouvé que pour les patients n'ayant aucune chance réelle de retrouver une vie significative, presque 70% des MR limitaient les traitements de survie, et seulement 20% retiraient ces traitements. Par ailleurs, une minorité (2,5%) administrait délibérément de fortes doses de barbituriques ou de morphiniques jusqu'à la survenue de la mort. Cet acte est qualifié d'accélération active du processus de la mort (active shortening of the dying process ou ASDP), étant définis par un acte de raccourcir intentionnellement le processus de la mort, même après que les médecins ont assuré la prestation de soins palliatifs optimaux. Ces actes n'incluent pas la limitation ni l'arrêt d'un traitement de survie. Les exemples comprenaient une surdose intentionnelle de narcotiques, de morphiniques ou de chlorure de potassium [9, 10]. Bien que le point commun entre l'ASDP et l'eutanasie est l'intentionnalité, il est important de différencier les deux actes : l'eutanasie ne se définit pas par son moyen, contre l'ASDP qui décrit l'action qui se produit et encore ça pourra être appliqué à tous les patients pour soulagement de leur souffrance où le but visé n'est pas le décès lui-même [10].

Dans une étude-audit française réalisée dans 66 réanimations du sud de la France, les décisions de limitation représentaient 94% des décisions de LAT, alors que les décisions d'arrêt ne représentaient que 6% de ces dernières. Ce qui indique que la limitation est la décision la plus couramment prise par les intensivistes français [24]. Ces résultats sont cohérents avec les données rapportées dans plusieurs pays du bassin méditerranéen : Grèce, Liban et pays du méditerranéen sud de l'Europe [6], [24], [25]. Cependant, dans d'autres pays d'Europe du nord comme au Royaume-Uni les décisions d'arrêt peuvent plus fréquentes (9,9%) [6, 26].

Dans la série marocaine de Damghi et al., qui a étudié les décisions de LAT dans un

service d'urgence universitaire, 30% des décès faisaient suite à une décision de limitation et/ou arrêt des traitements de survie. Les décisions de limitations étaient également plus fréquentes que les décisions de retrait des traitements de suppléance vitale ; respectivement 24% et 6%.

3.3. Aspects pratiques et attitudes en fonction des modalités de traitements de suppléance vitale :

Dans notre étude les médecins réanimateurs marocains avaient tendance à maintenir la nutrition entérale/parentérale, la perfusion des fluides intraveineux, l'oxygénothérapie, et la ventilation non invasive. Ils limitaient volontiers la ventilation mécanique invasive, mais avaient une réticence à l'arrêter lorsqu'elle était déjà instaurée.

Pour l'antibiothérapie à large spectre, les vasopresseurs, l'épuration extra-rénale, la transfusion, et même la RCP, la tendance était généralement à limiter et arrêter ces traitements. Il est intéressant d'essayer d'expliquer ces tendances des MR marocains. Probablement que les soins les plus coûteux étaient plus arrêtés que limités. Certaines thérapeutiques tels que les perfusions et la nutrition n'étaient ni limitées ni arrêtées du fait de facteurs compassionnels. En effet, certaines législations comme la loi israélienne ne considère pas ces derniers comme des traitements, mais plutôt des droits humains fondamentaux. De ce fait, la législation israélienne largement influencée par la religion juive interdit formellement toute LAT de la nutrition ou de la perfusion. Certains facteurs comme la douleur et souffrance probablement engendrés par ces traitements relativement futiles à ce stade pourraient être une limite implicite à certains soins [27]. Enfin, les MR étaient aussi probablement réticents à limiter/arrêter certains traitements de suppléance vitale dont la LAT a pour conséquence directe le décès du patient en fin de vie. L'exemple le plus saillant est celui de la ventilation artificielle et de l'oxygénothérapie.

Ces attitudes restent semblables à ceux recueillis auprès des médecins réanimateurs asiatiques voire à l'étude française Roger et al. [8, 24]. Par ailleurs, il a aussi été observée de nombreuses similitudes avec l'étude marocaine réalisée aux urgences de Damghi et al. Exception faite pour l'antibiothérapie à large spectre que les médecins urgentistes avaient tendance à

l'arrêter plus qu'à la limiter [3]. Les réponses des médecins asiatiques cependant, ont de nouveau démontré une large variabilité entre les pays. Les répondants au Bangladesh, en Chine, en Indonésie, en Iran, au Japon, en Arabie saoudite, à Taiwan, en Thaïlande et au Vietnam, étant moins susceptibles de limiter ou d'arrêter la ventilation mécanique [8]. Le tableau ci-dessous compare les attitudes des MR marocains aux autres études en explicitant les dimensions éventuelles influençant les décisions d'arrêt ou de limitation.

Tableau XXI : Comparaison des attitudes pratiques des médecins réanimateurs marocains avec d'autres études selon les modalités thérapeutiques vitales sujettes aux décisions de LAT :

Modalités	Dimensions				Résultats			
	Cout financier	Nécessité pour la survie	Degré de souffrance si privation	Futilité	Notre série	N.Damghi	J.Phua	C.Roger
Nutrition	++	++	+++	+	Maintenir	maintenir	maintenir	maintenir
Perfusion	+	++	+++	+	Maintenir	maintenir	maintenir	maintenir
O ₂	+	+++	++	++	Maintenir	-	maintenir	maintenir
VNI	+	+++	++	++	Maintenir	-	maintenir	maintenir
VI	++++	++	++	++	Maintenir	Limiter	maintenir	maintenir
ATB	+++	+	+	++++	LAT	Arrêter	LAT	LAT
VP	+++	++++	+	+	LAT	LAT	LAT	LAT
Transfusion	++	+	+	++++	LAT	LAT	LAT	LAT
EER	++++	++	+	++++	LAT	LAT	LAT	LAT
RCP	/	/	/	/	LAT	LAT	LAT	LAT

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire. EER : Epuration extra-rénale. VP : vasopresseurs ATB : antibiotérapie VI : ventilation invasive. VNI : ventilation non invasive. O₂ : oxygénothérapie.

3.4. Attitudes pratiques concernant la ventilation mécanique et les vasopresseurs chez un patient en fin de vie :

a. Ventilation mécanique :

Une considération spécifique a été dédiée à la ventilation mécanique dans notre étude, où 86% des médecins réanimateurs marocains réduisaient progressivement la fraction inspirée en oxygène, 26% changeaient de mode ventilatoire, passant d'un mode assisté contrôlé à un mode spontané, contre 25% qui réduisaient la ventilation minute en réduisant le volume insufflé et/ou la FR indiquant ainsi des attitudes pratiques cohérentes avec les recommandations suisses et israéliennes [1, 27].

Dans une table ronde ayant réuni 21 experts internationaux originaires de 13 pays, à Johannesburg lors du onzième congrès de la « World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine », le retrait immédiat de la ventilation n'est réalisé que par 44% des experts. Un sevrage terminal est pratiqué par un peu plus d'un tiers des répondants [28]. Quatre des experts participants déclarent ne jamais arrêter la ventilation. Il y avait un consensus sur la nécessité d'individualiser l'approche en fonction de chaque situation clinique.

Il a été estimé que l'approche utilisée pour retirer la ventilation mécanique variait considérablement, est influencée par les protocoles de chaque unité de soins intensifs [28]. Il est à noter que la diminution de la FiO₂ à elle seule conduit le plus souvent au décès du patient [1]. La seule justification d'une réduction progressive de l'assistance ventilatoire est de laisser le temps de contrôler la dyspnée par titration des médicaments sédatifs [2].

b. Vasopresseurs :

Dans notre étude, la majorité des MR décidaient de fixer une dose maximale de vasopresseurs à ne pas dépasser et/ou de ne pas renouveler la seringue des vasopresseurs, une fois la décision de LAT est circonscrite. Cette attitude pratique ne s'opposait pas aux recommandations pratiques telles que les recommandations suisses de fin de vie qui dictent que les traitements vasopresseurs peuvent être retirés en une seule fois. Toutefois, un sevrage par étapes peut être envisagé selon les situations [1].

3.5. Place de RCP :

La réanimation cardiopulmonaire (RCP) est désormais systématiquement réalisée chez tout patient hospitalisé en arrêt cardiaque ou respiratoire [9]. La pratique de la RCP a fait craindre qu'elle soit souvent utilisée de manière inappropriée ce qui a conduit à l'émergence d'une politique de non-réanimation « do not resuscitate » (DNR) pour identifier les patients qui ne bénéficieraient pas de la RCP [5]. Ces arguments confortent les décisions des médecins réanimateurs marocains pour expliquer la pratique de « ne pas réanimer » chez les patients qui ne tireront aucun bénéfice de la RCP.

3.6. La décision de la limitation-arrêt des traitements (LAT) :

Les décisions de limitation-arrêt thérapeutiques doivent toujours être prises en pesant les enjeux éthiques basés sur les principes fondamentaux d'**autonomie** (souhait explicite ou présumé du malade), de **bienfaisance**, de **non-malfaisance** (les traitements n'offrent pas un devenir acceptable dans la perspective du malade) et d'**équité** (principe de justice distributive des ressources médicales, est respecté avec équité sans distinction d'âge, de sexe, de classe sociale ou de race) [1, 17].

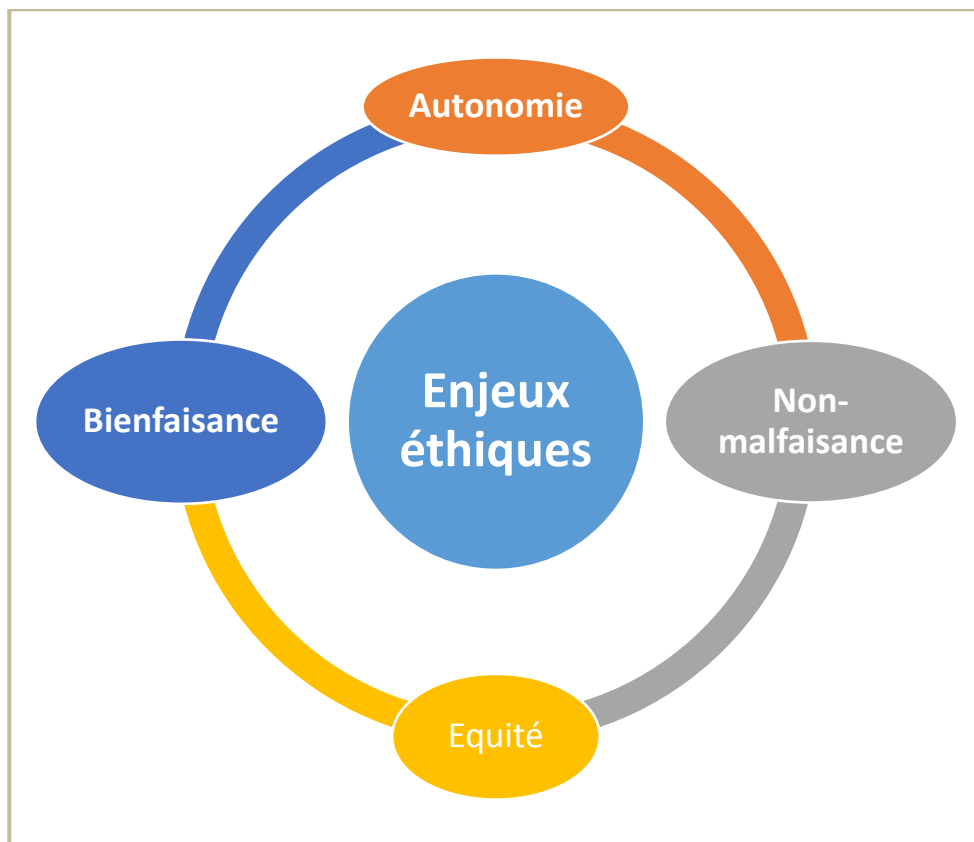


Figure 40 : Enjeux éthiques lors du processus décisionnel d'une limitation-arrêt des traitements de suppléance vitale.

a. **Participants aux décisions de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) :**

Dans notre étude, la prise de décision de LAT résultait d'une réflexion collégiale et consensuelle impliquant plusieurs médecins seniors, avec implication du médecin traitant lorsqu'il était d'une autre spécialité, et avec la famille du patient ou ses représentants.

Cependant les infirmiers n'étaient pas très souvent invités à participer à ces décisions. Ces résultats ne sont pas surprenants si l'on considère les résultats de l'étude française LATAREA1 où la moitié des décisions de LAT n'impliquait pas le personnel infirmier. Voire même les données de l'étude multicentrique italienne de Bertolini ou le personnel soignant paramédical n'était associé au processus décisionnel que dans 25% des cas [20,29]. Dans son questionnaire incluant 1961 médecins réanimateurs appartenant à 21 pays, Yagushi rapporte que 61% des MR d'Europe du nord ou d'Europe centrale vont impliquer leurs équipes infirmières dans la décision de LAT, contre 32% seulement des médecins réanimateurs du sud de l'Europe, 39% au Japon, 38% au Brésil et 29% aux états unis[7].

La collaboration interdisciplinaire (médecins, infirmiers, ...) est encouragée à la fois par les recommandations scientifiques et la législation en vigueur[1,13]+[30]. Une faible collaboration interdisciplinaire est associée à une augmentation des symptômes de burnout, de dépression et de stress post-traumatique ainsi qu'à une augmentation des conflits entre les soignants [Curtis].

b. Traçabilité de décisions de LAT sur le dossier patient :

Le congrès international d'éthique à Durban de 2014 a mis l'accent sur les éléments importants qui doivent figurer dans le document de traçabilité de la décision de LAT qui sont : les décisions prises, les délais et les résultats des actions ainsi que les raisons de la LAT, les individus impliqués dans la décision, le plan d'actions à suivre, les demandes spécifiques, le soutien familial, et les séances de débriefing [6, 28].

Cette attitude de consigner les décisions de fin de vie par écrit devrait être encouragée aux réanimateurs marocains, qui optaient « toujours » pour des décisions non écrites mais connues par l'équipe soignante de leur unité de soins intensifs.

c. Protocoles de LAT chez les patients en fin de vie dans les réanimations marocaines :

Dans notre étude, la quasi-totalité des structures de réanimation, soit 94,5% n'avaient pas de protocole de LAT. Ce qui s'oppose aux recommandations scientifiques qui soulignent que

la mise en pratique de limitation ou retrait des traitements devrait faire l'objet d'un plan défini à l'avance par le médecin et l'infirmier dont l'objectif est de déterminer la séquence de limitation ou retrait des traitements, ainsi que les objectifs souhaités de confort du patient en fin de vie [1].

3.7. Communication :

a. Information du patient et sa famille sur les décisions de LAT :

La délivrance de l'information médicale aux patients (sur leur maladie terminale ou une maladie incurable qui devrait entraîner la mort dans un délai relativement court) est l'un des dilemmes éthiques les plus rencontrés dans les pratiques – fin de vie [5].

Une étude sur la diversité des lois et codes régissant la délivrance de l'information médicale au patient en fin de vie, incluant 14 pays islamiques, a révélé qu'un seul pays – le Pakistan – rendait cette information obligatoire. La majorité des législations des autres pays permettait au médecin de dissimuler cette information au patient ou à sa famille. Les pays musulmans sont caractérisés par une approche paternaliste / utilitaire, centrée sur la famille plutôt qu'une approche autonome, centrée sur le patient [31].

Ces résultats restent similaires à ceux de notre étude, où la majorité des réanimateurs marocains n'étaient « jamais » prêts à informer le patient, même s'il est apte à comprendre, quand une décision de LAT est prise. Par contre, ils étaient prêts à informer la famille du patient de ces décisions.

Les professionnels de la santé devraient communiquer les informations médicales importantes aux patients et aux familles, d'une manière objective, loyale et sans ambiguïté. Une stratégie de communication intensive comportant les principes ci-dessous est fortement recommandée [1, 6, 9]:

- **Programmer** : la consultation proactive d'éthique incluant la famille dans un endroit calme et privé pour évaluer les préférences et objectifs de soins, discuter le pronostic et le plan thérapeutique.

