

Limitation des thérapeutiques aux urgences et en milieu pré-hospitalier

JRUR 2010

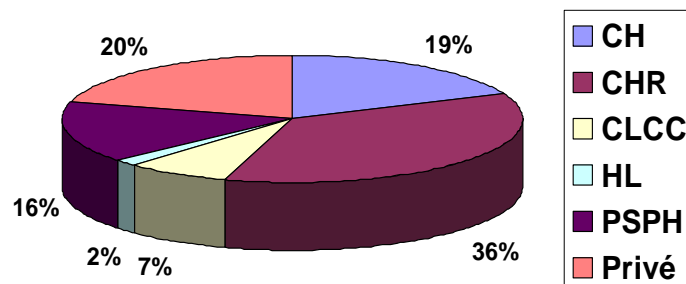
*Béatrice Eon
Réanimation des Urgences
Pôle RUSH AP-HM*

PLAN

- Données IGAS nov 2009 « La mort à l'hôpital »
- LATA et urgence
 - textes pour étayer réflexions et décisions
 - Quelles difficultés?
 - Résultats des travaux
- Typologie des situations rencontrées
 - Fin de vie avérée
 - Sentiment d'OD d'emblée
 - La décision de ne pas entreprendre un traitement
 - Circonstances
 - Textes
 - Ce n'est pas si simple
 - Pourrait-on éviter ces situations?
 - Engagement thérapeutique maximal suivi de LATA
 - Textes
 - Place des réanimateurs
- Traçabilité
- Information – implication
- Obstacles à l'amélioration des pratiques
- Moyens d'amélioration
- Conclusion

Plus d'un français sur deux meurent à l'hôpital

- 58 % : établissements de santé
 - 49.5 % : hôpital public ou privé
 - 8.4% : clinique privée
 - 22% : réanimation, USI, USC



- 27 % : domicile
- Hôpitaux publics : 78% des décès / 62% des séjours

De nombreux patients arrivent aux urgences pour y mourir

16% des patients morts à l'hôpital

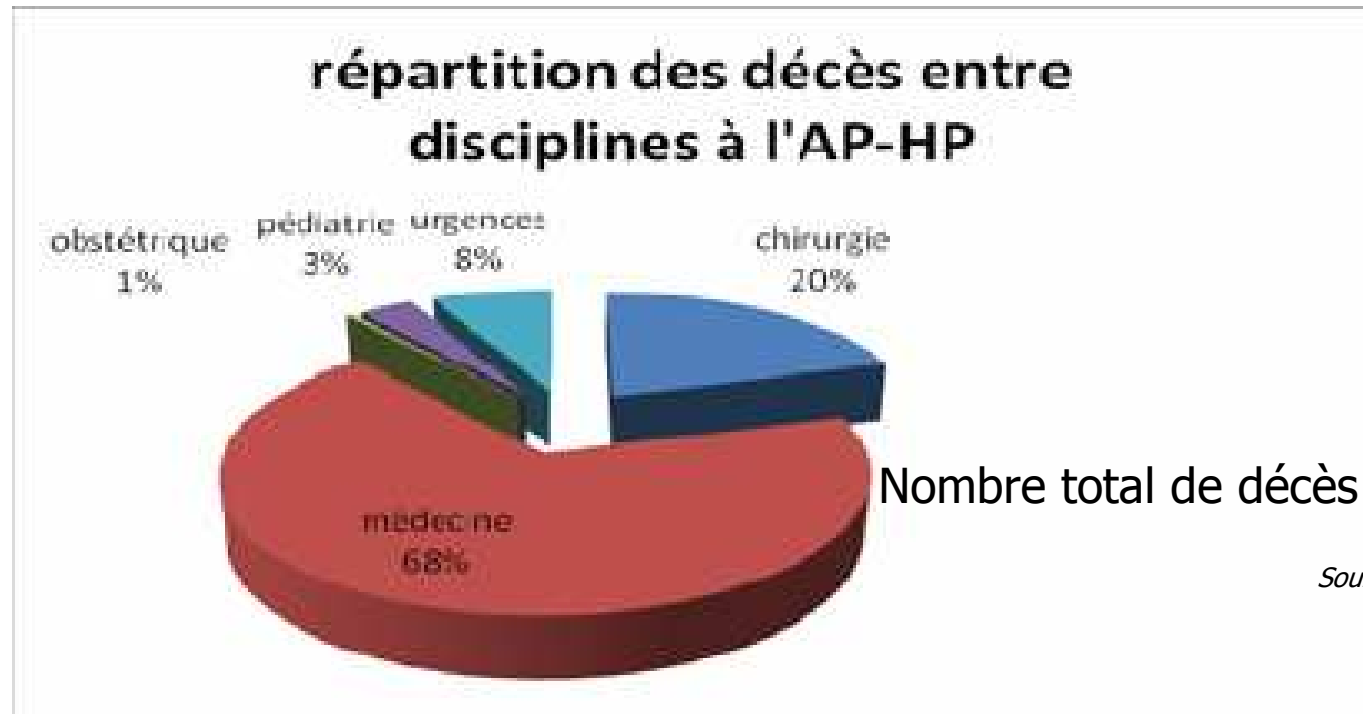
– séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 h

