

CR de la saisine du 31/01/2020

Enjeux éthiques autour du caractère obligatoire de la mise en place des défibrillateurs automatisés externes (DAE)

Présents à la réunion :

- Miguel Jean, *Directeur de l'EREPL*
- Soizic Parois Quelellennec, *coordinatrice EREPL*
- Magalie Marionneau, *membre du CO de l'EREPL*
- Jean-Louis Chemin, *membre du CO de l'EREPL*
- Aurélien Dutier, *Chargé de mission EREPL*
- Marie-Gabrielle Thiec, *Directrice d'établissement à l'Association Espérance*
- Lucie Debaile-Merret, *Psychologue*
- Liza Laporte, *Infirmière coordinatrice*
- Déborah Ensminger, *Responsable juridique à la FNADEPA*

Contexte de la demande :

Suite à la mise en place obligatoire de défibrillateurs dans les EHPAD, Madame Marie-Gabrielle Thiec, Directrice d'établissement à l'Association Espérance, saisit l'EREPL pour un questionnement juridique et éthique. La nature du questionnement porte sur la difficulté de concilier la présence du Défibrillateur Automatique Externe (DAE) dans l'établissement avec le respect des directives anticipées - et plus globalement des choix des résidents.

Questionnements

Les professionnels de l'établissement l'Association Espérance rapportent qu'il existe au sein des équipes de l'établissement, de fortes divergences de point de vue concernant les valeurs et principes à respecter et la manière de procéder face à l'utilisation ou non du DAE pour les résidents présentant un arrêt cardiaque au sein de l'établissement.

Pour certains professionnels, l'utilisation systématique du DAE pour les résidents présentant un arrêt cardiaque peut être apparentée à une forme « *d'acharnement* ». L'extrême vulnérabilité des résidents accueillis interroge en effet certains professionnels sur la pertinence d'utiliser systématiquement le DAE, considéré dès lors comme un geste violent et inadapté. Une parole de professionnelle est rapportée : « *Cela fait partie de notre rôle d'accompagner la mort. Il n'y aurait rien de pire que de réanimer contre l'avis du résident.* »

Pour d'autres au contraire, le secours des personnes doit être priorisé et l'utilisation du DAE doit être systématique quels que soient les résidents. Il n'y aurait pas lieu de faire une différence entre la pose de DAE dans un lieu public et la pose d'un DAE dans un lieu de vie comme un EHPAD. La vulnérabilité des résidents ne devraient pas être source de différence d'attitude dans la conduite à tenir en cas d'arrêt cardiaque.

Face à ces points de vue difficiles à concilier, différents questionnements sont posés : faut-il adopter une conduite commune quels que soient les résidents ou bien faut-il adapter l'utilisation du DAE en fonction des résidents ? Faut-il et comment mettre en place une procédure collégiale pour la mise en place des gestes de réanimation avec le DAE ? Faut-il systématiquement utiliser le DAE sans connaître précisément l'histoire et le dossier de la personne ?

Il est rappelé que la nuit, peu de professionnels sont présents dans l'établissement. L'inquiétude porte donc sur le niveau de connaissance des professionnels de nuit sur les projets personnalisés, les directives anticipées et les choix des résidents. Face à l'urgence d'une détresse cardio-vasculaire, ou d'un arrêt cardiaque, la prise en compte des directives anticipées est-elle envisageable ?

Il est rappelé par ailleurs que dans l'établissement concerné, seul 20% des résidents sont capables de s'exprimer et qu'un faible nombre de résidents ont rédigé leurs directives anticipées. Les personnes admises dans l'établissement sont âgées, fortement dépendantes et peu communicantes. Dans ce contexte et de façon générale, le recueil des choix des résidents, particulièrement concernant leur fin de vie, est difficile à appréhender et à évaluer pour les équipes.

Face à l'incertitude des professionnels concernant l'utilisation ou non du DAE en cas d'urgence, serait-il légitime de recueillir systématiquement et explicitement les choix des résidents sur leur consentement ? Un tel recueil systématique serait-il possible et souhaitable ? La pose de DAE viendrait-elle forcer la demande de rédaction des directives anticipées chez les résidents ? L'outil serait-il, dès lors, au service de la personne ou bien au service des professionnels ? Pour autant, la mise en place du DAE dans l'établissement pourrait être une occasion d'offrir un échange avec les résidents ou les familles sur les directives anticipées

Les divergences de points de vue des professionnels peuvent générer de grandes disparités dans les pratiques au sein d'un même établissement, ce qui pose des difficultés éthiques. Les résidents ne doivent pas être confrontés à l'arbitraire (à la subjectivité) des différentes réponses des professionnels. La nécessité d'avoir des repères communs et harmonisés sur la marche à suivre apparaît donc essentielle.

Quels que soient les gestes réalisés par les équipes (utilisation ou non du DAE), les craintes concernant les mécontentements possibles des familles des résidents sont également évoquées (Voire même une plainte pour non assistance à personne en danger, ou obstination déraisonnable). Ces reproches des familles sur ce qu'il fallait faire ou ne pas faire renforcent la pression qui pèse sur les professionnels confrontés à ce choix difficile.

Face à ces difficultés évoquées, la pose de DAE devrait s'accompagner d'une formation pour les professionnels sur les gestes technique à réaliser et sur l'établissement de repères formels communs.

Eléments juridiques

D'un point de vue juridique, selon l'article 37-1 (article R.4127-37-1 du code de la santé publique) : « *en cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale* ».