- **Donner** : plus de temps à l'écoute attentive des connaissances de la famille sur la maladie de leur patient et leurs souhaits.
- **Comprendre** : la valeur de leur patient autant que personne avec le soutien psychologique et émotionnel.
- **Affirmer** : le non-abandon du patient et de sa famille par une procédure plus ouverte et flexible en insistant sur son confort et son innocuité.
- **Honorer** : tout consentement agréé par le patient et/ou la famille.
- **Solliciter** : les questions des membres de la famille, éthiques aussi bien que techniques (durée de ventilation mécanique, durée de séjour en USI, durée de séjour à l'hôpital, et coût financier des soins)
- **Intégrer** : la famille dans les pratiques de fin de vie, par leur soutien durant le processus de la mort, les guider dans « l'espoir du meilleur et la planification du pire »[2], et les aider à éviter et à résoudre les conflits à mesure que l'état du patient se dégrade[14].

Ces informations doivent inclure les noms des membres clés du personnel soignant, le diagnostic, et options thérapeutiques prévues, pronostic et heures de visite [6, 9].

Une étude américaine soulignait que les compétences en communication des cliniciens restent une composante importante des soins intensifs de haute qualité [2]. Il existe de plus en plus des preuves qui montrent que les familles sont plus satisfaites de la communication continue et directe concernant le pronostic du patient lors des conférences familiales. Dans la même étude, une communication optimale était associée la satisfaction de patient et/ou sa famille à l'égard des soins, à l'amélioration de la qualité de la relation soignant-soigné et ainsi l'acceptabilité des interventions thérapeutiques ultérieures [2].

Dans notre série, la satisfaction des patients et/ou leurs familles concernant les décisions de LAT n'était retrouvée que dans la moitié des cas.

b. Divergences entre les médecins réanimateurs et les patients ou leurs familles concernant les décisions de LAT :

Lorsqu'il y avait une divergence entre les familles et les MR, ces derniers accédaient souvent à la demande de la famille même en l'absence de bénéfices des traitements vitaux. Cette attitude des MR marocains se justifie très probablement par l'absence du cadre légal et lignes directrices marocaines.

Un résultat contraire à la pratique occidentale en générale et suisse en particulier, où les souhaits du patient ou de sa famille sont pris en considération par respect de l'autonomie. Cependant, la responsabilité de la décision finale de LAT revient au médecin en comme le soulignent recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), le cadre légal suisse et les principes éthiques en médecine [1, 30]. Les recommandations françaises stipulent que le désaccord profond avec l'avis exprimé par la famille est le reflet d'une communication insuffisante et un effort supplémentaire devra être fait par l'équipe médicale qui ne devra pas s'attacher à faire accepter la décision par la famille mais devra s'assurer de la compréhension du sens et des motifs de cette décision de LAT par les proches, et cette décision s'applique [6].

c. Notion de personne de confiance et directives anticipées :

La personne de confiance est un mandataire qui devra prendre les décisions nécessaires, quand le patient n'est plus autonome. Ce décideur pourrait être un parent, un proche ou le médecin traitant (Loi Léonetti), avoir été désigné précédemment par le patient [5], [17] + [6].

Notre étude a trouvé que la notion de la « personne de confiance » n'était pas une pratique courante dans le contexte marocain. La désignation de cette personne reste une pratique rare même dans le contexte occidental. Ainsi, elle n'est clairement désignée que chez 15% des patients de réanimation français [24]. Par conséquent, le médecin est le plus souvent obligé de s'enquérir de l'expression de la volonté du patient, auprès de la famille ou des proches [6, 31].

Si aucun décideur substitut n'a été désigné auparavant, un membre de la famille pourrait l'être. Si le consensus familial échoue, un certain ordre de priorité parmi les membres de la famille peut être utilisé en fonction de leurs forces respectives en tant qu'héritiers : la décision

du fils prime par exemple sur la décision du frère [5].

Les attitudes des MR de notre série restent en accord avec ces lignes directrices. En l'absence d'une personne de confiance clairement désignée par le patient, ils avaient tendance à consulter le conjoint ou la conjointe en priorité, sinon en privilégiant l'aîné des enfants quel que soit son genre.

La directive anticipée ou préalable est une déclaration écrite faite par une personne sur les décisions médicales à prendre dans l'éventualité où elle serait en fin de vie et dans l'incapacité de s'exprimer [6, 9, 17]. Elle comprend les testaments de vie ou les procurations de soins de santé [5]. Dans notre étude, 20% des médecins réanimateurs marocains ont été confrontés à des patients avec leurs directives anticipées dont 18% de ces directives sont orales (les 2% restants sont écrites). Ce résultat est similaire aux études étrangères [2]. La littérature française récente rapporte un taux très faible de patients porteurs de directives anticipées à leur admission en réanimation, de l'ordre de 4% [6, 24]. Le législateur marocain devrait créer une loi encadrant les pratiques de fin de vie et en y incluant notamment un volet sur les directives anticipées [9].

A noter qu'il y a des circonstances où les directives anticipées ne doivent pas être suivies telles que : la demande d'une action interdite par les lois du pays, l'existence de preuves que le patient a changé d'avis depuis qu'il a rempli la directive anticipée, lorsque le patient n'a pas compris la nature de la directive qu'il/elle a renseigné et enfin le patient conscient mais dont on peut mettre en doute la compétence [5]. Ce pourrait être par exemple le refus de toute assistance vitale par un patient jeune exempt de comorbidité, et présentant une défaillance viscérale d'origine traumatique réversible. Si l'équipe de soin projette d'outrepasser ces directives anticipées, elle devra le faire après procédure collégiale (la même que pour la décision de LAT). En effet en outrepassant la volonté exprimée par le patient la réflexion soignante sera tournée vers le respect de la dignité de la personne.

On décrit ainsi deux situations différentes dans le cadre de la rédaction des directives anticipées. L'une englobe le patient atteint d'une maladie chronique, dont il connaît les

modalités d'évolution et les risques vitaux reliés. Le « modèle » pathologique pourrait être la sclérose latérale amyotrophique, dont l'issue fatale passe par une asphyxie d'origine neuromusculaire sans retour en arrière possible. Et sur ce Les patients porteurs de pathologies chroniques seront plus à même de rédiger des directives anticipées circonstanciées quant à l'évolution de leur maladie de fond.

L'autre cas regroupe les patients indemnes de toute pathologie ou porteur d'une maladie chronique et victime d'un événement intercurrent mettant en jeu le pronostic vital, à l'image d'un traumatisme grave. Dans ce contexte, la maladie amenant en réanimation fait « brutalement » irruption dans le parcours du patient. L'interrogatoire de la personne de confiance et de la famille paraît primordial dans ce contexte[6].

4. Discussion du don d'organes avec les proches des patients en fin de vie :

Le don d'organes et de tissus fait partie intégrante des décisions de fin de vie. Il nécessitant des protocoles de LAT dans des conditions soigneusement contrôlées afin d'assurer la vitalité des organes destinés à une éventuelle transplantation tout en respectant le consentement de patient et/ou de sa famille.[2]

Dans notre étude, 21% des MR abordaient ce sujet avec les familles des patients une fois la décision de fin de vie est prise. La méconnaissance des aspects médicaux, de la législation, du point de vue de la religion et la rareté de la discussion et de l'information sur le sujet pourraient expliquer en partie cette situation. Soulignant l'impératif de faire face à l'ampleur de la demande, la défaillance des moyens et de la logistique (strictement en structure hospitalière de 3ème palier), l'insuffisance de la formation spécifique des soignants qualifiés en matière de don et transplantation des organes et le manque de l'information-sensibilisation de la population (école, médias, associations...)[32 33].

Les recommandations de l'American College of Critical Care Médecine sur la fin de vie en réanimation soulignent que la demande soit faite dans un endroit privé et espacé pour donnerle

temps aux familles de réfléchir à cette considération spécifique en fin de vie. Par ailleurs, la personne qui demande le don d'organe doit être spécifiquement formée pour effectuer cette tâche. Les aspects relationnels et compassionnels sont plus importants que les détails du contenu spécifique de l'information. Ce qui permet de réduire le stress associé aux demandes de don d'organes et d'augmenter les taux de dons [2].

5. Facilitation de l'accès de la famille au service de réanimation chez les patients en fin de vie :

Dans notre étude la majorité des médecins facilitaient l'accès de la famille au service. Conformément à une recommandation suisse qui préconise un assouplissement des horaires de visite afin de permettre à ces derniers de veiller la personne en fin de vie [1].

6. Scénario clinique :

Connaissant les variabilités internationales concernant les attitudes de fin de vie en réanimation, nous avons choisi le même scénario clinique adopté dans une étude-questionnaire Belge internationale [7]. Ce même questionnaire a été repris dans l'étude asiatique de Phua [8]. Ce choix a été fait dans l'optique de pouvoir comparer les attitudes des MR marocains aux autres praticiens dans le monde.

Le scénario clinique soumis aux MR présente un patient sans famille et sans directives avancées. La responsabilité de la prise de décision revient au médecin ou à l'équipe soignante.

6.1. Processus de décision de la conduite thérapeutique :

La majorité des MR indiquaient qu'ils décidaient de façon collégiale avec les autres médecins du service et les autres médecins traitants, alors que 29% décidaient de façon collégiale en impliquant les infirmiers du service. Une attitude similaire aux médecins européens qui semblent préférer décider au sein de l'équipe de soins intensifs, plutôt que d'impliquer des

conseillers éthiques ou juridiques extérieurs. Les participants d'Europe du Nord et d'Europe centrale ont répondu qu'ils étaient plus susceptibles d'impliquer les infirmières dans la prise de décision que les répondants des pays d'Europe du Sud et des États-Unis.

Dans ces conditions, davantage de médecins des États-Unis ont estimé qu'il pourrait être utile de se référer à l'extérieur de l'USI que dans d'autres pays. Il est possible que l'environnement juridique aux États-Unis puisse avoir une certaine influence sur ces décisions.

6.2. Décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque ultérieur :

L'application des ordres « Ne pas réanimer » variait considérablement dans le monde selon la région géographique [7]. Dans notre étude 75% des MR marocains étaient prêts à ne pas réanimer le patient, avec des consignes verbales pour l'équipe soignante de réanimation. Un aspect très similaire à celui des praticiens de Turquie, d'Europe du Sud et du Brésil qui préfèrent des consignes orales aux soignants. Contrairement aux MR d'Australie, du Canada, des États-Unis et d'Europe du Nord et d'Europe centrale qui appliquent plus largement les ordonnances écrites de «ne pas réanimer ».

6.3. Attitude des médecins réanimateurs en cas de stabilisation du patient :

Un MR sur deux garderait le patient en réanimation avec limitation thérapeutique si une complication survient, 36% des MR réaliseraient une trachéotomie en vue d'une sortie à domicile, 10% qui l'extuberaient avant sa sortie et 9% qui réaliseraient un sevrage terminal par l'administration des sédatifs/morphiniques en vue de l'arrêt de ventilation mécanique.

Dans l'étude belge, les MR turques et japonais poursuivraient la prise en charge complète de ce patient en réanimation. Ceux d'Australie et de Canada retireraient la ventilation artificielle et les MR d'Europe du nord auraient tendance à transférer le patient en dehors de la réanimation [7].

Il existe des consensus concernant la mort cérébrale, étant un aspect de la fin de vie et définie par l'arrêt documenté de la fonction cérébrale [9] :

- Toutes les thérapies soutenant la fonction des organes doivent être interrompues à moins qu'un soutien continu ne soit nécessaire pour le don d'organes, après la documentation de la mort cérébrale et le consentement approprié.
- Une explication claire aux familles n'acceptant pas la mort cérébrale de leur proche, et s'opposant à l'arrêt du ventilateur ou d'autres modalités thérapeutiques vitales, que les thérapies peuvent être poursuivies pendant une durée limitée pour aider les familles à accepter le décès de leur proche.
- Le patient ne doit pas rester dans une unité de soins intensifs sauf si la politique de l'hôpital le permet et si sa famille n'accepte pas la mort cérébrale, et souhaite de garder les thérapies de suppléance vitale.

6.4. Conduite thérapeutique devant choc septique ultérieur :

Le patient développe rapidement de la fièvre avec choc septique secondaire à une pneumonie nosocomiale. La majorité des MR (45%) décidaient de maintenir la ventilation mécanique, sans donner ni antibiotiques ni vasopresseurs. En revanche, un pourcentage assez considérable (39%) des réanimateurs marocains, démarreraient l'antibiothérapie et les vasopresseurs. L'option de donner des antibiotiques, avec ou sans vasopresseurs, a été sélectionnée par la plupart des médecins au Japon (96%), en Turquie (81%), les États-Unis (65%), l'Europe du Sud (62%) et

Brésil (59%) (P .001 vs autres régions), tandis que dans le Nord de l'Europe, l'Europe centrale, le Canada et l'Australie, le retrait de la ventilation mécanique et l'extubation ont été plus communément choisis [7].

Ce travail, étant une première étude traitant des aspects pratiques de LAT auprès des MR au Maroc, a révélé des différences frappantes dans l'attitude des MR à l'égard des problèmes de fin de vie. Le pronostic des patients en coma post-anoxique (CPA) après arrêt cardiaque étant

très difficile à prévoir, un questionnement précoce sur la pertinence, la nature et le degré des soins à prodiguer paraît légitime. La prise de décision d'une LAT une source d'inquiétude, car l'évolution neurologique des patients en CPA recouvre différents états neurologiques :

- **décès.**
- **non-éveil** : absence d'ouverture des yeux de manière spontanée ou à la stimulation associée à une absence de conscience telle que définie dans l'état végétatif ;
- **état végétatif** : absence de conscience de soi et de l'environnement avec absence de communication ou de réaction avec l'entourage, absence de compréhension ou d'expression du langage, absence de réponse reproductible ou volontaire aux stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux, et incontinence sphinctérienne, mais présence d'un cycle veille-sommeil, du maintien des fonctions autonomes de l'hypothalamus, du tronc cérébral et des réflexes des nerfs crâniens et spinaux. Il est qualifié de persistant à un mois d'évolution et de permanent après trois mois [36]. Cependant, ces qualifications tendent à être abandonnées au profit de la mention « état végétatif depuis x jours, semaines, mois... ».
- **coma persistant** : absence d'éveil à un mois.
- **éveil conscient avec séquelles sévères cognitives et physiques**, incluant les états de conscience minimale ou pauci relationnels (état d'éveil avec un état de conscience de soi et de l'environnement fluctuant).

Une approche multicritères fondée sur le recueil rigoureux des indices cliniques et paracliniques les plus péjoratifs suscités qui aideront à construire une conviction sur le devenir du patient en CPA après arrêt cardiaque, tout en limitant le risque de fausse prédiction [35–38] :

- l'absence bilatérale de réponse pupillaire à la lumière ou de réflexe cornéen au 3^e jour ;
- l'absence bilatérale de réponse motrice à la douleur au 3^e jour ;
- des myoclonies généralisées persistantes pendant les 24 premières heures ;
- un tracé EEG soit isoélectrique, soit de burst-suppression ou « d'état de mal anoxique » au cours de la première semaine ;

- l'absence bilatérale d'activité corticale précoce (onde N20) aux potentiels évoqués somesthésiques réalisés à partir du 3^e jour et levée de l'hypothermie) [40]. De plus, les analyses des correspondances multiples, de la littérature médicale, montrent que les pays ne se trouvent pas tous sur un seul axe, ce qui suggère une variabilité des réponses au sein de chaque pays en fonction des individus.

7. Discussion de l'analyse multivariée :

7.1. La Religion et la décision de LAT :

Dans notre étude, la croyance religieuse que l'Islam autorise la LAT était un facteur indépendant associé significativement à la réalisation par les MR marocains (Odds ratio : 3,7 ; $p=0.022$). Ce résultat présente des similitudes avec la série marocaine de Damghi et al. où les médecins urgentistes avaient la certitude que la loi islamique autorise le retrait d'un traitement futile sur la base du consentement des membres de la famille.

Une grande partie de la population mondiale est affiliée à une religion majeure. De même les croyances religieuses d'un individu peuvent fortement influencer ses expériences et comportements en pratique médicale [4, 39]. Dans une revue de littérature faite par Ford et al., traitant de l'impact de la religion sur les décisions de fin de vie, il a été retrouvé qu'entre 53 et 90 % des patients considèrent que la religion est importante dans la prise de décisions médicales sérieuses [42, 41]. En outre, Phelps et al. ont trouvé que la religion était significativement associée à une utilisation accrue aux thérapies des soins intensifs avant le décès chez des patients américains atteints d'un cancer avancé [44]. Ce résultat ne dépendait pas d'une religion spécifique en soi.