- SAU
- UHCD

– D'où viennent les patients

- SAMU-pompiers (accidents, TS)
- Domicile, proche, pathologie aiguë
- Fin de vie prévisible, SP, chronique
- Services intrahospitaliers

Répartition des décès en MCO et aux urgences (2008)



Nombre total de décès : 13 756

Source DIM AP-HP

	AP-HP	CH Sète	CH Compiègne	CHU Amiens	CHU Nîmes
Urgences UHCD	1 032 (8%)	64 (14%)	65 (11%)	76 (5%) ²⁴	108 (9%)
Réanimation	4 512 (33%)	62 (14%)	102 (17%)	456 (28%)	299 (25%)
Médecine*	7 386 (54%)	305 (67%)	367 (61%)	782 (48%)	689 (57%)
Chirurgie *	763 (6%)	18 (4%)	46 (8%)	229 (14%)	91(8%)
Autres	63 (1%)	6 (1%)	21 (3%)	76 (5%)	20(2%)
Total	13 756 (100%)	455 (100%)	601 (100%)	1 619 (100%)	1 207 (100%)

* sans les réanimations correspondantes

PLAN

- Données IGAS nov 2009 « La mort à l'hôpital »
- LATA et urgence
 - textes pour étayer réflexions et décisions
 - Quelles difficultés?
 - Résultats des travaux
- Typologie des situations rencontrées
 - Fin de vie avérée
 - Sentiment d'OD d'emblée
 - La décision de ne pas entreprendre un traitement
 - Circonstances
 - Textes
 - Ce n'est pas si simple
 - Pourrait-on éviter ces situations?
 - Engagement thérapeutique maximal suivi de LATA
 - Textes
 - Place des réanimateurs
- Traçabilité
- Information – implication
- Obstacles à l'amélioration des pratiques
- Moyens d'amélioration
- Conclusion

De quoi étayer nos réflexions et décisions

- 1999 Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire : Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants
- 2002 SRLF. Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation adulte. Actualisation recommandations octobre 2009.
- 2003 SFMU « Ethique et urgences, réflexions et recommandations »
- 2004 SFMU Xème conférence de consensus « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences »
- 2005 SAMU de France « L'urgence et la mort »
- 2006 SFAR Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Lois

- loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002
- loi n°2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2005

Les lois n'ont cependant pas explicitement évoqué les pratiques dans le cadre de l'urgence vitale et des services d'urgences

Quelles sont les difficultés?

