



HAL
open science

Analyse des pratiques concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation neurochirurgicale entre 2013 et 2016 au CHU de Rouen

Andréa Bailleul

► **To cite this version:**

Andréa Bailleul. Analyse des pratiques concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation neurochirurgicale entre 2013 et 2016 au CHU de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01704130

HAL Id: dumas-01704130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704130>

Submitted on 8 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Par

Andréa Bailleul

Née le 5 septembre 1989 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2017

**ANALYSE DES PRATIQUES CONCERNANT LES
LIMITATIONS ET ARRETS DES
THERAPEUTIQUES ACTIVES EN REANIMATION
NEUROCHIRURGICALE ENTRE
2013 ET 2016 AU CHU DE ROUEN**

Président du jury : Monsieur le Professeur Bertrand DUREUIL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie GILLES BARAY

Membres du jury : Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Monsieur le Professeur Vincent COMPERE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie

Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** HCN Chirurgie plastique

Mr Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie

Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Ygal **BENHAMOU** HCN Médecine interne

Mr Jacques **BENICHOU** HCN Bio statistiques et informatique médicale

Mme Bouchra **LAMIA** Havre Pneumologie

Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie

Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe **CHASSAGNE** (*détachement*) HCN Médecine interne (gériatrie) –
Détachement

Mr Vincent **COMPERE** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale

Mr Jean-Christophe **RICHARD** (*détachement*) HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence

Mr Vincent **RICHARD** UFR Pharmacologie

Mme Nathalie **RIVES** HCN Biologie du développement et de la reproduction

Mr Horace **ROMAN** HCN Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe **SABOURIN** HCN Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume **SAVOYE** HCN Hépatogastrologie

Mme Céline **SAVOYE-COLLET** HCN Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER** HCN Pédiatrie

Mr Michel **SCOTTE** HCN Chirurgie digestive

Mme Fabienne **TAMION** HCN Thérapeutique

Mr Luc **THIBERVILLE** HCN Pneumologie

Mr Christian **THUILLEZ** (*surnombre*)HB Pharmacologie

Mr Hervé **TILLY** CB Hématologie et transfusion

M. Gilles **TOURNEL** HCN Médecine Légale

Mr Olivier **TROST** HCN Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques **TUECH** HCN Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre **VANNIER** (*surnombre*) HCN Pédiatrie génétique

Mr Benoît **VEBER** HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre **VERA** CB Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric **VERIN** HB Service Santé Réadaptation

Mr Eric **VERSPYCK** HCN Gynécologie obstétrique

Mr Olivier **VITTECOQ** HB Rhumatologie

Mr Jacques **WEBER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURGH** HCN Bactériologie – Virologie

Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie

Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition
Mr Manuel **ETIENNE** HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOCHE** UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ** HCN Virologie
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN** HCN Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr David **WALLON** HCN Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ** UFR Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT** Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE** Biochimie

Mme Hanane **GASMI** Galénique

Mme Caroline **LAUGEL** Chimie organique

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE** Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui
lui seront présentées doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

« Le voyage est un lent professeur »

Théodore Monod

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Dureuil : Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre écoute et votre disponibilité tout au long de notre formation. Soyez assuré de ma plus haute considération.

Monsieur le Professeur Veber : Merci pour le soutien que vous m'apportez concernant le projet de médecine d'urgence ainsi que votre investissement dans notre formation. Vous avez toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Compère : Merci pour votre investissement pédagogique et humain auprès des internes. Vous m'avez accordé votre confiance durant cette année en tant que référente, vous avez toute ma gratitude.

A Marie : C'est une chance d'avoir travaillé et appris à tes côtés mais surtout un honneur d'avoir été encadrée pour ma thèse par un médecin comme toi. Merci pour ta patience et ta bienveillance. Ta justesse et ton humanité sont un modèle pour moi.

A mes parents : Banzai ! Et le plus grand merci du monde, car vous avez toujours fait en sorte que les choses soient faciles pour nous.

A mon frère **Louis**, et à **Marion** : Londoniens et grands voyageurs, vous faites une sacrée équipe. Je suis très fière de vous deux.