Une étude faite en Hong Kong, a démontré qu'il y avait une association forte entre les croyances des médecins et des patients et des pratiques de fin de vie [7]. Israël par exemple, est doté d'un arsenal juridique détaillé définissant la manière appropriée de réaliser la LAT en accord avec les préceptes religieux juifs [4]. Dans l'étude ETHICUS, le traitement était limité plus

souvent qu'il n'était retiré si le médecin était juif (81%), grec orthodoxe (78%) ou musulman (63%), alors que l'arrêt thérapeutique se produisait plus souvent lorsque les médecins étaient catholiques (53%), protestants (49%), ou n'avaient aucune appartenance religieuse (47%) [10].

Dans une excellente revue traitant de la fin de vie et l'islam en 2018, Chamsi Pacha un cardiologue en Arabie Saoudite, reconnaît qu'il n'y a pas de consensus entre les instances juridiques islamiques mondiales concernant le retrait versus arrêt des traitements chez les patients en fin de vie [5]. Cependant une « fatwa » éditée par les « oulémas » saoudiens fait autorité dans ce domaine. Elle stipule que les patients musulmans en phase terminale sont autorisés à se voir limiter ou retirer des traitements de survie lorsque le traitement est jugé inutile par les médecins experts, n'entraîne aucune amélioration de la qualité de vie et prolonge le processus de mort et la souffrance. En effet retarder la mort inévitable d'un patient n'est ni dans son intérêt ni dans l'intérêt des ressources publiques [5]. Yazigi et al. dans une étude faite au Liban a trouvé que le retard de LAT retarde le passage aux soins palliatifs chez le patient en fin de vie [23]. Les droits humains fondamentaux du patient, y compris la nutrition, l'hydratation, les soins infirmiers et les analgésiques devraient être maintenus. Ceci peut être fait à domicile ou dans un hospice selon les désirs du patient afin de lui assurer une fin paisible et confortable [5, 23].

L'Association médicale islamique d'Amérique du Nord (IMANA) estime que lorsque la mort devient inévitable, comme déterminé par une équipe de médecins intensivistes, le patient devrait être autorisé à mourir sans procédures inutiles, prolongeant son agonie. Il doit être traité avec le plus grand respect des mesures de confort, de contrôle de la douleur, et sans aucune tentative pour empêcher sa nutrition et son hydratation (IMANA 2005). En outre, l'article 63 du code islamique d'éthique médicale, publié par l'organisation islamique des sciences médicales stipule que « le traitement peut être interrompu si une équipe d'experts médicaux prenant en charge du patient est convaincue que la poursuite du traitement serait futile ou inutile. Dans ce cas ce traitement peut être interrompu (arrêt) et ne doit pas être commencé (limitation) ». [5].

Comme rapporté par Al-Bukhari, le Prophète Mohamed (paix et salut sur lui), dans sa maladie terminale, avait émis une sorte de directives anticipées : « il a demandé à ses épouses,

lorsqu'il était en phase terminale, de ne pas verser de médicament dans le côté de sa bouche (Ladood), s'il devenait inconscient, mais ses épouses l'ont fait. Quand il a repris conscience, il les a réprimandées... » (AlBukhari 1958). Ce Hadith souligne les points suivants que : les musulmans sont autorisés à ne pas suivre de traitement, en particulier lorsqu'ils ont une maladie incurable, les personnes qui prennent soin du patient ne sont pas autorisées à les forcer à suivre certains traitements, en particulier s'il a exprimé son souhait concernant ce type de thérapie, et ces personnes sont responsables de leur action [45]. La loi islamique autorise le retrait d'un traitement futile et considère qu'il s'agit d'une décision médicale claire prise par au moins trois médecins ; Cependant La suppression des nécessités de base de la vie telles que la nourriture et l'eau équivaldra à tuer activement le patient[5].

Ces principes religieux islamiques doivent être connus par les MR marocains en particulier et musulmans en général.

7.2. Relation entre prise de décision de LAT et secteur d'exercice :

L'exercice dans le secteur était le 2e facteur indépendant de réalisation de la LAT par les MR. En effet, l'exercice public multipliait la probabilité que les MR réalisent la LAT par 3,3 par rapport à des MR exerçant en secteur privé (Odds ratio= 3,370; $p=0.037$). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : le manque de ressources dans le secteur public par rapport au secteur privé pousserait les MR publics à prendre plus de décisions de LAT, le risque juridique perçu plus élevé dans le secteur privé, l'exigence des patients et leurs proches dans le secteur privé qui pourraient demander parfois la réalisation de soins inappropriés et futiles chez un patient en fin de vie. Des résultats similaires ont été retrouvés dans des pays en développement à ressources médicales limitées. C'est le cas de l'étude de Kapaa et al., qui a été faite au niveau de 4 hôpitaux de Mumbai a été étudiée la relation entre le taux de décès à l'intérieur et à l'extérieur des unités de soins intensifs et l'incidence de la LAT de fin de vie au sein de ces unités. Dans cette étude, il a été souligné qu'il existe des différences significatives dans la pratique de la LAT entre les hôpitaux publics et privés. L'accès à un nombre limité de lits dans les USI publiques couplé à une forte

demande de soins de santé abordables peut constituer une limitation implicite des soins. En outre, l'autonomie des patients est moins prise en compte dans les systèmes de soins de santé publics que dans les systèmes de soins de santé privés. Dans ces circonstances, il est probable que l'admission en USI public soit refusée aux patients considérés comme ayant une faible probabilité de survie, car les ressources seraient dirigées vers ceux qui ont plus de chances d'en bénéficier. En revanche, une grande partie des soins intensifs terminaux sont offerts en privé, où ces hôpitaux sont faits pour accueillir les proches des patients et pour éviter les conflits avec les familles, même si les soins sont probablement futiles [46].

Les aspects difficiles des soins de fin de vie dans les USI publics ou privés, doivent être étudiés plus profondément dans notre contexte. L'adéquation de ce type de soins est considérée comme un marqueur de qualité, avec d'autres aspects tels que la satisfaction de la famille et les questions morales concernant la prise de décision.

IV. Forces et Limites de l'étude:

Nous avons mené une étude-questionnaire prospective qui a pour but d'étudier et décrire les différents aspects de fin de vie auprès des médecins réanimateurs au sein des différentes structures de soins au Maroc, (CHU, CHR, hôpitaux militaires, cliniques privées), d'apprécier leurs connaissances sur le sujet, d'évaluer leurs attitudes dans l'exercice professionnel et d'identifier les facteurs influençant leurs décisions.

Les forces de cette étude est qu'elle est le premier jalon dans l'étude de la fin de vie en réanimation au Maroc. L'échantillon étudié est assez important et représentatif si on prend en compte que le nombre des MR au Maroc est aux alentours de 700.

Certaines limites ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail, tel que le taux de participation qui était modeste à cause de l'indisponibilité d'un certain nombre de MR due à la charge de travail actuelle (Contexte de pandémie COVID-19). Par ailleurs, cette étude est un recueil d'information indirecte à travers le questionnement des médecins en charge des patients

en fin de vie. La prochaine étape serait de faire une étude sur les patients eux-mêmes : caractéristiques, pronostic, mesures de LAT effectuées, etc. Enfin Notre étude n'a pas abordé certains contextes spécifiques telle que la réanimation pédiatrique.

V. Suggestions et recommandations:

Les médecins réanimateurs marocains interrogés dans cette enquête, étaient demandeurs et favorables pour un ensemble de recommandations, et mesures pour améliorer les pratiques de fin de vie, à savoir:

1. Perspectives pour améliorer la recherche, qualité et éducation:

Les soins de fin de vie en USI, comme de nombreux aspects des soins intensifs, offrent d'importantes opportunités de recherche, d'amélioration de la qualité et d'éducation [2]. Il y a eu une littérature florissante sur ces sujets au cours des dernières années qui peut guider chercheurs, cliniciens, administrateurs et éducateurs (Figure 41). Cependant, une majorité des MR invoquaient la rareté des documents scientifiques traitant du sujet et la non priorisation de la fin de vie en réanimation.

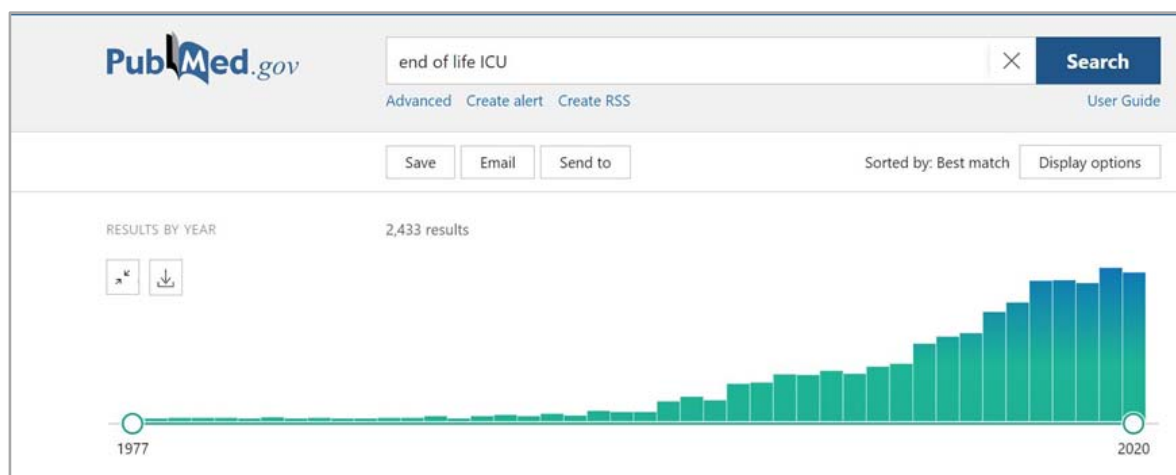


Figure 41: Diagramme montrant le nombre de publications scientifiques sur la fin de vie durant les 33 dernières années.

1.1.Recherche:

Quatre domaines nécessitent un programme de recherche pour améliorer les soins de fin de vie : définir les problèmes, identifier les solutions, évaluer les solutions et surmonter les obstacles. Dans chacun de ces domaines, d'importantes questions sans réponses ont été identifiées [2]. Le domaine doit identifier des mesures de résultats fiables, valides, réalisables et réactives pour les soins de fin de vie. Les mesures des résultats utilisées à ce jour comprennent la durée du séjour, l'intensité des soins, les symptômes psychologiques des familles et les évaluations de la qualité des soins par les cliniciens des soins intensifs et les membres de la famille.

Chacun de ces résultats présente des défis importants. Néanmoins, la réduction de la durée du séjour en USI, semble être un marqueur de substitution approprié pour une meilleure qualité des soins. Une autre évaluation potentielle de la qualité des soins de fin de vie est la satisfaction de la famille ou des cliniciens à l'égard des soins. Enfin, il est prouvé qu'une meilleure communication sur les soins de fin de vie peut réduire considérablement la morbidité psychologique (stress post-traumatique) chez les membres de la famille après un décès de leur proche à l'USI [2, 25].

1.2.Amélioration de la qualité:

a. La Réanimation d'attente :

La réanimation d'attente est une réanimation initialement optimale pour une durée limitée. Elle s'applique lorsque l'équipe de soin considère que l'évolution clinique au cours des premiers jours conditionnera le pronostic et donc la poursuite ou non d'une réanimation. Elle s'inspire d'un concept élaboré autour de la réanimation de la grande prématurité. Elle permet de donner du temps à l'équipe soignante afin d'étudier le pronostic du patient et d'éviter de prendre des décisions hâtives de LAT comme au cours des gardes qui sont le plus souvent non seniorisées. Cette forme spécifique de réanimation a ensuite été décrite pour le patient d'hématologie [47] puis chez le patient atteint d'une cirrhose hépatique[48] et le patient porteur

d'un cancer du poumon avancé [49]. Ces patients peuvent bénéficier avec succès des soins de réanimation malgré le terrain altéré. Enfin la réanimation d'attente peut conduire à l'augmentation des hospitalisations de patients au pronostic incertain. Ceci risque ainsi d'augmenter le taux de décision de LAT dans les services de réanimation. Même si elle semble séduisante, la réanimation d'attente ne doit pas se substituer au triage à l'admission [6]

b. Les soins palliatifs :

Qui sont désormais une question courante des programmes d'amélioration de la qualité dans de nombreuses unités de soins intensifs [50]. Récemment, un groupe de travail américain a nommé sept domaines clés qui sont les cibles potentielles des efforts d'amélioration de la qualité :

- **La prise de décision centrée sur le patient et la famille.**
- **La Communication :** le mnémonique «VALUE » a défini les cinq sous objectifs de la conférence familiale proactive : Valoriser et apprécier ce que disent les membres de la famille, reconnaître leurs émotions, écouter leurs préoccupations, comprendre qui était le patient dans la vie active et susciter des questions des membres de la famille.
- **La continuité des soins.**
- **Le soutien émotionnel et pratique.**
- **La gestion des symptômes et soins de confort.**
- **Le soutien spirituel.**
- **Le soutien émotionnel et organisationnel aux cliniciens en soins intensifs.**[2], [50].

Dans la même optique d'amélioration de qualité, nous suggérons une fiche générée par la SFAR qui a pour objectif d'aider dans la prise de décision d'une LAT. Elle a été validée par des juristes. (Annexe II)

1.3.Éducation :

Bien que l'éducation dans ce domaine s'améliore, des études documentent les lacunes de l'éducation sur les soins de fin de vie pour les médecins et les infirmier(e)s.

L'initiative pour les soins palliatifs pédiatriques est un programme axé sur les soins aux enfants[51]. De plus, les cliniciens ont besoin des programmes éducatifs,qui offrent l'occasion de parler de leurs expériences de prise en charge de patients gravement malades mourants et de leurs familles et de l'effet de la prestation de ces soins sur leurs propres émotions et attitudes professionnelles [52].De même, l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, situation malheureusement fréquente en médecine et à l'évidence pénible, reste difficile et ne fait pour le moment pas l'objet d'un enseignement spécifique lors des études médicales [17]. La simulation médicale représente un excellent outil pédagogique pour l'apprentissage de ces situations.

a. Notion de Débriefing : [28]

Les travailleurs de la santé sont formés pour sauver des vies plutôt que d'être impliqués dans la LAT.Ainsi,même si le retrait de soins est dans l'intérêt du patient,l'équipe des soins intensifs peut toujours ressentir de la détresse, de l'anxiété et des remords.Une réunion de débriefingprévue quelques jours après l'événement devrait être effectuée. L'objectif est d'alléger l'épuisement professionnel,fournir un soutien émotionnel adéquat dans une atmosphère propice à la confiance et à la compréhension mutuelle des différentes opinions.Idéalement,il devrait être modéré par un professionnel de sante expert qui n'a pas impliqué dans le processus de retrait.Les points à aborder comprennent :

- Pourquoi le traitement a-t-il été retiré ?
- Approche scientifique convenue
- Demandes familiales spécifiques
- Commentaires de toutes les personnes impliquées.
- Sentiments/émotions des individus impliqués
- La nécessité et la mise à disposition d'un espace personnel pour les personnes qui pourraient en avoir besoin.
- L'apport de compétences pour faire face aux problèmes qui peuvent survenir
- Résumé et plans futurs

Les personnes identifiées comme ayant besoin d'une assistance supplémentaire peuvent alors être référées pour une assistance appropriée si nécessaire.

Les soins de fin de vie sont en train de devenir un domaine d'expertise complet en USI et exigent le même niveau élevé de connaissances et de compétences que tous les autres domaines de pratique des USI. L'accent a été mis de plus en plus sur la recherche, l'éducation aussi bien du personnel soignant que de la population générale et l'amélioration de la qualité des soins de fin de vie en réanimation. Il y a également un consensus croissant sur le terrain des soins intensifs sur certains principes importants, tels que la prise de décision partagée et l'importance de prendre soin des familles des patients.

2. Suggestion d'un protocole standard unis aux unités de soins intensifs du Maroc:

2.1. Définition d'une stratégie :

La fin de vie est un processus complexe nécessitant une étroite collaboration entre professionnels mais également une harmonisation et une coordination des pratiques entre les différents intervenants lors de l'accompagnement du mourant. L'objectif est de déterminer la séquence de retrait des traitements, ainsi que les objectifs souhaités de confort du patient en fin de vie [1].