- Situations inconfortables pour les patients, leur entourage
- Situations éthiquement compliquées pour les médecins urgentistes en préhospitalier et dans les SAU
Dans le contexte de l'urgence, qui devrait prendre la décision de LATA ?
Responsabilité à l'égard du mourant, entourage, société
- Réanimateurs : refus d'admission en réanimation : limitation des traitements
- L'échelle de valeur qui soutient habituellement le respect absolu de la vie n'a plus de sens
- Objectif : limiter les cas d'obstination déraisonnable

Des difficultés inhérentes à l'urgence

- Manque de données concernant l'état antérieur du patient
- Absence de relation au long cours avec le patient et son entourage
- Manque de temps

Caractéristiques des patients décédés aux urgences

Age 77 ± 15 ans Le Conte et al. Intensive Care Med 2010

Domicile 72%

SAMU 37% Le Conte et al. Intensive Care Med 2010

Autonomie limitée

Knaus C, D 47% Le Conte et al. Intensive Care Med 2010

Pathologie chronique sous-jacente

81% : Pathologie chronique Le Conte et al. Intensive Care Med 2010

77% : maladie chronique souvent maligne

30% : démarche palliative antérieure Ferrand E LATASAMU Intensive Care Med 2006

17% : fin de vie Roupie E 1999, 26% Rothman 2005

35% : stade terminal maladie chronique Tardy b Intensive care Med 2002

Décès précédés d'une LATA

63% Roupie E actualités en réanimation et urgences SRLF 1999

35% Tardy B Intensive Care Med 2002

57% M de Hennezel « Fin de vie et accompagnement » 2003, (abstention 35%, mort apparente 5%)

80% Le Conte et al. Intensive Care Med 2010

patients de plus de 80 ans

Conditions des décisions

- Implication des patients
 - 6.6% Ferrand E LATASAMU Intensiv Care Med 2006
 - 8% considérés comme aptes mais 32% impliqués le Conte
- Implication des soignants
 - 27 % Le Conte et al. Intensive Care Med 2010
 - 55% Ferrand E LATASAMU Intensiv Care Med 2006

■ Réanimation 70%
- Implication des familles
 - 55%, informés 13% Le Conte et al. Intensive Care Med 2010
 - 72% Tardy B Réanimation 2005
 - 11.5% informées 62% Ferrand E LATASAMU Intensiv Care Med 2006

■ Réanimation 80%
- Manque d'information sur le patient
 - La moitié adressé par un médecin différent du médecin habituel
 - Absence de formulation explicite de soins compassionnels Tardy B 2002
 - Moins de la moitié : avis médical préalable le Conte P
- Réponse inadéquate / besoins patient, famille
(Faillite de la continuité des soins et absence de réflexion d'amont)
 - >1/3 des cas trt agressif , a posteriori inadapté, dans l'ignorance de l'état antérieur Tardy B 2002
 - 1/3 soins lourds de réa injustifiés Rothman 2005

- Instauration d'un traitement de suppléance
 - Initiation traitement 74% (IOT, VM, RV, vasoP, CPR, transfusion)
 - 27 % en préhospitalier
 - 47 % mise en place ou poursuivi dans le sau Le Conte *et al.* Intensive Care Med 2010
 - 80% Mesures de réanimation Tardy B Réanimation 2005
- Instauration de soins palliatifs
 - 50 %
 - Analgésie 30%, soins de confort 20%, accompagnement P 14%, proches 28%
- Décision prise
 - par un seul médecin 20% le conte 39% Tardy
 - Par au moins deux médecins 56.5% Ferrand E LATASAMU Intensiv Care Med 2006
 - Avis généraliste 5%, spécialiste 33% le Conte

Modalités LATA

– Délai

- admission-décès : 7.5h (2 – 20)
- Admission-décision Lata : 2 h (48 mn -410mn)

– Arrêt

- 12% LATASAMU
- 38% Le Conte

– Limitation : 42%

– Limitation puis arrêt :20%

– Traçabilité dossier:














- 17% Le Conte
- 65% LATASAMU

Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey

Intensive Care Med 2006


Critères décisionnels

« Perception mort imminente »: 90%

Criteria	Principal criterion ^a		Frequency of criterion ^b	
	Withdrawal N = 93	Withholding N = 723	Withdrawal N = 93	Withholding N = 723
 Fatal outcome expected in short term, <i>n</i> (%)	77 (82.8)	520 (71.9)	92 (98.9)	643 (88.9)
 Poor predicted quality of life, <i>n</i> (%)	41 (44.1)	304 (42.1)	78 (83.9)	547 (75.7)
 Physical pain, <i>n</i> (%)	26 (28.0)	216 (29.9)	57 (61.3)	457 (63.2)
 Advanced age	30 (32.3)	189 (26.1)	74 (79.6)	535 (74.0)
 Patient in current palliative care, <i>n</i> (%)	31 (33.3)	213 (29.5)	53 (57.0)	345 (47.7)
 Shock, <i>n</i> (%)	31 (33.3)	149 (20.6)	68 (73.1)	392 (54.2)
 Family request, <i>n</i> (%)	16 (17.2)	104 (14.4)	52 (55.9)	411 (56.9)
 Previous dependency on mechanical ventilation, <i>n</i> (%)	18 (19.4)	103 (14.3)	56 (60.2)	271 (37.5)
 Patient request, <i>n</i> (%)	8 (8.6)	76 (10.5)	34 (36.6)	230 (31.8)
 Current poor quality of life, <i>n</i> (%)	27 (29.0)	216 (29.9)	71 (76.3)	499 (69.0)
 ICU admission denied, <i>n</i> (%)	3 (3.2)	57 (7.9)	35 (37.6)	270 (37.3)
 High financial cost to society, <i>n</i> (%)	1 (1.1)	10 (1.4)	31 (33.3)	203 (28.1)
 No hospital beds available, <i>n</i> (%)	0 (0.0)	7 (1.0)	29 (31.2)	166 (23.0)

^a Principal criterion: Most important criterion in taking decision

^b Frequency of criteria: Frequency with which the criterion was cited, irrespective of the criterion's importance

 *Variables associées à décision par médecin seul*

LATASAMU

Table 4 Multivariate analysis of factors associated with decision to withdraw life-sustaining treatment in the prehospital setting (home, street, or ambulance)^a (*n* = 730)

	Odds ratio	95% CI	<i>P</i> value
Respondent working in a teaching hospital	2.1	1.3–3.5	0.004
Male patient	1.9	1.1–3.3	0.02
Patient's age, years	0.98	0.97–1.0	0.03
Acute postanoxic coma	2.2	1.3–4.0	0.006
Multiple trauma	5.7	1.6–19.7	0.006
Chronic heart failure NYHA class IV	2.8	1.5–5.2	0.0009
Patient intubated	3.9	2.3–6.5	<0.0001
No sedation	1.9	1.2–3.1	0.01

^a Multiple logistic-regression was performed. The dependent variable was decision to withdraw life-sustaining treatment. The independent variables were variables that yielded *P* values <0.10 in the univariate analysis. The *P* value of the Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test was 0.60, indicating good fit of the logistic model

Éléments associés à la décision de LATA

Le Conte *et al.* Intensive Care Med 2010

174 SAU
prospectif
2 x 2 mois

Table 2 Odds ratio for the composite outcome of withholding and/or withdrawing decisions based on the multivariate logistic regression model performed on 2,420 patients who died in an ED