A mes grands-parents **André, Jeannine et Monique** : Vous êtes des épicuriens et m'avez transmis l'amour du voyage, de la bonne cuisine et des moments simples. Merci pour votre générosité et votre ouverture d'esprit !

A **Julien et Théo**, mes soleils. Ce n'est que le début des aventures, et vous m'avez déjà tellement appris. La vie avec vous est aussi cool qu'un cornichon dans un sandwich !

A mes amis de toujours, **Cécilia, Kevin, Mylène, Etienne, Marion, Julie, Julia, Elodie, Clément, Coralie, Safiya, Marion, Aziga, Benjamin, Cyril, Kamélia, Marion, Clémentine** : Avec vous tous j'ai la preuve qu'on peut grandir

sans vieillir. Vous avez tous un parcours unique et c'est un honneur de faire partie de votre vie. Merci pour votre soutien sans faille !

Aux **Belettes (Céline, Hélène, Lucie, Juliette et Lucile)**: pas un jour sans un rire grâce à vous! L'anesthésie n'était qu'un prétexte pour devenir amies, maintenant je ne peux plus me passer de vous (et des gifs aussi bien sûrs !)

A tous les médecins et internes dont j'ai croisé le chemin et dont certains sont devenus des amis, c'est une chance de travailler avec vos côtés : **Yann, Benoit, mon bon Barège, Mathilde, Vanessa, Nancy, Samia, Bergis-Khan, Alex Grognu, Violaine, Marie-Laure, Samuel, Claire, Jordan, Greg Wood, Edouard, Schésché, Jean-Baptiste, Géraldine, Philippe, Arnaud, David et Frédéric**. Sans oublier **ma promotion** et tous les **DESAR** qui m'ont apporté leur aide durant cette année de référente.

A l'équipe médicale et paramédicale du **SAMU de Rouen**, à vous seuls vous mériteriez 40 pages ! Merci de m'avoir appris et donné autant depuis 7 ans. Pour beaucoup vous êtes bien plus que des collègues et j'ai un profond respect pour chacun d'entre vous.

A l'équipe médicale de la Réanimation Neurochirurgicale (**David, Alice, Olivier, Najiba, Eric et Hélène**): J'ai beaucoup d'admiration pour la bienveillance dont vous faites preuve les uns envers les autres. Merci pour toute l'aide que chacun d'entre vous a apporté pour ce travail.

A l'équipe paramédicale de la Réanimation Neurochirurgicale sans oublier **Léa et Marie-Laure** : Vous avez été d'une grande aide lors du stage et lors de la réalisation de ce travail. J'espère que cela a répondu à vos attentes. Vous avez tout mon respect.

Mon fidèle ordinateur qui a fait l'objet d'une LAT durant le travail de thèse, la discussion a été collégiale mais l'histoire ne dit pas s'il a eu une fiche...

SOMMAIRE

Liste des abréviations

I) <u>Introduction</u>	1
1) Cadre législatif.....	2
a) Serment d’Hippocrate.....	2
b) Code de déontologie	
c) Loi du 22 avril 2005 ou Loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie.....	3
d) Apport des sociétés savantes.....	5
2) Particularités de la neuro-réanimation.....	5
3) Pourquoi une enquête de pratique.....	6
4) Ressenti des équipes de neuro-réanimation	7
II) <u>Matériel et méthodes</u>	10
1) Caractéristiques de l’étude.....	10
2) Critères d’inclusion.....	10
3) Répartition de la population.....	11
4) Caractéristiques étudiées.....	11
5) Tests statistiques.....	12
III) <u>Résultats</u>	14
1) Résultats concernant les LAT.....	14
a) Critère de jugement principal.....	14
b) Critères de jugement secondaires.....	14