2.2. Processus décisionnel :

- o Le patient est en fin de vie conscient capable d'exprimer sa volonté : et décide de limiter ou arrêter tout traitement. Son autonomie doit être respectée par la prise en compte de son avis et de ses volontés. Ce pourrait ainsi être le cas de la « énième cure de chimiothérapie », refusée délibérément par un patient pleinement responsable et ayant reçu de la part de son médecin les explications détaillées des conséquences de son choix. Le médecin doit

respecter la volonté du patient après l'avoir informé et assurer sa dignité [17].

Cette décision est donc partagée entre le médecin et le patient. Si ces intervenants sont en accord, la décision est inscrite au dossier médical et appliquée[6].

o Le patient est en fin de vie et inconscient :

Personne de confiance ? Directive anticipée ? Limitation ou Arrêt de traitements après procédure collégiale [17] qui implique le médecin réanimateur, l'équipe de soin et la présence d'un médecin extérieur à l'équipe, appelé en qualité de consultant, sans lien hiérarchique avec le médecin en charge. Cette procédure a pour objectif de mener une réflexion sur l'état de santé actuel de la personne et ses perspectives. Elle devra aborder et mettre en balance le terrain, la gravité des pathologies chroniques, la réversibilité de l'épisode aigu entraînant l'hospitalisation en réanimation, le pronostic médical en vertu de l'état de la science, la volonté du patient, les qualités de vie antérieure et postérieure supposées. Si un consensus est trouvé, le collègue réfléchit aussi à la mise en pratique de la décision : modalités d'application, thérapeutiques non introduites, limitées ou arrêtées, éventuelle prescription sédatrice ou analgésique, objectifs de soin, mais aussi prise en charge pluridisciplinaire du patient et de sa famille. Toutes les étapes, de la procédure de réflexion aux modalités d'application de la décision, doivent être tracées dans le dossier médical (Figure 42)[6].

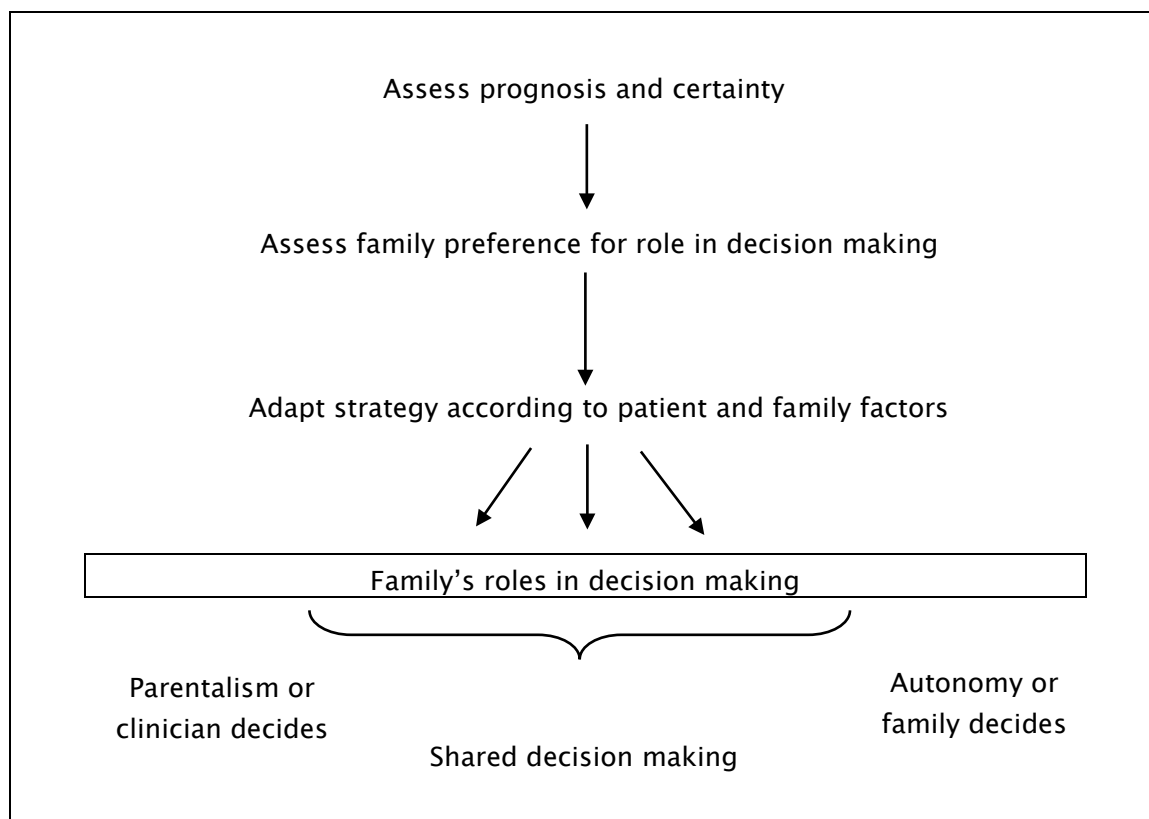


Figure 42 : Une approche en trois étapes pour une prise de décision centrée sur le patient et la famille[13]

Tableau XXII: Lignes directrices des procédures pratiques avant le retrait thérapeutique [50]

Procédures préparatoires pratiques assurant la dignité du patient avant le retrait thérapeutique :
. Préparer l'équipe, examiner le protocole de soins prévu en détail avec tous les membres concernés, le tableau des médicaments existants et arrêter tout interventions/médicaments, investigations inutiles, rédaction de prescriptions anticipées, communication de tous les modalités des traitements de fin de vie avec la famille, consensus, consentement [14]. . Assurez-vous que le médecin traitant est au courant des plans, s'il n'est pas déjà engagé. . Rappelez aux membres du personnel que toutes leurs actions doivent garantir la dignité du patient, et que le patient et sa famille sont l'unité de soins. . Préparez un calendrier de dotation pour maximiser la continuité des soins pendant le processus de mort, si possible, fournir accès aux médicaments essentiels pour le contrôle des symptômes de fin de vie, et un espace dédié et personnel aux besoins de soins particuliers du patient et de sa famille [14]. . Assurez-vous que l'infirmier en charge n'a pas été affectée à la prise en charge d'un autre patient gravement malade si possible et qu'il est expérimentée en soins palliatifs. . Assurez-vous que les médecins sont facilement disponibles et n'abandonnez pas le patient ou la famille. . Présentez les membres du personnel concernés au patient et à sa famille. . Assurez-vous que les membres du personnel minimisent les bruits inutiles immédiatement à l'extérieur de la pièce, préparer la chambre du patient et tenir compte du confort du patient et de la famille (éclairage, température, articles personnels). Assurer un contrôle adéquat de la douleur et des autres symptômes grâce à une réévaluation continue avec documentation de tout écart [14]. . Libéraliser les restrictions de visite (par exemple, le moment, la durée, le nombre de visiteurs), retirez l'équipement inutile [14]. . Préparez le patient, et le positionnez le plus confortablement possible. . Honorer les demandes de rituels culturels, spirituels et religieux de la famille. . Baissez l'éclairage sur les écrans nécessaires à la surveillance (Électrocardiographie), interrompre la surveillance inutile (Oxymétrie), les appareils inutiles (Sondes d'alimentation), les tests inutiles (analyses sanguines) et arrêt des médicaments qui ne procurent pas de confort et fournissez ceux qui le font, pour assurer que le patient est aussi calme et sans détresse que possible avant de procéder au retrait du maintien de la vie. . Avoir un consensus parmi tous les dispensateurs de soins, par des discussions ouvertes et répétées et prise de décision partagée ; divulgation honnête, exacte et rapide du pronostic pour la famille et résolution des conflits en attente. . Mettre en pratique des soins palliatifs efficaces et compatissants pour un soutien approprié au patient/à la famille et assurer la cohérence entre les soignants [14].

2.3. Mettre en pratique de la limitation-arrêt des traitements de fin de vie:

Tous les traitements peuvent être retirés tant qu'ils n'engendrent pas de douleur ou d'inconfort au patient. Il est recommandé que l'infirmier et le médecin en charge du patient effectuent le retrait des traitements vasopresseurs, le sevrage de la ventilation mécanique ou l'extubation terminale en binôme. L'objectif de cette collaboration est de diminuer la charge émotionnelle et psychologique de tous les soignants impliqués.Ces moments étant reconnus comme source de stress important, voire de burn-out[1].

Nous RECOMMANDONS que tous les médicaments non réconfortants : transfusions, hémodialyse, vasopresseurs, inotropes, nutrition parentérale, alimentation par sonde entérale, antibiotiques, et liquides intraveineux soient interrompus. Nous suggérons de ne pas fournir d'oxygène supplémentaire à moins que cela ne soit nécessaire pour le confort [53].

Ordre et rythme de l'arrêt:

Nous RECOMMANDONS que le rythme de retrait des mesures de maintien de la vie soit individualisé pour chaque patient. Les traitements de maintien de la vie doivent être arrêtés par étapes, assurant le soulagement de toute douleur, détresse respiratoire ou anxiété à chaque étape. Il n'est pas possible de définir d'ordre strict pour le retrait des traitements. Néanmoins, il est préconisé de retirer les traitements vasopresseurs avant d'effectuer le sevrage de la ventilation mécanique, cette procédure permettant au patient de perdre conscience sans souffrance. Les recommandations pratiques peuvent être résumées de la manière suivante[1]:

- L'hydratation peut être arrêtée en une seule fois, sans sevrage progressif.
- La nutrition entérale ou parentérale est à stopper en une seule fois, sans sevrage progressif.
- Les traitements vasopresseurs peuvent être retirés en une seule fois. Toutefois, un sevrage par étapes peut être envisagé selon les situations : Fixer une dose maximale à ne pas dépasser ; ne pas renouveler la seringue auto-pousseuse.
- La ventilation mécanique peut être sevrée en diminuant la FiO₂ à 0,21 et la PEEP à 0cmH₂O. Les changements des réglages du ventilateur consistent à diminuer la

fréquence respiratoire en mode contrôlé, diminuer l'aide inspiratoire en mode spontané avant d'installer éventuellement un tube en T. Il est à noter que la diminution de la FiO₂ à elle seule conduit le plus souvent au décès du patient.

- Le retrait du tube endotrachéal peut être envisagé afin de ne pas prolonger un processus inéluctable et permettre un déroulement plus naturel de la fin de vie. Il peut être retiré du moment qu'il n'engendre pas d'inconfort supplémentaire, ce qui peut être prévenu et traité par un opiacé pour diminuer la dyspnée, associé éventuellement à un anxiolytique de type benzodiazépine.
- Les équipements lourds, comme par exemple le ballon de contre-pulsion, devraient être enlevés. Il n'est absolument pas nécessaire d'arrêter les autres équipements :

a. Arrêt de la ventilation :

Nous RECOMMANDONS que la séquence et le processus de retrait de la ventilation mécanique soient individualisés avec le confort comme objectif primordial. La ventilation mécanique doit être retirée le plus rapidement possible. Les patients ne doivent pas être systématiquement extubés vers une ventilation mécanique non invasive. Les patients pharmacologiquement paralysés ne doivent généralement pas être extubés ou sevrés vers un mode de ventilation spontanée, une pression positive continue des voies respiratoires ou une pièce en T.

Nous SUGGÉRONS que dans la plupart des cas, l'objectif devrait être d'extuber les patients à l'air ambiant. L'extubation est préférable au fait de laisser le patient intubé sur une assistance ventilatoire mécanique minimale ou inexistante, mais l'une ou l'autre option est acceptable[53].

Processus de sevrage terminal : [28]

1. **Assurer** un environnement approprié
2. **Assurer** une sédation adéquate et un soulagement de la douleur (analgo-sédation).

3. **Désactiver** les alarmes
4. **Réduisez** FiO₂ à 0,21 (0–5 minutes)
5. **Réduisez** la PEP à 0 cm H₂O (0–5 minutes)
6. **Réduisez** le support de pression à ≤ 5 cm H₂O ou le volume courant à 0 ml – Réduisez la fréquence respiratoire du ventilateur à zéro (15 minutes)
7. **Surveiller** la nécessité d'ajuster l'analgo-sédation. Bien que le dosage réactif soit mieux évité, on peut nécessiter d'augmenter l'assistance respiratoire pendant une courte durée afin d'assurer le confort du patient lors de la titration des agents analgo-sédatifs.
8. Certains patients seront décédés à ce stade où le patient ne reçoit plus d'assistance ventilatoire à pression positive (la fréquence du ventilateur et la fréquence de l'assistance à la pression sont de 0). Sinon, le ventilateur mécanique est déconnecté et le patient est extubé.

Si l'extubation n'est pas prévue, les options incluent :

- Utilisation de CPAP
- Connexion à une pièce en T
- Continuez à évaluer les signes de détresse respiratoire, d'inconfort, de douleur et d'anxiété en conséquence.

Choix de médicaments opioïdes et sédatifs :

Nous RECOMMANDONS que si le patient est déjà à l'aise avec une dose stable d'opioïde et/ou de sédatif, ceux-ci devraient être poursuivis à ces doses pendant l'arrêt des traitements de fin de vie. Pour les patients naïfs aux opioïdes, la morphine est l'opioïde initial de choix pour la douleur ou la dyspnée pendant l'arrêt des mesures de maintien de la vie.

Nous SUGGERONS que les sédatifs tels que les barbituriques ou le propofol soient utilisés en deuxième intention pour la sédation, lorsque les benzodiazépines sont inefficaces ou dans des circonstances exceptionnelles

Titration des opioïdes:

Nous RECOMMANDONS que les opioïdes soient titrés en fonction des symptômes, sans limite de dose spécifiée pendant l'arrêt des mesures de maintien de la vie. Chez les adultes symptomatiques naïfs d'opioïdes, la dose initiale de bolus de morphine intraveineuse est de 2 mg (ou dose équianalgésique d'un autre opioïde), titrée pour donner effet. La dose initiale peut être ajustée en fonction de considérations de taille, d'âge et de dysfonctionnement des organes. Si un patient reçoit une perfusion de morphine ou d'hydromorphone et qu'il développe une douleur ou une détresse respiratoire, il est raisonnable d'administrer une dose bolus de deux fois la dose de perfusion horaire. Des doses intraveineuses de morphine/hydromorphone en bolus doivent être prescrites toutes les 15 minutes au besoin, et des doses intraveineuses de Fentanyl en bolus toutes les 5 minutes au besoin. Si un patient reçoit deux doses de bolus en une heure, il est raisonnable de doubler le débit de perfusion.

Nous SUGGERONS que la douleur ou la détresse respiratoire soit traitée avec une dose de bolus intraveineux ou un opioïde suivi d'une perfusion continue d'opioïde.

Titration des sédatifs :

Nous RECOMMANDONS que les sédatifs ne devraient être utilisés qu'une fois que la douleur et la dyspnée sont efficacement traitées avec des opioïdes, mais des combinaisons d'opioïdes et de sédatifs peuvent être utilisées pour la gestion des symptômes pendant le retrait des mesures de maintien de la vie. Les sédatifs doivent être titrés en fonction des symptômes, sans limite de dose spécifiée pendant l'arrêt des mesures de maintien de la vie. Pour les patients naïfs de sédatif, les symptômes doivent être traités avec une dose de bolus intraveineux de sédatif suivie d'une perfusion. Chez les patients symptomatiques naïfs de benzodiazépine, il est raisonnable d'administrer un bolus intraveineux de 2 mg de midazolam suivi d'une perfusion de 1 mg / h. Ces doses peuvent être ajustées en fonction de considérations de taille, d'âge et de dysfonctionnement des organes. Si un patient reçoit une perfusion de midazolam et devient symptomatique, il est raisonnable de lui administrer une dose de bolus égale ou double de la dose de perfusion horaire. Des doses intraveineuses de midazolam en bolus doivent être

prescrites toutes les 5 minutes au besoin. Si un patient reçoit deux doses de bolus en une heure, il est raisonnable de doubler le débit de perfusion. Le propofol est un sédatif alternatif au midazolam pour les patients qui sont déjà à l'aise avec une perfusion stable de propofol, ou pour les médecins familiarisés avec l'utilisation du propofol comme sédatif lors du retrait des mesures de maintien de la vie.

Autres médicaments:

Nous suggérons que l'épinéphrine inhalée soit utilisée pour traiter le stridor post-extubation chez le patient conscient. Les médicaments antinauséux doivent être commandés pro renata (PRN) avec des opioïdes[53].