	OR	95% Confidence interval	<i>p</i>
Age (years)			<0.0001
<71	1.00		
[71–81]	1.60	[1.18–2.16]	
[81–88]	2.51	[1.78–3.52]	
>88	3.27	[2.26–4.71]	
Chronic disease			
Immunodeficiency	1.90	[1.10–3.28]	0.0221
Liver disease	2.18	[1.43–3.31]	0.0003
Metastatic cancer	2.34	[1.56–3.52]	<0.0001
Principal acute presenting medical disorder			
Traumatic	0.34	[0.18–0.65]	0.0011
Cardiovascular	0.63	[0.49–0.82]	0.0004
Respiratory	1.61	[1.21–2.13]	0.0010
Neurologic	1.91	[1.39–2.62]	<0.0001
Brain hemorrhage	2.62	[1.63–4.24]	<0.0001
Knaus classification (2,199 patients)			<0.0001
A	1.00		
B	1.41	[1.09–1.83]	
C	3.54	[2.66–4.70]	
D	5.84	[3.94–8.66]	

Critères de décision

Le Conte *et al.* Intensive Care Med 2010

Table 3 Criteria used to justify limiting life-support therapies for 1,907 patients who died in emergency departments

Criteria	<i>N</i> (%)
→ Principal acute presenting medical disorder	1,470 (77.0)
→ Expected irreversibility of acute disorder in the first 24 h	1,037 (54.4)
→ Age	742 (38.9)
→ Previous functional limitation	724 (38.0)
→ Underlying chronic disease	669 (35.1)
Absence of improvement following a period of active treatment	499 (26.2)
→ Recovery but expected quality of life unacceptably poor	467 (24.5)
Underlying disease expected to be fatal in the following 6 months	374 (19.6)
Level of care considered to be maximal (more aggressive therapy would be unreasonable)	318 (16.7)

PLAN

- Données IGAS nov 2009 « La mort à l'hôpital »
- LATA et urgence
 - textes pour étayer réflexions et décisions
 - Quelles difficultés?
 - Résultats des travaux
- Typologie des situations rencontrées
 - Fin de vie avérée
 - Sentiment d'OD d'emblée
 - La décision de ne pas entreprendre un traitement
 - Circonstances
 - Textes
 - Ce n'est pas si simple
 - Pourrait-on éviter ces situations?
 - Engagement thérapeutique maximal suivi de LATA
 - Textes
 - Place des réanimateurs
- Traçabilité
- Information – implication
- Obstacles à l'amélioration des pratiques
- Moyens d'amélioration
- Conclusion

1) Notion de fin de vie reconnue, acceptée

- S'assurer de la réalité de la situation
- Identifier, traiter une pathologie aiguë accessible à un traitement médical simple
- Filière ou établissement habituel de suivi
- 20% des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs « financés »
- 80% cancéreux
 - 3% accueillis en USP

L'amélioration des conditions de retour à domicile des personnes en fin de vie implique que les établissements hospitaliers continuent à assurer le suivi des ces patients. Toute hospitalisation à domicile d'une personne en fin de vie doit faire l'objet d'une information à destination des SAMU et des services d'urgence leur permettant de savoir s'il faut entreprendre ou non des actes complexes de réanimation ou se limiter à des soins de confort.

2) Sentiment d'obstination déraisonnable présent dès le début de la prise en charge

- Adressé par médecin pour valider surtout aux yeux de la famille que le malade est bien au delà de toute ressource thérapeutique
- Malade trop grave, démarche commune avec le réanimateur
- SAU ou service selon délai présumé du décès

Décider de ne pas entreprendre un traitement en urgence : circonstances

- Inutilité du traitement
 - situation prévisible – non anticipée
- Jugement d'OD :
évolution normale, attendue,
mort inéluctable dans un délai bref,
acte médical ne faisant que retarder l'agonie,
absence de bénéfice pour le patient ,
qdv future, risque de dépendance et altération des
fonctions cognitives

Décider de ne pas entreprendre un traitement en urgence et défaillance de la chaîne éthique

- Quel projet thérapeutique pour les personnes très âgées, poly pathologiques, à l'autonomie limitée?
- Anticiper les situations aiguës
- Éléments de sa mise en place
 - Personne de confiance
 - Directives anticipées (décret n°2006-119 – 6 février 2006)