2) Résultats des questionnaires adressés aux personnels paramédicaux.....	20
3) Résultats des questionnaires adressés aux médecins.....	23
IV) <u>Discussion</u>	26
1) Critère principal : Présence ou non d'une fiche spécifique LAT.....	26
a) Caractéristiques des patients.....	26
b) Causes inhérentes à la procédure de rédaction d'une LAT.....	28
2) Critères secondaires.....	29
a) Collégialité.....	29
b) Ressenti des personnels paramédicaux.....	32
c) Information des proches et implication dans la décision.....	34
d) Avis du patient et recherche de directives anticipées.....	34
e) Primauté des mesures de confort et des soins palliatifs.....	35
f) Pratique de l'accompagnement.....	36
V) <u>Biais et limites de l'étude</u>	38
VI) <u>Perspectives d'amélioration</u>	39
VII) <u>Conclusion</u>	40
VIII) <u>Bibliographie</u>	41
IX) <u>Annexes</u>	47
1) Fiches LAT utilisées en Réanimation Neurochirurgicale.....	47
2) Questionnaires des personnels paramédicaux.....	52
3) Questionnaires des médecins anesthésistes- réanimateurs.....	55

Liste des abréviations

- MAR : Médecin anesthésiste réanimateur
- LAT : Limitations ou arrêt des thérapeutiques
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- HAS : Haute autorité de santé
- SRLF : Société de réanimation de langue française
- SFAR : Société française d'anesthésie-réanimation
- CSP : Code de la santé publique
- EEG : Electro-encéphalogramme
- PEA : Potentiels évoqués auditifs
- PEV : Potentiels évoqués visuels
- BPS : Behavioral Pain Scale
- RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale

I) Introduction

La médecine des soins intensifs et de la réanimation s'est développée durant les cinq dernières décennies, avec des avancées thérapeutiques et technologiques menant à de meilleurs résultats cliniques. Ceci est particulièrement vrai pour la neuro-réanimation, grâce à une compréhension améliorée de la physiopathologie associée à des progrès majeurs de l'imagerie et du monitoring.

Malgré cela, l'évolution neurologique des patients n'est pas toujours favorable, car certains restent en vie grâce à une réanimation intensive mais avec des pronostics neurologiques incertains [1]. Les soignants sont tenus, par le cadre éthique et législatif [2] de poursuivre la prise en charge de ces patients vers un accompagnement de fin de vie et doivent mettre en place des limitations, voire un arrêt des thérapeutiques actives (LAT).

La mise en place des fiches LAT au sein de l'équipe de Réanimation Neurochirurgicale du CHU Charles Nicolle à Rouen s'est faite au cours de l'année 2013. La rédaction de cette fiche a fait suite à des situations cliniques d'arrêt de soins ayant engendré des discussions éthiques avec les collègues neurochirurgiens. Des réunions collégiales entre Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR), neurochirurgiens et membres du comité éthique ont été réalisées. S'en est suivie une prise de conscience qu'il était indispensable de rédiger ces décisions d'arrêt des thérapeutiques actives sur une fiche dédiée. Une fiche de rédaction de ces procédures a donc été élaborée par l'équipe de MAR de l'unité, s'inspirant de fiches préexistantes dans des réanimations d'autres villes, se référant aux lois en vigueur à l'époque, et adaptée à la spécialité neurochirurgicale.

60% des décès de patients cérébro-lésés sont secondaires à une décision d'arrêt ou de limitation thérapeutique [1] au sein des réanimations neurochirurgicales françaises. C'est donc une problématique quotidienne à laquelle sont confrontés les réanimateurs, les neurologues ainsi que les neurochirurgiens.

Lors de la création de la fiche, il n'existait pas en France de guide d'aide à la rédaction pour orienter cette démarche. Les quelques guides créés n'ont été que des

initiatives locales avec une utilisation non validée à grande échelle. Cela pourrait expliquer en partie leur faible taux de diffusion. De nos jours, une fiche mise à disposition par la SFAR permet aux professionnels de formaliser ces procédures [3].

Le but de notre étude, menée rétrospectivement sur des dossiers allant de 2013 à 2016, est d'évaluer l'utilisation de cette fiche.

Nous allons d'abord rappeler les cadres éthiques et juridiques indispensables pour décider d'une LAT.