Soins de confort :

Les interventions de soins de « routine » sont à proscrire au profit des soins de confort. Une importance doit être donnée aux soins réguliers de nursing et de la sphère ORL. L'objectif est de prévenir la sécheresse des muqueuses due à l'arrêt de l'hydratation. Il n'est toutefois pas utile de descendre des sondes d'aspiration par le nez pour tenter de dégager les voies aériennes. Le bruit provoqué par l'obstruction des voies aériennes supérieures suite au relâchement des muscles pharyngés (le gasping ou les râles agoniques) est un processus naturel faisant partie de la fin de vie et ne devrait pas être traité dans cette situation. Il n'est pas certain que le patient souffre de cette obstruction progressive, si l'on a pris la peine de prévenir la dyspnée avec un opiacé et l'anxiété avec une benzodiazépine[1].

Considérations particulières à l'hydratation-Nutrition :

Les recommandations actuelles concernant l'hydratation selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, en France : (ANAES)

- En l'absence de cause curable et particulièrement en phase ultime, si la réhydratation orale n'est pas possible, il n'est pas recommandé une réhydratation parentérale systématique.
- Qu'il y ait ou non une hydratation parentérale, un apport liquidien même minime par voie orale est à conserver quand cela est possible.

- La réhydratation parentérale peut n'être proposée qu'en cas de symptômes gênants pour le malade (sensation de soif non contrôlée par des soins de bouche pluriquotidiens, confusion).
- En l'absence de symptômes, la décision dépend de la maladie du patient et de son stade évolutif, de ses souhaits (ou de ceux de sa famille, s'il ne peut les exprimer) et doit être acceptée par l'ensemble de l'équipe soignante.
- Si la décision de ne pas réhydrater le patient est prise, il est recommandé de diminuer progressivement les posologies des médicaments, en particulier des opioïdes, et d'assurer des soins de bouche pluriquotidiens.
- Si une réhydratation parentérale est indiquée, la voie à privilégier est la voie sous-cutanée (sauf si le malade a déjà un abord veineux). Elle permet un apport de 500 ml à 1 litre par 24 heures.

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, (ANAES) en France concernant la nutrition sont les suivantes :

- En cas d'anorexie, il est proposé de commencer par favoriser l'appétit grâce à une présentation attrayante des repas (même s'ils doivent ensuite être mixés), à de petites portions, à des boissons fraîches.
- Des préparations hyperprotidiques et hypercaloriques peuvent être essayées : Si l'anorexie est associée à des symptômes évoquant une gastroparésie (sensation de satiété rapide et/ou nausées chroniques), les médicaments prokinétiques (métoclopramide, dompéridone) peuvent être proposés.
- Les médicaments orexigènes peuvent être prescrits si ces mesures simples ne suffisent pas : les corticoïdes et les progestatifs augmentent l'appétit et probablement le bien-être du patient.
- En présence d'une anorexie persistante ou d'une cachexie, l'alimentation artificielle, entérale ou parentérale n'est pas à proposer systématiquement. En effet, son efficacité sur la prise de poids ou l'arrêt de la perte de poids est limitée, sa morbidité non

négligeable et elle peut être source, surtout pour l'alimentation entérale par sonde nasogastrique, d'inconfort pour le patient et de difficultés de communication entre le patient et son entourage.

– S'il est décidé de ne pas mettre en route ou d'arrêter une alimentation artificielle, une hydratation orale ou parentérale (en privilégiant la voie sous cutanée) peut-être proposée selon les symptômes présentés par le patient et des soins de bouche sont à effectuer pluri quotidiennement.

Nutrition en fin de vie en Islam, le soutien nutritionnel est considéré comme des soins de base et non comme un traitement médical.Par conséquent, il est nécessaire de nourrir les personnes qui ne sont plus capables de se nourrir. Par conséquent, la loi islamique ne permet pas la limitation ou l'arrêt de la nutrition de base car cela entraînerait la mort par famine, ce qui est interdit dans les enseignements islamiques [54].L'IMANA déclare que: Lorsque la mort devient inévitable, comme déterminé par une équipe de médecins, le patient doit être autorisé à mourir sans procédures inutiles. Cependant, aucune tentative ne doit être faite pour empêcher la nutrition et l'hydratation de son patient(IMANA 2005) [5]

Nous suggérons ci-dessous, une stratégie pratique de limitation-arrêt des traitements en se retranchant derrière l'application d'un arbre décisionnel claire et bien codifiée, de la prise de décision de LAT et en particulier en sa modalité collégiale à son implémentation pratique (Figure 43, 44,45).

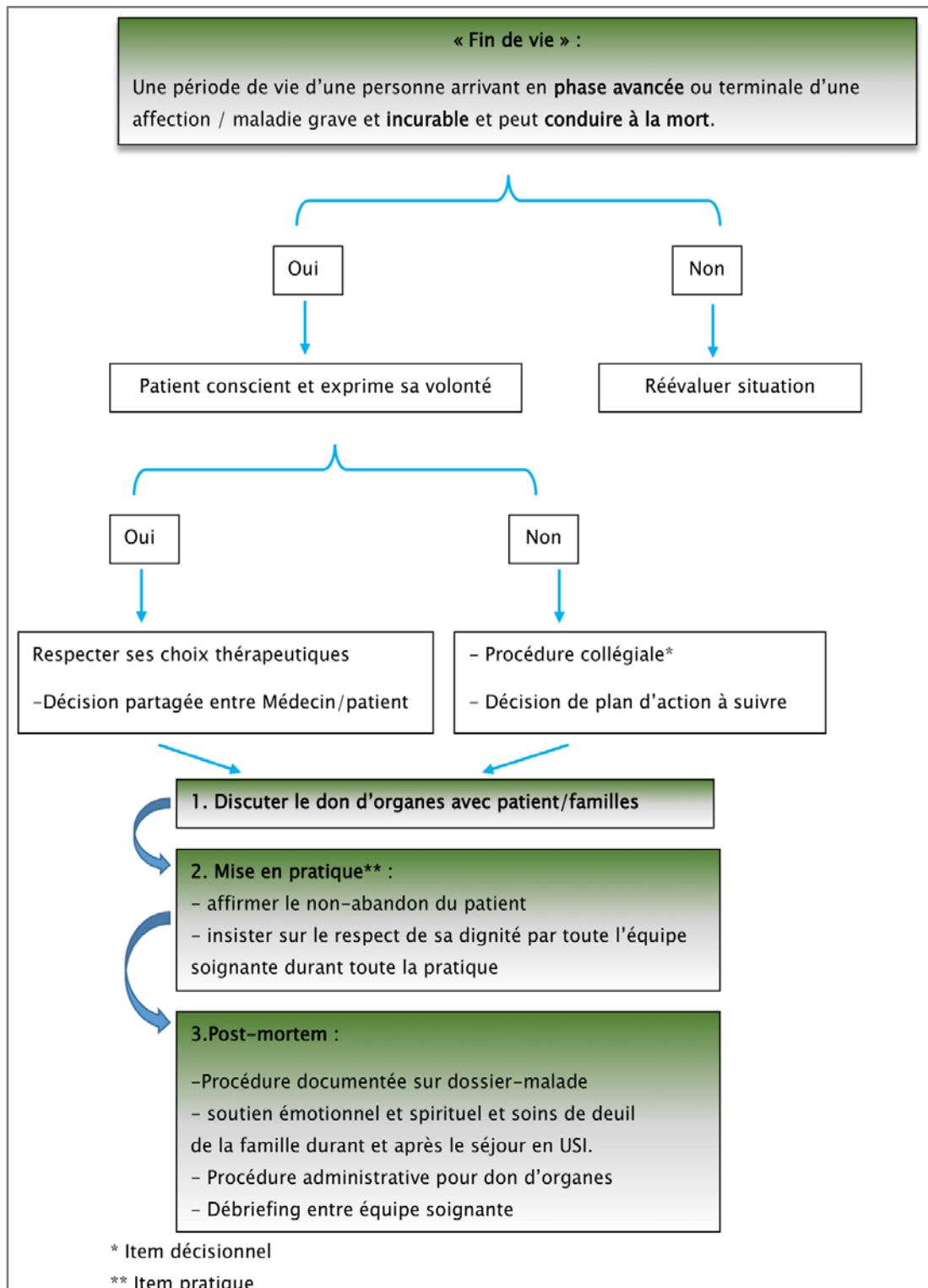


Figure 43 : Arbre décisionnel définissant une stratégie claire mettant en place le plan d'action global

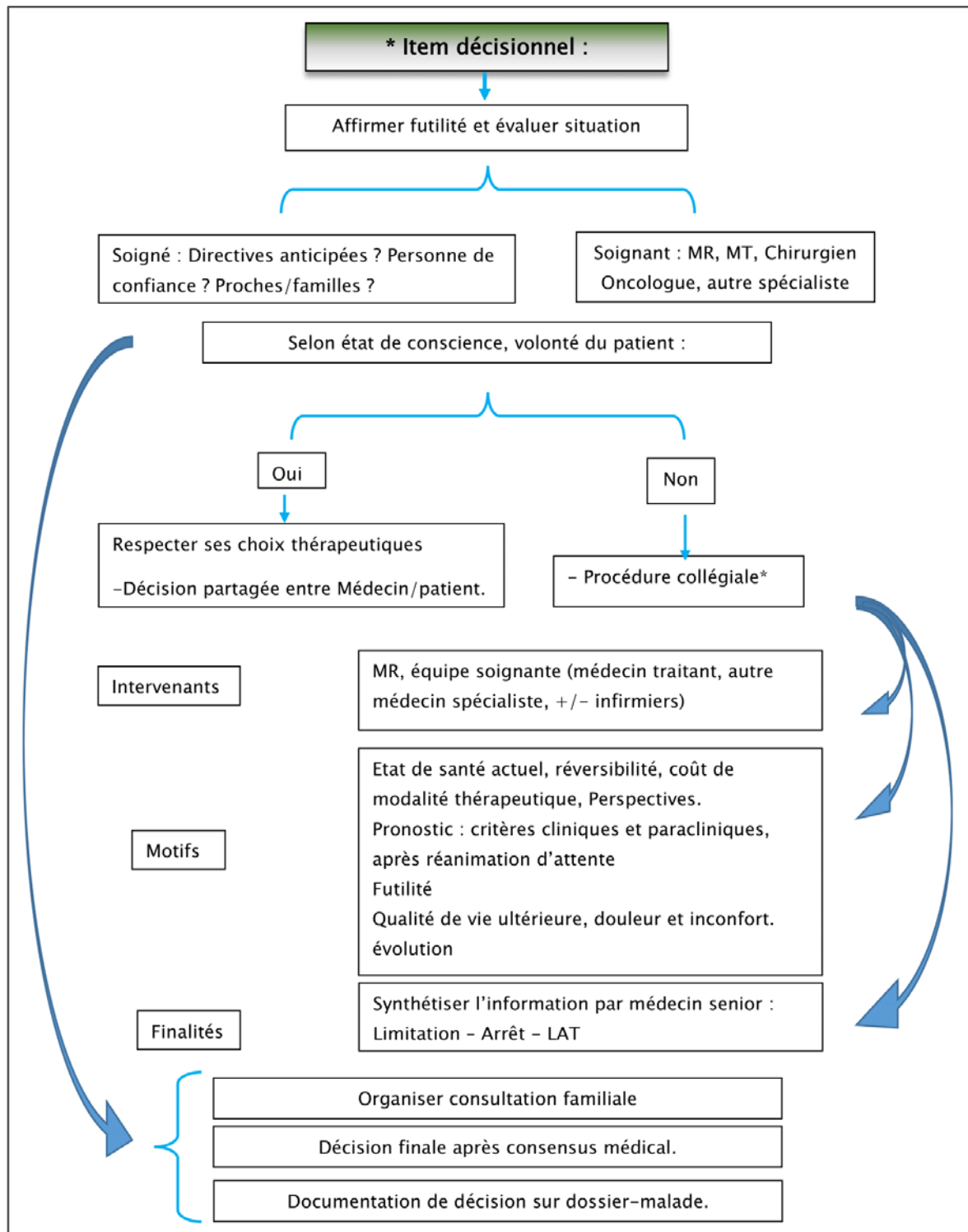


Figure 44 : Arbre décisionnelle répondant à la question comment décider et spécifiquement en collégialité.

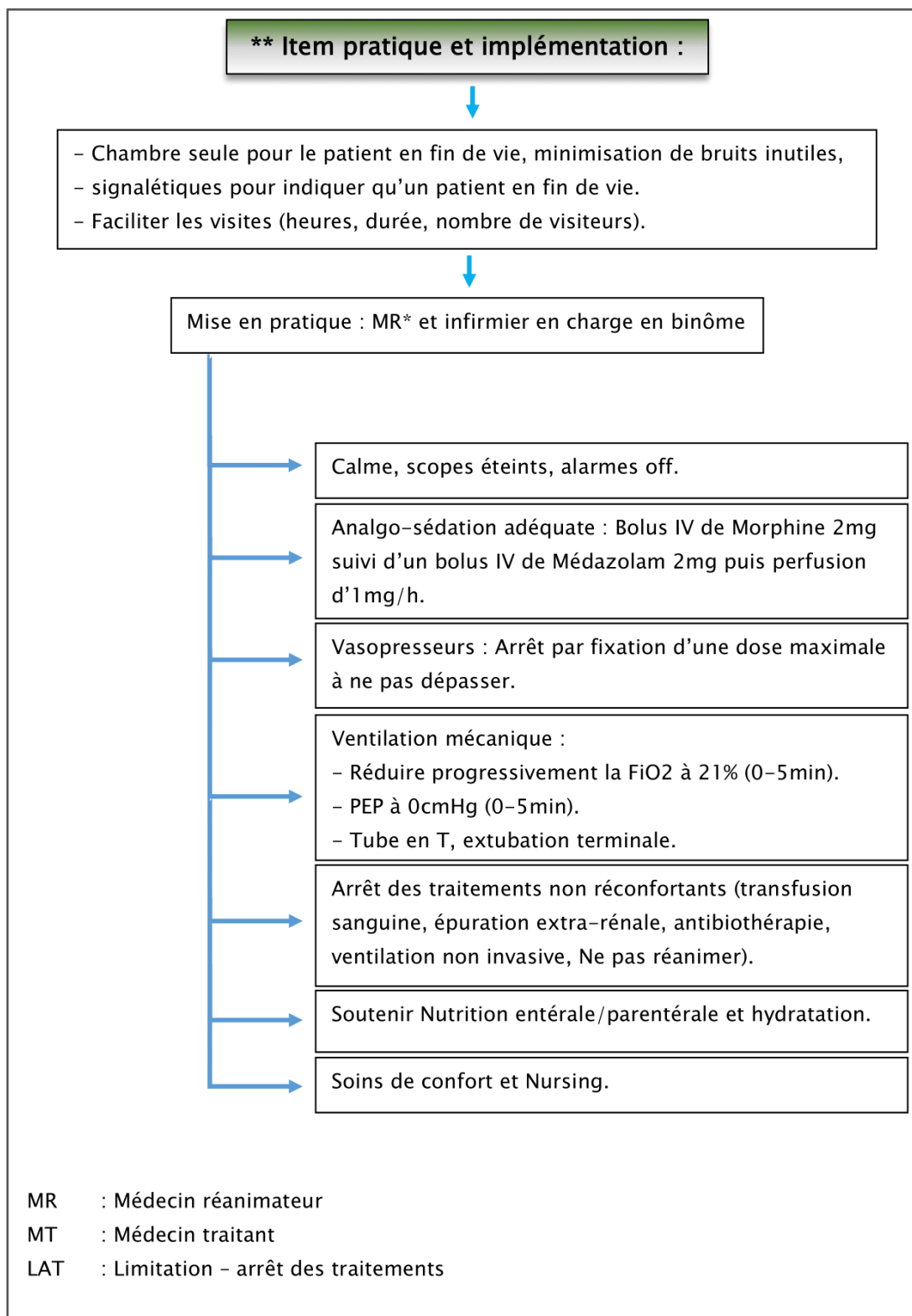


Figure 45 : Arbre décisionnel orientant l'application en pratique d'une décision de limitation-arrêt des traitements.