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire.
Recommandation 1418, 25 juin 1999 : Protection
des droits de l'homme et de la dignité des malades
incurables et des mourants

« le prolongement artificiel de l'existence des incurables et des mourants par l'utilisation de moyens médicaux hors de proportion avec l'état du malade ou par la poursuite du traitement sans le consentement du malade constitue une menace sur les droits fondamentaux que confère à tout malade incurable et à tout mourant sa dignité d'être humain »

Loi n°2005 – 370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Article 1er

« Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ... ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.
»

Article R 4127-37 CSP

« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malades par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit **s'abstenir de toute obstination déraisonnable** dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie »

Commentaires du CNOM

juin 2006

Le médecin juge de la nécessité d'entreprendre, poursuivre ou limiter les investigations ou le traitement...

Comment ce principe se décline-t-il lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté ?

Chez un malade hors d'état de communiquer, lorsqu'il s'agit d'entreprendre un traitement, particulièrement dans l'urgence, le médecin décide de son opportunité et peut s'abstenir de toute thérapeutique ou investigation qu'il juge inutile. L'absence d'indication d'un traitement dans ces conditions ne relève pas de la procédure collégiale

Ce n'est pas si simple

- Décision d'abstention thérapeutique en situation d'urgence pas clairement évoquée par la loi Leonetti
- Réanimation vaine pour satisfaire une exigence de collégialité qui n'a pas lieu d'être
- Intentionnalité détermine la valeur morale de l'action entreprise
- Charge morale trop lourde
- Non assimilable à refus d'assistance à personne en danger

Pourrait-on éviter ces situations?

- Développer l'implication SAMU-SMUR / réseaux de soins palliatifs - HAD
- Ex : CHU Nice JF Ciais
- Collégialité d'amont, inter et intra service

- Moyens de surveillance, assistance ou correction parviennent à « occulter » la gravité et la vulnérabilité de malades chroniques, cancéreux, très âgés
- Aggravation → demande disproportionnée
- Information loyale tout au long du suivi
- Hospitalisation de répit

3) Engagement thérapeutique maximum suivi de LATA

- L'urgence commande une prise en charge maximale
ou Il existe un doute sur pronostic,
Il convient de se donner du temps
Il y a un manque d'information
- Réanimation d'attente SAU/Réanimation
- Le sentiment d'obstination déraisonnable apparaît progressivement avec l'évolution du diagnostic, le recueil des informations, le contact avec la famille
- Bienfaisance/non malfaisance
- Justice distributive
- LATA au SAU/Réanimation
- Assumer au SAU si le décès est proche

Article R 4127-37 CSP

« Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie »

**Décret n° 2006-120 du 6 février 2006
relatif à la procédure collégiale
prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005**

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté

le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une **procédure collégiale**

Conditions de la procédure collégiale

Décision

- prise par le médecin en charge du patient,
- concertation avec l'équipe de soins
- avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant.

aucun lien de nature hiérarchique

±avis motivé d'un deuxième consultant

prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés

- directives anticipées,
- personne de confiance désignée
- famille ou à défaut un de ses proches

Procédure collégiale aux urgences, oui mais...

- Consultant : réanimateur
- Participation aux entretiens
- Informations patient , famille : messages honnêtes et compatissants
- Délais entre admission - décisions et décisions-décès sans commune mesure avec ce qui se passe en réanimation

Refus d'admission=décision de LT

> 35% des décisions des réanimateurs : refus d'admission de patients vus à l'extérieur du service de réanimation

- Probabilité de survie considérée comme nulle ou marginale
- Dans les conditions de l'urgence
- Processus décisionnel très différent de la réanimation
- Prédiction du caractère futile très difficile et lourde de conséquence
- !!! Par téléphone (59%)

Réanimation d'attente ...en réanimation

- Politique d'admission large
- Réévaluation précoce après 3 jours d'engagement thérapeutique maximal
- Mais Personnes âgées récupération physiologique plus lente
- Limiter à un seul épisode pathologique et non la durée de la réanimation

Peut-on prédire la mortalité ?