1) **Cadre législatif**

Les rédactions de fiche LAT doivent absolument respecter des impératifs législatifs.

Ces cadres ont pour but de guider les praticiens et d'éviter toutes dérives éthiques. Plusieurs écrits ont aidé à ces rédactions.

a) Serment d'Hippocrate :

Contemporain de Platon au 5^{ème} siècle avant JC, Hippocrate est à l'origine de ce serment maintes fois remanié mais qui atteste toujours de l'influence de la réflexion médicale dans l'histoire intellectuelle de la Grèce classique. On retrouve là les prémisses de ce qui deviendra au 19^{ème} siècle l'éthique médicale pour donner naissance par la suite au code de déontologie médicale. Ce serment [4] a pour principal objectif de rappeler aux nouveaux médecins dans un cadre solennel qu'ils sont liés à des obligations légales, morales et éthiques. Un des passages de ce serment récité par tous les doctorants stipule « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. » et annonce donc ainsi l'interdiction morale à l'euthanasie.

On retrouve par ailleurs, bien avant que les textes de loi n'aient été rédigés, l'obligation pour le médecin d'apporter une assistance voire même d'abrèger l'agonie d'un patient, ce qu'on résume actuellement par l'absence d'acharnement thérapeutique. « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies ».

b) Code de déontologie :

Le code de déontologie médicale est un ensemble de dispositions législatives régissant la pratique de la médecine. Plusieurs articles (Article r.4127-37 du CSP) [5] touchent au domaine des limitations thérapeutiques, ces articles ont évolué dans le temps et se sont adaptés aux avancées sociétales.

- Notion d'obstination déraisonnable :
 - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.
- Décision médicale et procédure collégiale :
 - Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative.
 - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue d'une procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.
 - La notion de «consultant» renvoie à un médecin qui dispose des connaissances, de l'expérience, et, puisqu'il ne participe pas directement aux soins, du recul et de l'impartialité nécessaires pour apprécier la situation dans sa globalité.
- Information des proches :
 - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement
- Sédation profonde :
 - A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

c) **Loi du 22 avril 2005 ou Loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie :**

Les décisions de LAT ainsi que leurs modalités d'application sont maintenant bien encadrées par la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2005, dite loi Léonetti [2] qui a été votée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale.

Elle fixe en effet pour les professionnels de santé :

- Le droit de ne pas entreprendre ou d'interrompre des traitements jugés inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie (art. 1).
- La possibilité d'utiliser des traitements qui, pour soulager la souffrance, risquent d'abrèger la vie (art. 2).

Les conditions suivantes doivent être respectées :

- Le patient, sauf si celui-ci a souhaité de ne pas être informé de son état, ou ses représentants sont informés.
- Inscription claire de la prise en charge dans le dossier médical.
- L'intention est de soulager la souffrance selon les recommandations de bonnes pratiques et non de provoquer la mort.

Selon le Professeur Puybasset [6], cette loi est la seule loi au monde qui ait formalisé une procédure de limitation ou d'arrêt des traitements actifs chez les patients hors d'état d'exprimer leur volonté. Ce sont justement ces patients que nous traitons en neuro-réanimation et c'est à ce titre que l'on peut estimer que les procédures mises en place par la loi sont une aide réelle.

La loi Claeys-Léonetti [7], votée en février 2016, date ultérieure au recueil de nos dossiers, répond aux échecs relatifs de la loi Léonetti et précise donc les grands principes évoqués précédemment :

- Les directives anticipées deviennent contraignantes pour le médecin
- Mise en avant du rôle renforcé de la personne de confiance.
- Renforce le droit à la sédation profonde jusqu'au décès

- Refuse une nouvelle fois le principe de l'euthanasie

Patient et processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) au regard de la loi du 22 avril 2005