3. Proposition de loi encadrant la fin de vie au Maroc:

Dans notre étude 75% de nos sujets estimaient que l'absence du cadre légal au Maroc, et la peur des poursuites juridiques, est le principal obstacle aux décisions de LAT chez les patients en fin de vie. D'où la nécessité d'instaurer un cadre législatif clair, avec des limites bien définies d'un acte qui se produit déjà et ça se produira encore assurant ainsi une meilleure protection juridique du médecin (cas des diagnostics erronés, de décision hâtive par le patient, de pressions familiales ou pour des raisons économiques, cas des personnes démentes, dépressives ou atteintes d'autres pathologies psychiatriques qui n'ont plus toute leur objectivité).

Les aspects moraux, culturels, religieux et juridiques du traitement du « patient en fin de vie » sont parmi les plus difficiles dilemmes de la médecine moderne. Cela est dû aux énormes progrès de la médecine et de la technologie, au changement de la relation patient-médecin d'une approche paternaliste à une approche autonome, à la plus grande implication de divers professionnels. La société marocaine, comme d'autres sociétés occidentales, se débat avec ce problème ces dernières décennies. Néanmoins, la situation est déroutante avec des médecins ne sachant pas ce qui était autorisé ou non, ne discutant souvent pas des décisions avec les patients, ses plus proches parents ou autres professionnels de la santé et ne documentent pas les décisions de vie ou de mort [27].

3.1. Les faits saillants de la loi :

Hypothèses fondamentales : La majorité des gens ne veut pas mourir. D'autre part, la majorité des gens ne veut pas souffrir en fin de vie et ne veut pas prolonger leur vie artificiellement. Il devrait y avoir un équilibre entre la valeur de la vie et le principe d'autonomie. Il existe donc la nécessité de déterminer les limites de la prolongation de la vie par rapport à l'éviction des souffrances injustifiables et indésirables. Les décisions concernant les patients mourants devraient être fondées sur l'état de santé du patient, ses souhaits et son degré de souffrance. Aucune autre considération ne devrait importer de décider comment traiter le patient mourant, y compris la race, le sexe, l'âge, le statut économique, l'état mental, et le style de vie.

3.2. Aspects procéduraux souhaités :

1. Une loi aura exigé la nomination d'un médecin senior en tant que fournisseur de soins de santé responsable. Ses tâches sont les suivantes : établir la situation médicale du patient, analyser tous les faits et documents pertinents pour établir les souhaits du patient, formuler un plan de traitement détaillé, documenter toutes les décisions de manière claire et explicite et informer toutes les parties concernées des décisions. Les décisions doivent être basées sur des faits médicaux et les souhaits du patient.
2. Une loi aura répondu au besoin de directives médicales anticipées ou la nomination d'une personne de confiance (décideur de substitution), la relation des différents décideurs et l'établissement des mécanismes de résolution de problèmes pour une variété de situations (administration de la structure hospitalière, cellule d'écoute, comité éthique).
3. La loi aura établi des mécanismes détaillés vérifiant quelles directives médicales avancées sont les souhaits du patient mourant maintenant incompetent, y compris les éléments suivants : un formulaire détaillé à remplir par la personne avec l'aide d'un médecin traitant ou d'une infirmière, renouvellement périodique de la déclaration, réévaluation de l'énoncé au moment du diagnostic d'une maladie grave, avec l'aide d'un médecin expert et la mise en place d'un pool national de directives.
4. La loi aura institué des comités d'éthique institutionnels comme mécanisme de résolution des problèmes. Elle aura également établi un groupe de réflexion national d'éthique faisant appel à une autorité et ayant pour mandat de résoudre des problèmes plus difficiles et d'établir des politiques. Ce groupe sera composé d'experts dans les domaines : médecine, soins infirmiers palliatifs, médecine communautaire, psychologie, médecine légale, droit, et autorité religieuse. Ce mécanisme vise à éviter les tribunaux [27].

En résumé, l'acceptation des soins palliatifs en fin de vie, l'établissement et l'extension d'un système de soutien pour les médecins réanimateurs, collecte des cas de fin de vie et partage des informations afin de normaliser le jugement médical, et l'éducation du *public* sur les concepts de fin de vie, restent des appuis pour réaliser un progrès de l'éthique clinique passant d'un environnement incertain et menaçant où la limitation ou l'arrêt des soins pourrait conduire à des poursuites pénales à la reconnaissance de l'importance du processus de la prise de décision et sa gestion bien appropriée [55].



CONCLUSION

Les décisions de limitation–arrêt des traitements de suppléance vitale au sein des unités de soins intensifs font indéniablement partie intégrante de l'activité médicale courante, et la question de la fin de vie ne se limite pas à un « pour ou contre » mais s'intègre dans une problématique beaucoup plus large et autrement ambitieuse qu'est le soin, l'accompagnement et le sens humain autour de la mort. De nombreux patients musulmans mourants subissent des décès prolongés et douloureux, recevant des soins inutiles, invasifs et coûteux, ce qui peut avoir un impact important sur leur intégrité physique, psychosociale et spirituelle. Dans l'islam, le caractère sacré de la vie humaine est extrêmement apprécié, mais le maintien en vie n'est pas nécessaire s'il prolonge l'agonie et la souffrance associées aux stades finaux d'une maladie en phase terminale. Cependant la loi islamique autorise l'arrêt d'un traitement futile et considère qu'il s'agit d'une décision médicale claire. Il s'agit de la première étude nationale la fin de vie en réanimation ; malgré des impacts importants sur la pratique en matière de secteur d'exercice, de formation professionnelle, de système juridique, de religion et de culture des répondants ; Les résultats devraient améliorer la transparence, la clarté et la qualité des soins de fin de vie. Dans ce cadre des recommandations consensuelles sur les différentes attitudes devant la fin de vie, l'application d'une pratique individualisée, éclairée par la connaissance des implications pratiques, de l'origine, de la tradition culturelle, de la religion et des circonstances socio-économiques de l'individu sont actuellement la voie la plus probable vers des soins de fin de vie de qualité pour tous.

Implications pratiques :

- La décision de limitation thérapeutique doit être prise selon les principes éthiques en vigueur.
- La complexité du processus de fin de vie requiert une clarification des pratiques de soins et des rôles des professionnels impliqués.
- Une attention particulière doit être portée à la gestion des symptômes du patient en fin de vie, la mise en pratique du retrait des traitements et l'accompagnement des proches.
- Des recommandations spécifiques de chaque service de réanimation peuvent aider à unifier la pratique parmi les différents professionnels et ainsi à alléger la charge émotionnelle engendrée par ces situations difficiles.

Le législateur doit encadrer ces pratiques par une loi marocaine, claire et bien expliquée ; une procédure unifiée doit être établie par l'introduction de directives et de recommandations scientifiques adaptées à notre contexte marocain.



ANNEXES

Annexe I (Questionnaire) :

Les pratiques de fin de vie en réanimation. Enquête auprès des médecins réanimateurs marocains.

Les pratiques de fin de vie sont une réalité quotidienne en réanimation.Cependant,les pratiques de fin de vie sont mal connues au Maroc. En effet, peu d'études se sont intéressées par ce sujet primordial et notamment aux décisions de limitation – arrêt des traitements(LAT) de suppléance vitale chez le patient en fin de vie.

Ce travail rentre dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine a pour but d'étudier les différents aspects de fin de vie auprès des médecins réanimateurs marocains.

Le renseignement de ce questionnaire est anonyme et ne que prend quelques minutes.Merci beaucoup pour votre temps et votre participation.

N. B : Si vous utilisez votre smartphone pour remplir ce formulaire, veuillez, activer la rotation automatique et positionnez votre appareil à l'horizontale.

ITEMS CONCERNANT LES PRATICIENS :

1. Quel est votre âge ?

Réponse :ans

2. Vous êtes ?

- a) Homme
- b) Femme

3.Depuis combien d'années pratiquez-vous la réanimation ?

Réponse :années

4. Avez-vous bénéficié auparavant d'une formation dans le domaine de l'éthique et la fin de vie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Si la réponse à la question est affirmative, dans quel contexte ?

- ☐ Cours de spécialité
- ☐ Séminaire / formation continue
- ☐ Congrès. Veuillez préciser svp. Congrès : national / international /
- ☐ Autres, précisez :

6. Avez-vous eu l'occasion de parcourir la littérature médicale (article scientifique, recommandations, chapitre d'ouvrage) sur la fin de vie en réanimation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Si la réponse à la question est non, quelle en est la raison ?

- ☐ Rareté des documents traitant de ce sujet
- ☐ Ce sujet n'est pas ma priorité en réanimation
- ☐ Vous êtes rarement confrontés à ces situations de fin de vie en réanimation
- ☐ Méconnaissance de ce sujet (fin de vie en réanimation).

Autre :

8. Quel est Votre lieu d'exercice ?

- ☐ Centre hospitalier universitaire public
- ☐ Centre hospitalier régional ou périphérique
- ☐ Hôpital universitaire privé
- ☐ Clinique privée
- ☐ Hôpital militaire

9. Dans quel type de réanimation exercez-vous actuellement ?

- ☐ Médicale
- ☐ Chirurgicale
- ☐ Polyvalente (médico-chirurgicale)
- ☐ Neuroréanimation
- ☐ Réanimation de chirurgie cardiaque et/ ou cardiologique
- ☐ Réanimation pédiatrique
- ☐ Réanimation obstétricale
- ☐ Autre, précisez :

10. quelle est la capacité litière de votre réanimation

Réponse :lits

11. Est-ce que votre réanimation comporte des chambres (ou box) individuelles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. De combien de ventilateurs de réanimation disposez-vous dans votre service ?

Réponse :ventilateurs

13. Combien de médecins seniors comprend votre réanimation ?

Réponse :médecins seniors

14. Quels est le nombre de patients par infirmier dans votre service de réanimation ?

Réponse :patients / infirmier

ITEMS ÉTHIQUES : Limitation – arrêt des traitements (LAT) de suppléance des fonctions vitales en réanimation

POUR RAPPEL, LA LIMITATION OU ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE (LAT) CONSISTE À RENONCER À METTRE EN ŒUVRE DES MESURES DE SOUTIEN DES FONCTIONS VITALES (VENTILATION, INOTROPES/VASOPRESSEURS, DIALYSE...) ALORS QUE L'ARRÊT EST UN RETRAIT DES TRAITEMENTS DE SUPPLÉANCE VITALE DÉJÀ INSTAURÉS

1. Lesquels des mots suivants correspondent à la fin de vie pour vous ? (Un ou plusieurs choix possibles)

- ☐ Euthanasie
- ☐ Mort avec dignité
- ☐ Arrêt des soins
- ☐ Accompagnement et soins palliatifs
- ☐ Non bénéfice des traitements ou futilité médicale
- ☐ Limitations / arrêt des thérapeutiques (LAT) de suppléance vitale.

2. Est ce qu'il vous arrive de prendre des décisions de Limitation – arrêt des traitements (LAT) chez les patients de fin de vie dans votre service ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

3. Pour vous, quelles sont les obstacles aux décisions de LAT chez les patients en fin de vie en réanimation ? (Une ou plusieurs réponses possible)

- ☐ L'absence de cadre légal qui régit la fin de vie au Maroc (peur des poursuites judiciaires)
- ☐ Les principes religieux islamiques
- ☐ Les caractéristiques socio-culturelles marocaines
- ☐ Aucun obstacle à prendre des décisions de LAT

4. Quelle est votre attitude devant un patient en fin de vie ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Limitation de tout nouveau traitement actif mais poursuite du traitement actuel (ex : poursuivre la ventilation mécanique déjà instaurée mais ne pas commencer les vasopresseurs ou l'hémodialyse)	☐	☐	☐	☐	☐
Arrêt des traitements actifs (ex : arrêter les vasopresseurs ou l'hémodialyse)	☐	☐	☐	☐	☐
Administer des sédatifs/morphiniques pour soulager la souffrance du patient en fin de vie	☐	☐	☐	☐	☐

5. Quel est votre point de vue concernant la limitation – arrêt des traitements (LAT) de suppléance des fonctions vitales chez les patients en fin de vie :
- ☐ Les deux (limitation et arrêt) sont éthiquement acceptables.
 - ☐ La limitation est éthiquement acceptable car elle consiste à renoncer à introduire un nouveau traitement ; par contre l'arrêt des traitements est inacceptable.
 - ☐ Les deux (limitation et arrêt) sont éthiquement inacceptables.
6. Concernant l'administration de sédatifs / morphiniques chez le patient en fin de vie :
- ☐ Cette pratique est éthiquement acceptable car il n'est pas humain de laisser un patient souffrir
 - ☐ Cette pratique est inacceptable car les sédatifs / morphiniques administrés bien qu'ils soulagent les souffrances peuvent précipiter le décès du patient
7. Quels sont les facteurs qui influencent votre décision de réaliser ou non une Limitation et l'arrêt des traitements (LAT) chez le patient en fin de vie ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
La volonté du patient (s'il est capable de l'exprimer ou s'il l'a déjà fait savoir à sa famille)	☐	☐	☐	☐	☐
La volonté de la famille	☐	☐	☐	☐	☐
L'âge du patient	☐	☐	☐	☐	☐
Ses comorbidités (ex : Insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, AVC, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Absence de perspectives de guérison ou de survie	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité de vie ultérieure du patient	☐	☐	☐	☐	☐
La souffrance éventuelle et l'inconfort engendrés par le maintien des traitements de suppléance vitale en réanimation	☐	☐	☐	☐	☐
Le coût financier supporté par le patient ou sa famille (en l'absence de couverture médicale)	☐	☐	☐	☐	☐
Le coût financier supporté par l'institution médicale ou par la société en générale	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de lits de réanimation	☐	☐	☐	☐	☐

8. Pensez-vous que l'islam interdit la LAT des traitements futiles chez les patients en fin de vie ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

9. Êtes-vous à l'aise quand vous discutez de la fin de vie avec un patient ou sa famille ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

10. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des remords lorsque vous décidez de faire une LAT chez un patient en fin de vie ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent aise
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

ASPECT PRATIQUES ET ATTITUDE VIS À VIS DES TRAITEMENTS DE SUPPLÉANCE VITALE :

1. Dans votre service, qui participe aux décisions de Limitation et d'arrêt des traitements (LAT) chez le patient en fin de vie ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un seul médecin senior
- ☐ Plusieurs médecins seniors (un consensus est exigé)
- ☐ Le médecin traitant du patient est impliqué dans la décision (ex : oncologue, chirurgien, ...)
- ☐ L'infirmier qui s'occupe du patient, participe à la décision
- ☐ Le patient si apte à prendre une décision
- ☐ La famille du patient ou ses représentants

2. Dans les pays du nord, jusqu'à 50 % des décès surviennent après des décisions de LAT. Dans votre service, quelle serait la proportion approximative de patients qui décèdent après une décision de LAT :

- Moins de 5%
- Entre 5% et 10%
- Entre 10% et 25%
- Entre 25 et 50 %
- Plus de 50%

3. Combien de décision de LAT sont prises dans votre service approximativement ?

- < 1 par semaine
- 1 à 5 décisions par semaine
- Plus que 5 décisions/ semaine

4. Pour les patients en fin de vie, vous réalisez une limitation (abstention thérapeutique) pour les traitements suivants :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Nutrition entérale ou parentérale	☐	☐	☐	☐	☐
Perfusion et fluides intraveineux	☐	☐	☐	☐	☐
Antibiotiques à larges spectre	☐	☐	☐	☐	☐
Oxygénothérapie (nasale ou masque)	☐	☐	☐	☐	☐
Ventilation non invasive	☐	☐	☐	☐	☐
Ventilation mécanique invasive	☐	☐	☐	☐	☐
Vasopresseurs / inotropes	☐	☐	☐	☐	☐
Épuration extra-rénale	☐	☐	☐	☐	☐
Transfusion de produits sanguins	☐	☐	☐	☐	☐
Réanimation cardio-pulmonaire	☐	☐	☐	☐	☐

5. Pour les patients en fin de vie, vous réalisez un arrêt des traitements suivants (retrait de ces derniers après qu'ils aient été instaurés) :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Nutrition entérale ou parentérale	☐	☐	☐	☐	☐
Perfusions et fluides intraveineux	☐	☐	☐	☐	☐
Antibiotiques à larges spectre	☐	☐	☐	☐	☐
Oxygénothérapie (nasale ou masque)	☐	☐	☐	☐	☐
Ventilation non invasive	☐	☐	☐	☐	☐
Ventilation mécanique invasive	☐	☐	☐	☐	☐
Vasopresseurs / inotropes	☐	☐	☐	☐	☐
Épuration extra-rénale	☐	☐	☐	☐	☐
Transfusion de produits sanguins	☐	☐	☐	☐	☐
Réanimation cardio-pulmonaire	☐	☐	☐	☐	☐

6. Existe-t-il des protocoles de LAT chez les patients en fin de vie dans votre service ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. les décisions de fin de vie sont –elles consignées par écrit sur le dossier patient ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, protocole écrit
- ☐ Oui, protocole non écrit mais connu par l'équipe de votre service

8. Quelle est votre attitude pratique concernant la ventilation mécanique chez un patient en fin de vie ?

- ☐ Réduire progressive la fraction inspirée en oxygène
- ☐ Réduire la ventilation minute en réduisant le volume insufflé et/ou la fréquence respiratoire
- ☐ Changer de mode ventilatoire (ex : passer d'un mode assisté contrôlé à un mode spontané)
- ☐ Arrêter la ventilation mécanique en gardant la sonde trachéale
- ☐ Extuber le patient

9. Quelle est votre attitude pratique concernant les vasopresseurs / Inotropes chez un patient en fin de vie ?

- Réduire progressivement les doses
- Arrêter complètement la seringue électrique
- Ne pas renouveler la seringue
- Vous fixez une dose maximale à ne pas dépasser

10. En cas de décision de LAT pour un patient en fin de vie. Où aura lieu le décès ?

- ☐ Le patient est gardé en réanimation jusqu'à son décès
- ☐ Le patient est transféré dans un service froid
- ☐ Le patient est transféré à domicile

COMMUNICATION

1. Quand une décision de LAT est prise dans votre service, est ce que vous informez le patient si apte à comprendre ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

2. Quand une décision de LAT est prise dans votre service, est ce que vous informez la famille du patient ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

3. Concernant les décisions de LAT, les patients ou leurs familles sont-ils d'accord avec vos décisions ?

- ☐ Toujours d'accord
- ☐ Souvent d'accord
- ☐ Parfois d'accord

- ☐ Rarement d'accord
- ☐ Jamais d'accord

4. En cas de divergence entre vous et la famille d'un patient en fin de vie concernant les décisions de LAT. Par exemple : une demande de traitement de suppléance vitale pour un patient ayant un cancer métastatique en phase terminale. Quelle serait votre attitude ?