- Trop grave : TrT réa = OD, 8-36%
 - >40% personnes âgées
- Incertitude :
 - Perception de survie très faible malgré le traitement intensif
 - Pronostic vécu comme très péjoratif
 - 10 – 40 % sortent vivants de l'hôpital

Evaluation du risque de décès n'est pas synonyme de refus

- 225 réanimateurs
- 86% admission de patients considérés comme trop graves
 - Mais persistance d'un doute clinique 33%
 - Délai insuffisant pour prendre une décision de limitation 32%

Giannini, A., and Consonni, D. (2006)

Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. Br J Anaesth 96, 57-62

PLAN

- Données IGAS nov 2009 « La mort à l'hôpital »
- LATA et urgence
 - textes pour étayer réflexions et décisions
 - Quelles difficultés?
 - Résultats des travaux
- Typologie des situations rencontrées
 - Fin de vie avérée
 - Sentiment d'OD d'emblée
 - La décision de ne pas entreprendre un traitement
 - Circonstances
 - Textes
 - Ce n'est pas si simple
 - Pourrait-on éviter ces situations?
 - Engagement thérapeutique maximal suivi de LATA
 - Textes
 - Place des réanimateurs
- Traçabilité
- Information – implication
- Obstacles à l'amélioration des pratiques
- Moyens d'amélioration
- Conclusion

Témoigner par écrit des étapes et du sens de la démarche

- Motifs de la décision
- Modalités d'application
 - Prescriptions médicales, soins de base , confort,
« soins de support »
- Reflet de la qualité de la réflexion, de la communication et de l'information délivrée
 - Identités des intervenants
- Écrits : éléments de compréhension et d'adhésion à la démarche des soignants
- Collégialité de la réflexion
- Responsabilité d'un médecin

= « mettre un mot dans le dossier » !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Information, implication des patients et de leur proches

- Quelle place pour le respect du principe d'autonomie ?
 - Distinguer pathologie aiguë/décompensation ou complication prévisible de pathologie chronique ou cancer, hémopathie, immunodépression
 - Souhaits du patient recueil à distance de tout épisode aigu

Paternaliste /responsabilité partagée

- Si refus d'admission : expliquer au patient, à sa famille, pas d'abandon de soin +++
- L'absence de prise en charge intensive n'est pas synonyme d'interruption des soins curatifs

Quelle valorisation pour cette «activité»?

- La prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital
- CSP
 - Prélèvements d'organe
 - Mode de sortie
 - Complication iatrogène

Obstacles à l'amélioration des pratiques

- Pas d'évaluation des moyens nécessaires à l'accompagnement des patients et des familles
- Décès consommateur de temps, de personnel
- Surcroît de travail non pris en considération
- Absence d'identification des moyens mis en œuvre limite la possibilité se s'engager dans un processus d'AQ
- T2A : Versant techno scientifique > versant relationnel et « humain »
- Les plus jeunes plus attirés par la dynamique positive de l'urgence et la vocation à « sauver des vies »

Moyens d'amélioration

- Procédures réfléchies en commun
SAMU/SAU/Réanimations/Services/HAD etc..
- Circuit des patients avec les services concernés
- Protocole d'accompagnement
- Transmission écrite et argumentée de la décision médicale
- Formation des soignants
- GRE : éthique appliquée

En conclusion, promouvoir un « Travail de retour d'expérience »

- « Moment philosophique de la décision médicale » P Le Coz
- Démarche collective
- A posteriori
- Principes éthiques
- Contextes décisionnels
- Révision / Emotions : respect (autonomie) , compassion (bienfaisance), crainte (non malfaisance)

De la qualité des réflexions et décisions de LATA
dépend notre capacité à penser la mort autrement
que comme un échec de la médecine

The
end

Ce qui ne peut être écrit ne peut être fait