- ☐ Vous accédez à la demande de la famille malgré l'absence de bénéfices du traitement
- ☐ Vous faites ce que vous jugez le plus adéquat pour le patient
- ☐ Vous consultez une tierce partie

Autre :

5. Si vous consultez une tierce partie. Laquelle ? (Plusieurs réponses possible) :

- ☐ Autre médecin
- ☐ Autre membre de la famille
- ☐ Comité d'éthique
- ☐ Administration de votre établissement
- ☐ Autorité Religieuse (exemple : un imam, conseil des oulémas,)

6. Dans les pays occidentaux, il est habituel que le patient désigne une personne qui prend les décisions médicales à sa place en cas d'incapacité de ce dernier. C'est la personne de confiance. Dans votre pratique, cette personne était-elle clairement désignée chez les patients en fin de vie ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

7. En l'absence de personne de confiance, qui consultez-vous en priorité pour les décisions de fin de vie ? (Une Seule réponse)

- ☐ Le conjoint ou la conjointe
- ☐ Les enfants
- ☐ Les enfants en privilégiant l'aîné de sexe masculin
- ☐ La fratrie
- ☐ La fratrie en privilégiant l'aîné de sexe masculin

8. Avez-vous déjà été confronté à un patient en fin de vie ayant des directives anticipées

- ☐ Non
- ☐ Oui, avec directives anticipées orales
- ☐ Oui, avec directives anticipées écrites

9. Est-ce que vous discutez du don d'organes avec les familles de vos patients une fois la décision de fin de vie est prise ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

10. Est-ce que vous facilitez l'accès de la famille au service quand la décision de LAT est prise ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Scénario clinique :

Un patient de 55 ans est admis dans votre service après avoir été réanimé d'un arrêt cardiaque secondaire à une cardiopathie ischémique. Vingt-quatre heures plus tard, il présente des mouvements de décérébration. Les potentiels évoqués sont absents. Le diagnostic d'encéphalopathie post-anoxique irréversible est posé. Une discussion collégiale avec les neurologues conclut avec certitude que le patient restera dans un état végétatif persistant sans aucune chance de réveil ultérieur.

1. Comment faites-vous pour décider de la conduite thérapeutique chez ce patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous décidez tout seul
- ☐ Vous décidez de façon collégiale avec les autres médecins du service
- ☐ Vous décidez de façon collégiale avec les autres médecins ainsi qu'avec les infirmiers du service
- ☐ Vous décidez de façon collégiale avec les autres médecins traitants (neurologue, cardiologue)
- ☐ Vous soumettez le cas à un comité d'éthique

2. Est-ce que ce processus de décision peut aboutir à une décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque ultérieur ?

- ☐ Oui, avec des consignes écrites sur le dossier patient
- ☐ Oui, avec des consignes verbales pour l'équipe de réanimation
- ☐ Non

3. Dans les jours qui suivent, le patient reste stable sous ventilation mécanique. La sédation est arrêtée et le patient a une ventilation spontanée. Quelle serait votre attitude ultérieure ?

- ☐ Garder le patient en réanimation et démarrer les investigations si une complication survient (faire le maximum)
- ☐ Garder le patient en réanimation et limitation (abstention) thérapeutique si une complication survient
- ☐ Garder le patient en réanimation et donner des sédatifs/morphiniques en vue de l'arrêt de la ventilation mécanique (sevrage terminal)
- ☐ Réaliser une trachéotomie en vue d'une sortie à domicile
- ☐ Extuber le patient et sortie à domicile

4. Le patient développe rapidement de la fièvre avec choc septique secondaire à une pneumonie nosocomiale. Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

- ☐ Maintenir la ventilation mécanique et démarrer les antibiotiques et les vasopresseurs
- ☐ Maintenir la ventilation mécanique, ne donner ni antibiotiques ni vasopresseurs
- ☐ Modifier les paramètres de la ventilation mécanique (exemple : réduire la FiO₂, réduire la fréquence respiratoire ou le volume courant, ...)
- ☐ Arrêter la ventilation mécanique et administrer des sédatifs/morphiniques
- ☐ Administrer des sédatifs/morphiniques sans arrêter la ventilation mécanique
- ☐ Extuber le patient avec soins de confort (extubation terminale)

PERSPECTIVES :

1. De votre point de vue, quels sont les mesures prioritaires pour améliorer les pratiques de fin de vie en réanimation dans notre pays ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Instauration des programmes éducatifs aux cliniciens et leurs équipes soignantes
- ☐ Standardiser les soins de fin de vie pour les patients mourants
- ☐ Soutien émotionnel, spirituel et organisationnel pour les équipes de réanimation
- ☐ Amélioration de la communication au sein de l'équipe et entre l'équipe et le patient ainsi que sa famille
- ☐ Etablir des recommandations scientifiques et un cadre légal régissant la fin de vie au Maroc
- ☐ Etablir des recommandations marocaines avec la participation des autorités religieuses

2. Avez-vous de commentaires, des suggestions ?

.....
.....
.....
.....

Merci infiniment pour votre participation.

Dr FadwaCharif et Pr Younès Aïssaoui

Annexe II : Fiche de décision de LAT en fin de vie/ SFAR :

Fiche de décision en vue d'une limitation ou arrêt des traitements LAT

Par la SFAR



Identité dupatient:

Date:

Médecin sénior en charge du patient :

Motif d'initiation de la discussion

- ☐ Patient en situation d'échec thérapeutique malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale pour qui un arrêt des thérapeutiques a pour but de ne pas prolonger l'agonie.
- ☐ Patient dont l'évolution attendue est défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie pour qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques a pour but d'éviter l'obstination déraisonnable.
- ☐ Patient dont l'évolution est actuellement favorable mais pour lequel une ré-ascension des traitements ou une réadmission en réanimation paraît déraisonnable en cas de survenue d'une nouvelle défaillance.

Personnes ou éléments initiant la discussion

Autre motif :

- Patient apte à communiquer : ☐ OUI ☐ NON
- Directives anticipées disponibles : ☐ OUI ☐ NON ☐ NA
- Equipe médicale et soignante :
- Personne de confiance :
- Tiers (nom, qualité) :

Argumentation en faveur ou contre une limitation selon l'équipe en charge

Patient refuse un traitement dont la non application peut entraîner le décès :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Existence d'une stratégie curative possible :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Les renseignements ou examens disponibles sont suffisants pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Aucun renseignement ou examens supplémentaires n'est indispensable à la réflexion :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Autonomie antérieure limitée :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Pronostic réservé lié aux antécédents :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Affection sous-jacente incurable et fatale à court terme :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Irréversibilité de l'affection aiguë à court terme :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Absence d'amélioration malgré un traitement actif optimal :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
La personne de confiance ou les tiers (nom, qualité) estiment la poursuite de la réanimation déraisonnable	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Souffrance physique contrôlée :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Souffrance morale contrôlée :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Autonomie future limitée :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Qualité de la vie relationnelle future limitée :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Complexité du contexte social/familial :	☐ Oui	☐ Non	☐ NA
Commentaires :			

Avis motivé du médecin extérieur

Nom, qualité :

Patient examiné

☐ Oui

☐ Non

Anamnèses antérieures et présentes considérées comme suffisantes

☐ Oui

☐ Non

Argumentation de la décision considérée comme suffisante et cohérente

☐ Oui

☐ Non

Modalités de la décision prise considérées comme cohérentes et adaptées

☐ Oui

☐ Non

Accord avec la prise de décision prise

☐ Oui

☐ Non

Commentaires :

Décision après procédure collégiale

☐ Niveau d'engagement thérapeutique 1 : Engagement thérapeutique maximal

☐ Niveau d'engagement 2 : Limitation d'une ou de plusieurs thérapeutiques

☐ Niveau d'engagement 3 :

☐ a. Arrêt des traitements et démarche palliative sans sédation profonde et continue

☐ b. Arrêt des traitements et démarche palliative avec sédation profonde et continue

☐ Nécessité d'une nouvelle réunion

Les tiers :

☐ Personne de confiance

☐ Famille

☐ Proches

☐ Autre :

☐ Sont informés et consultés (identité) :

☐ Adhèrent à la décision issue de la procédure collégiale.

☐ Souhaitent lors du décès :

☐ être présents

☐ être prévenus

☐ NA

☐ ne sont pas en mesure d'être informés.

Modalités d'application des LAT
--

Limitation des thérapeutiques

- ☐ Pas de réanimation de l'ACR
- ☐ Pas de traitement de nouvelles défaillances ou escalade thérapeutique :
 - ☐ Pas de catécholamines Pas d'intubation
 - ☐ Pas de VNI Pas d'O₂ Pas d'EER
 - ☐ Pas de transfusion Pas de chirurgie
 - ☐ Pas de PIC ou de DVE
 - ☐ Pas de nouvelle antibiothérapie
 - ☐ Pas de ré-intervention chirurgicale
 - ☐ Pas de nouveaux examens complémentaires
- ☐ Pas de bilan biologique

- ☐ Limitation des thérapeutiques en cours
 - ☐ FiO₂ limitée à :
 - ☐ Pas de majoration de la VM (NO, DV, ...)
 - ☐ Amines limitées à :

Arrêt des thérapeutiques

- ☐ Arrêt des amines vasopressives
- ☐ Arrêt de l'épuration extra-rénale
- ☐ Mise en FIO₂ = 21%
- ☐ Arrêt de l'oxygénothérapie
- ☐ Arrêt de la ventilation mécanique
- ☐ Extubation
- ☐ Arrêt de la nutrition
- ☐ Arrêt de l'hydratation
- ☐ Arrêt des antibiotiques
- ☐ Ablation de la DVE
- ☐ Arrêt de l'ECMO
- ☐ Arrêt de toutes les thérapeutiques en cours
- ☐ Autres
- ☐ Pas de (ré) admission en réanimation

Date d'application de la décision :

Commentaires / évolution :



RÉSUMÉS

Résumé :

La fin de vie est une réalité quotidienne en réanimation. Cependant, les pratiques de fin de vie sont mal connues au Maroc. En effet, peu d'études se sont intéressées à ce sujet primordial, et notamment aux décisions de limitation–arrêt des traitements (LAT) de suppléance vitale chez le patient en fin de vie. L'objectif de cette étude était d'étudier les différents aspects de fin de vie auprès des médecins réanimateurs (MR) marocains.

Cette enquête a été réalisée auprès des MR marocains au moyen d'un questionnaire adressé via internet. Les différents aspects de fin de vie étudiés étaient : la conception de la fin de vie par les médecins réanimateurs, les processus de décision de limitation–arrêt des traitements (LAT) de suppléance vitale, les facteurs influençant ces décisions notamment économiques, religieux et socioculturels, les aspects pratiques de LAT et la communication lors de la fin de vie. Les questions administrées étaient de type Likert avec cinq modalités de réponse. Un scénario clinique visant à étudier les attitudes des médecins réanimateurs vis à vis d'une encéphalopathie anoxique irréversible a également été inclus dans le questionnaire.

Cette enquête a inclus 151 MR marocains majoritairement de sexe masculin. Ils étaient âgés en moyenne de 47 ± 9 ans. Ces derniers exerçaient le plus souvent, en réanimation polyvalente dans les secteurs publics ou privés, universitaires ou non universitaires. Une proportion assez importante des MR interrogés n'a jamais bénéficié de formation dans le domaine de l'éthique et la fin de vie. La conceptualisation de la fin de vie par ces praticiens était celle de la mort avec dignité et d'un accompagnement dans cette mort avec des soins palliatifs. Seule une minorité associait la fin de vie avec un arrêt des soins. A peu près 40% des MR interrogés ne prenaient jamais ou rarement des décisions de fin de vie et le nombre de décisions prises était faible. Parmi les obstacles les plus fréquemment évoqués par les MR était l'absence de cadre légal au Maroc. La majorité des MR trouvaient que la limitation était éthiquement acceptable, contrairement à l'arrêt thérapeutique qui était inacceptable. L'étude des facteurs influençant les décisions de LAT a montré que la volonté du patient n'était pas toujours prise en compte. La majorité des MR pensaient que la religion islamique autorise la LAT chez les

patients en fin de vie. Les MR avaient tendance à ne pas limiter ni arrêter la nutrition entérale ou parentérale, la perfusion de fluides intraveineux, l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive. Concernant la ventilation invasive, la majorité des MR pouvait la limiter, mais étaient plus réticents à l'arrêter. Les MR avaient tendance à réaliser des LAT pour l'antibiothérapie, les vasopresseurs, l'épuration extra-rénale, la transfusion et la réanimation cardiopulmonaire.

L'étude du processus décisionnel devant un patient en fin de vie, a montré que les décisions étaient prises le plus souvent de façon collégiale. Cependant, les infirmiers n'étaient pas souvent invités à participer à ces décisions. La majorité des MR n'avaient pas de protocoles de LAT dans leurs services et il n'y avait pas de traçabilité de ces décisions sur le dossier-patient.

Enfin, l'étude des facteurs influençant les MR à prendre des décisions de LAT a dégagé deux facteurs indépendamment associés à leur réalisation. Il s'agissait de l'exercice dans le secteur public, et de la conviction que la religion islamique autorise la LAT.

Il s'agit de la première étude visant à décrire les aspects de fin de vie en réanimation au Maroc. Elle montre qu'il y a un besoin urgent de formation des soignants et la nécessité de législation encadrant ces pratiques.

Abstract:

End-of-life is a daily reality in intensive care. However, end-of-life practices are not well known in Morocco, as few studies have focused on this essential subject, and in particular on the decision to Withholding-withdrawing life sustaining treatments. WH/WD of life support in patients at the end of their life. The objective of this study was to study the various aspects of the end of life with Moroccan resuscitators.

This survey was carried out among Moroccan resuscitators by means of a questionnaire sent via the internet. The various end-of-life aspects studied were: the conception of the end of life by the resuscitators, the decision-making process to WH/WD life sustaining treatments, the factors influencing these decisions, in particular economic, religious, and socio-cultural, the practical aspects of LAT, and communication at the end of life. The questions administered were of the Likert type with five response modalities. A clinical scenario aimed at studying the attitudes of resuscitators towards irreversible anoxic encephalopathy was also included in the questionnaire.

In this survey which included, 151 resuscitators responded to the questionnaire (response rate 41%), predominantly male, were on average 47+/- 9 years old, and most of them worked in general intensive care, in the public or private sector, in universities or other institutions. A fairly large proportion of the resuscitation doctors questioned had never received training in the field of ethics and end-of-life resuscitation. The conceptualization of the end of life by these practitioners was that of dying with dignity and accompanying this death with palliative care, with only a minority associating the end of life with a withdrawal of care. About 40% of the resuscitation doctors interviewed never or rarely made end-of-life decisions and the number of decisions made was low. Among the most frequently mentioned obstacles by resuscitators was the lack of a legal framework in Morocco. The majority of them found the limitation ethically acceptable, while the treatment withdrawn was unacceptable. The study of the factors influencing WH/WD decisions showed that the patient's will was not always taken into

account. The majority of the participants believed that the Islamic religion allows WH/WD in patients at the end of life. There was a tendency for physicians not to limit or stop enteral or parenteral nutrition, intravenous fluid infusion, oxygen therapy and non-invasive ventilation. Regarding invasive ventilation, the majority of them could limit it, but were more reluctant to stop it. Practitioners tended to perform WH/WD for antibiotic therapy, vasopressors, extra-renal purification, transfusion and cardiopulmonary resuscitation.

The study of the decision-making process in front of a patient at the end of life showed that decisions were most often made in a collegial manner. However, nurses were not often invited to participate in these decisions. The majority of doctors did not have WH/WD protocols in their departments and there was no traceability of these decisions on the patient file.

Finally, the study of factors influencing physicians to make WH/WD decisions identified two factors independently associated with their achievement. These were the exercise in the public sector, and the belief that the Islamic religion authorises WH/WD LST.

This is the first study to describe the end-of-life aspects of resuscitation in Morocco. It shows that there is an urgent need for training for carers and the need for legislation to regulate these practices.

ملخص

نهاية الحياة هي حقيقة يومية في العناية المركزة. ومع ذلك ، فإن ممارسات نهاية العمر غير معروفة جيدًا في المغرب ، حيث ركزت القليل من الدراسات على هذا الموضوع الأساسي ، ولا سيما قرار وقف العلاجات الداعمة للإبقاء على قيد الحياة تجاه مرضى وحدات الإنعاش في مسمى قتل المرحلة خلال نهاية حياتهم: حيث تجدر الإشارة إلى أن الحالات التالية (على سبيل المثال) لا تندرج في مسمى قتل المرحلة

أ) وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي؛

ب) صرف النظر عن الشروع في معالجة يُقطع بعدم جدواها؛

ج) تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد، رغم العلم بأن مثل هذا العلاج قد يُنهي حياة المريض.

كان الهدف من هذه الدراسة هو دراسة مختلف الجوانب والممارسات العملية في مسمى قتل المرحلة خلال نهاية العمر مع أخصائيي الإنعاش المغاربة تم إجراء هذا الاستطلاع بين أطباء الإنعاش المغاربة عن طريق استبيان تم إرساله عبر الإنترنت. وكانت الجوانب المختلفة التي تمت دراستها هي: مقارنة مفهوم قتل المرحلة عند نهاية الحياة بجميع مظاهره ومعالجة إتخاذ قرار وقف العلاجات، العوامل التي تؤثر على هذه القرارات ، ولا سيما الاقتصادية والدينية والسوسيو-ثقافية، ثم الممارسات العملية المصاحبة لقرار وقف أو صرف النظر عن العلاجات، ثم يليها محور عن أساسيات و مناحي التواصل خلال هذه المرحلة العلاجية في نهاية الحياة كانت الأسئلة التي تم إجراؤها من نوع ليكرت ، كما تم تضمين سيناريو سريري في الاستبيان يهدف إلى دراسة وتقييم مواقف وقرارات أخصائيي الإنعاش العلاجية تجاه إعتلال الدماغ الميؤوس من شفائه والناجم عن نقص الأكسجين في هذا الإستطلاع أجاب 151 من اخصائيي الإنعاش المغاربة على الاستبيان (معدل الاستجابة 41٪) ، معظمهم من الذكور متوسط أعمارهم ، 47 +/- 9 سنوات ، و الذين يزاولون مهامهم في أغلب الأحيان ، في العناية المركزة متعددة الاختصاصات ، أيا كان في القطاع العام ، أو الخاص أو الجامعي أو غير الجامعي. نسبة كبيرة إلى حد ما من أخصائيي الإنعاش الذين تمت مشاركتهم في الاستبيان لم يتلقوا أي تدريب في مجال الأخلاقيات ونهاية الحياة في العناية المركزة. كان تصور هؤلاء الأطباء لنهاية الحياة هو الموت الكريم ودعم هذه الوفاة بالرعاية المطلقة و العلاجات المخففة للآلام، فقط أقلية من تربط نهاية الحياة بوقف الرعاية العلاجية.

حوالي 40٪ من الأخصائيين الذين تم استجوابهم لم يتخذوا أبدًا أو نادرًا قرارات نهاية الحياة وكان عدد

القرارات المتخذة منخفضاً. من بين العوائق التي أشاروا لها بشكل خاص هي عدم وجود إطار قانوني في المغرب. غالبية اخصائيي الإنعاش يرححون أن صرف النظر عن علاجات لا ترجى فائدتها مقبول أخلاقياً ، على عكس إيقاف العلاج الذي كان غير مقبول. أظهرت دراسة العوامل التي تؤثر على قرارات "قتل المرحمة" أن رغبات المريض لا تؤخذ دائماً بعين الاعتبار.

يعتقد غالبية أطباء الإنعاش أن الدين الإسلامي يسمح للمرضى في نهاية الحياة بما يسمى بـ "قتل المرحمة". إلا أنهم يميلون إلى عدم تقييد أو إيقاف التغذية المعوية أو الوريدية ، وحقن السوائل في الوريد ، والعلاج بالأكسجين ، والتهوية غير الاختراقية. على عكس الاختراقية منها، حيث يمكن أن لغالبية الأخصائيين أن يحذوها، لكنهم كانوا أكثر تردداً في إيقافها. في حين أن العلاج بالمضادات الحيوية ، و قابضات الأوعية ، و تصفية الكلى ، ونقل الدم ، والإنعاش القلبي الرئوي، يتم توقيفها والإستغناء عنها في هذه المرحلة العلاجية.

أظهرت هذه الدراسة أن عملية اتخاذ القرارات العلاجية ، بصرف النظر أو وقفها، تتخذ في أغلب الأحيان بشكل جماعي. لكن دون دعوة القسم التمريضي في كثير من الأحيان للمشاركة في هذه القرارات. لم يكن لدى غالبية وحدات الإنعاش بروتوكولات تخص كيفية الحد أو وقف العلاج خلال ما يسمى "قتل المرحمة" ولم يكن هناك إمكانية لمتابعة هذه القرارات أو توثيقها بملف المريض الطبي.

أخيراً ، حددت دراسة العوامل التي تؤثر على الأخصائيين لاتخاذ قرارات الوقف العلاجي، عاملين مرتبطين بشكل مستقل بتحقيقها. كان الأمر يتعلق بممارسة في القطاع العام ، والاعتقاد بأن الدين الإسلامي يسمح بهذه القرارات طالما لا فائدة ترجى من العلاج في نهاية العمر.

هذه هي الدراسة الأولى التي تصف جوانب نهاية الحياة في العناية المركزة في المغرب. حيث توضح أن هناك حاجة ملحة لتدريب اخصائيي العناية المركزة والحاجة إلى تشريع لتنظيم هذه الممارسات.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Gardaz V, Doll S, Ricou B.**
Accompagnement de fin de vie aux soins intensifs.
Rev Med Suisse 2011 ; 2440-3.
2. **Robert D. Truog et al.**
Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine.
Crit Care Med 2008; 953-963.
3. **Nada Damghi et al.**
Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Moroccan Emergency Department: An observational study.
BMC Emerg Med 2011; p. 12.
4. **Wong W.T, Phua J, Joynt G.M.**
Worldwide end-of-life practice for patients in ICUs.
Curr Opin Anaesthesiol 2018; p. 172-178.
5. **Hassan C.P, Ali A.M.**
Withdrawing or Withholding Treatment.
Int J Hum Health Sci IJHHS 2018; p. 59
6. **Ducos G, Fourcade O.**
Limitation et arrêt des soins.
SFAR 2016.
7. **Arino Yaguchi et al.**
International Differences in End-of-Life Attitudes in the Intensive Care Unit: Results of a Survey. Arch Intern Med 2005; p. 1970
8. **Jason Phua et al.**
Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Intensive Care Units in Asia.
JAMA Intern Med 2015; p. 363.
9. **Charles L. Sprung et al.**
Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study.
Am J Respir Crit Care Med 2014; p. 855-866.

10. **Charles L. Sprung et al.**
End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus Study.
Jama 2003 ; p. 790-797.
11. **Ministère des solidarités et de la santé.**
La fin de vie, France 2019.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>.
12. **Borel M, Veber B, Robillard F, Rigaud J.-P, Dureuil B, Hervé C.**
L'admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins ?
Annales francaises d'anesthesie et de reanimation 2008 ; p. 472-480
13. **Curtis J.-R, Vincent J.-L.**
Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit.
The Lancet 2010 ; p. 1347-1353.
14. **Jigeeshu V. Divatia et al.**
End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying.
Indian J Crit Care Med 2014; p. 615-635.
15. **Schneiderman et al.**
Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial.
Jama2003 ; p. 1166-1172
16. **Mannino C, Rajput V.**
Knowing when to stop: futility in the ICU
YearbCrit Care Med 2012; p. 306-307.
17. **Beloucif S.**
La fin de vie en réanimation Groupe de Réflexion Éthique de la Sfar 2005.
18. **Suzana M. Lobo et al.**
Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU.
Chest 2017 ; p. 321-329.
19. **Prendergast T.J, Claessens M.T, Luce J.M.**
A national survey of end-of-life care for critically ill patients.
Am J RespirCrit Care Med 1998; p. 1163-1167.

20. **Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F.**
Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *The Lancet* 2001; p. 9-14.
21. **Solomon et al.**
New and lingering controversies in pediatric end-of-life care.
Pediatrics 2005; p. 872-883.
22. **Burns J.P, Mitchell C, Griffith J.L, Truog R.D.**
End-of-life care in the pediatric intensive care unit: attitudes and practices of pediatric critical care physicians and nurses.
Crit Care Med 2001; p. 872-883.
23. **Yazigi A, Riachi M, Dabbar G.**
Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study
Intensive Care Med 2005; p. 562-567.
24. **Claire Roger et al.**
Practices of end-of-life decisions in 66 southern French ICUs 4years after an official legal framework: A 1-day audit.
AnaesthCrit Care Pain Med 2015; p. 73-77.
25. **Lautrette et al.**
A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU
N Engl J Med 2007; p. 469-478.
26. **Wunsch H, Harrison D.A, Harvey S, Rowan K.**
End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom.
Intensive Care Med 2005; p. 823-831.
27. **Steinberg A, Sprung C.L.**
The dying patient: new Israeli legislation.
Intensive Care Med 2006; p. 1234-1237.
28. **FathimaParuk et al.**
The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III. Withdrawing Mechanical ventilation—the approach should be individualized.
J Crit Care 2014; p. 902-907.

29. **Guido Bertolini et al.**
End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units.
Intensive Care Med 2010; p. 1495-1504.

30. **Législation française.**
Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000264708>.

31. **Abdulhameed H.E, Hammami M.M, Mohamed E.A.H.**
Disclosure of terminal illness to patients and families: diversity of governing codes in 14 Islamic countries
J Med Ethics 2011; p. 472-475.

32. **Beauchamp C, Beauchamp TL, Childress JF.**
Principles of biomedical ethics. Oxford, 2009.

33. **ElieAzoulay et al.**
Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients.
Am J RespirCrit Care Med 2005; p. 987-994.

34. **Mekkaoui S.**
Don d'organes, don de vie : Entre la générosité et la réticence des Marocains.2018.
<https://maroc-diplomatique.net/don-dorganes-don-de-vies-2/>

35. **Agence de presse africaine.**
Le don et la transplantation d'organes au Maroc : Des chiffres alarmants Rabat 2020.
<http://apanews.net/news/le-don-et-la-transplantation-dorganes-au-maroc-des-chiffres-alarmants>.

36. **Multi-Society Task Force on PVS.**
Medical aspects of the persistent vegetative state.
N Engl J Med 1994; p. 1499-1508.

37. **Zandbergen E.G, de Haan RJ, Stoutenbeek C.P, Koelman J.H, Hijdra A.**
Systematic review of early prediction of poor outcome in anoxicischaemic coma.
The Lancet 1998; p. 1808-1812.

38. **Rossetti A.O, Oddo M, Logroscino G, Kaplan P.W.**
Prognostication after cardiac arrest and hypothermia: a prospective study.
Ann Neurol 2010; p. 301-307.
39. **Fugate J.E, Rabinstein A.A, Claassen D.O, White R.D, Wijdicks E.F.**
The FOUR score predicts outcome in patients after cardiac arrest.
Neurocrit Care 2010 ; p. 205-210.
40. **Daubin C, Bornstain C, Graftieaux J.-P, Thirion M, Régnier B.**
Avis de la CE-SRLF sur la démarche de prise de décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques chez l'adulte en coma postanoxique après un arrêt cardiaque.
Réanimation 2012; p. 637-644.
41. **Ford D.W.**
Religion and end-of-life decisions in critical care: where the word meets deed.
Intensive Care Med 2012; p. 1089-1091.
42. **Koenig H.G.**
Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults.
Int J Geriatr Psychiatry 1998; p. 213-224.
43. **Ehman J.W, Ott B.B, Short T.H, Ciampa R.C, Hansen-Flaschen J.**
Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?
Arch Intern Med 1999; p. 1803-1806.
44. **Andrea C. Phelps et al.**
Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer.
Jama 2009; p. 1140-1147.
45. **Al-Jahdali H, Baharoon S, Al Sayyari A, Al-Ahmad G.**
Advance medical directives: a proposed new approach and terminology from an Islamic perspective.
Med Health Care Philos 2013; p. 163-169.
46. **Farhad Kapadia et al.**
Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: Practices in intensive care units in Mumbai, India.
Crit Care Med 2005; p. 1272-1275.

47. **Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E.**
The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation.
Crit Care Med 2007; p. 808-814.

48. **Vincent Das et al.**
Cirrhotic patients in the medical intensive care unit: early prognosis and long-term survival.
Crit Care Med 2010; p. 2108-2116.

49. **Anne-Claire Toffart et al.**
Use of intensive care in patients with nonresectable lung cancer.
Chest 2011; p. 101-108

50. **Cook D, Rocker G.**
Dying with Dignity in the Intensive Care Unit.
N Engl J Med 2014; p. 2506-2514.

51. **Browning D.M, Meyer E.C, Truog R.D, Solomon M.Z.**
Difficult conversations in health care: cultivating relational learning to address the hidden curriculum.
Acad Med 2007; p. 905-913

52. **Ellen M. Redinbaugh et al.**
Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. Bmj 2003; p. 185.

53. **Downar J, Delaney J.W, Hawryluck L, Kenny L.**
Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures.
Intensive Care Med 2016; p. 1003-1017.

54. **Alibhai S.M, Gordon M.**
Muslim and Jewish perspectives on inappropriate treatment at the end of life.
Arch Intern Med 2004; p. 916-917.

55. **Makino J, Fujitani S, Twohig B, Krasnica S, Oropello J.**
End-of-life considerations in the ICU in Japan: ethical and legal perspectives.
J Intensive Care 2014; p. 9.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إرقادها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

ممارسات نهاية الحياة في العناية المركزة مسح لأخصائيي العناية المركزة المغاربة.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/12/18

من طرف

الآنسة **فدوى شريف**

المزودة في 1992/08/22 ببني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

نهاية العمر - وقف علاجات دعم نهاية الحياة - العناية المركزة - أخصائيي الإنعاش المغاربة -
الجوانب العملية - الأخلاقيات السريرية

اللجنة

الرئيس	السيد	س. أيتبنعلي
المشرف	السيد	ي. عيساوي
الحكام	السيد	أ. غ. الأديب
حكم مشارك	السيدة	س. أيتبطهار
	السيد	أ. بلحاج
		أستاذ مبرز في طب الأمراض الرئوية وداء السل
		أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير.