Patient apte à consentir	Patient inapte à consentir
↓ Possibilité de refus de traitement du patient ↓	↓ Possibilité de LAT à la condition de mettre en œuvre la procédure de réflexion collégiale ↓
Responsabilité du médecin en charge d'assurer les meilleures conditions de réflexion au patient : <ul style="list-style-type: none"> - Dispenser une information exhaustive sur les bénéfices et les risques de la stratégie proposée - Instaurer un dialogue approfondi - S'assurer de la parfaite compréhension des enjeux par le patient - Faire intervenir un tiers extérieur si besoin - Respecter un délai de réflexion suffisant 	Responsabilité du médecin en charge dans la prise de décision (co-responsabilité du chirurgien pour le patient chirurgical) : <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une concertation avec l'équipe médicale, paramédicale en charge du patient - Consulter la personne de confiance, la personne référente, la famille ou à défaut les proches - Rechercher d'éventuelles directives anticipées - Solliciter un avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant
Dans tous les cas : <ul style="list-style-type: none"> - Soins de confort et respect de la dignité du patient - Accompagnement des proches - Traçabilité des différentes étapes du processus décisionnel 	

d) Apport des sociétés savantes :

Parallèlement les sociétés savantes ont développé des recommandations permettant de guider les pratiques de LAT au quotidien. La SRLF a publié en 2002 une première série de réflexions et recommandations sur ce sujet [8]. En 2008, la SRLF actualise ses recommandations et présente un guide d'aide à la réflexion collégiale [9].

En 2006, le groupe de réflexion éthique de la SFAR publie ses recommandations [10] de bonnes pratiques concernant la mise en application de la loi Léonetti.

2) Particularités de la neuro-réanimation

La population de patients que nous étudions concerne celle des cérébro-lésés. Dans les cas de LAT, ces personnes ne sont plus aptes à se prononcer en raison de troubles profonds de la vigilance.

Ce sont des patients pris en charge en neuro-réanimation à la suite d'un traumatisme crânien, d'une hémorragie intracrânienne ou d'une anoxie cérébrale. La réanimation et l'acte neurochirurgical sont entrepris même s'il existe un degré d'incertitude quant au devenir neurologique du patient. Il s'agit de ce que l'on pourrait qualifier d'une réanimation d'attente, bien que très active. Il n'y a pas de

critères initiaux fiables permettant de savoir si ces traitements très lourds doivent ou ne doivent pas être entrepris. Ils sont donc mis en œuvre « au bénéfice du doute ».

En effet, l'équipe soignante ne sait pas d'avance si les patients pourront récupérer leurs facultés de vie antérieure, voire à différents degrés une autonomie et une vie relationnelle [11]. Une fois passée la phase aiguë du traumatisme, les fonctions vitales sont préservées et le patient reste vivant, mais subsistent parfois des handicaps physiques et cognitifs majeurs.

A cela s'ajoute la subjectivité d'une notion de vie acceptable, liée à des convictions intimes de chaque membre de l'équipe soignante et de la famille [12]. Juger de l'utilité d'un traitement suppose donc une évaluation du pronostic vital et des séquelles. Les examens d'imagerie telles les IRM ainsi que l'électrophysiologie (EEG, PEA, PEV) peuvent nous orienter mais ne remplacent en aucun cas l'examen clinique [13] [14].

Seule l'évolution dans le temps révèle le devenir neurologique des patients et toute la complexité de cette spécialité médicale réside dans la temporalité de prise de décision de LAT. La logique légale et humaine voudrait qu'on arrête les traitements considérés comme disproportionnés à la phase la plus précoce possible si on est certain du très mauvais pronostic. La logique médicale et éthique, qui veut que ces décisions soient prises avec un très haut degré de certitude, exige un examen clinique après l'arrêt complet de toute sédation, ce qui impose un temps d'attente parfois prolongé.

3) Pourquoi une enquête de pratique :

L'amélioration de la prise en charge de la mort en réanimation nécessite une évaluation précise des pratiques de fin de vie, qui ne peut pas passer par la seule évaluation de l'expérience du patient. L'évaluation de l'expérience des proches et des soignants (médecins, infirmiers) apporte des éléments de compréhension et d'information nécessaires à l'amélioration des pratiques de fin de vie [15].

Bien qu'il y ait maintenant un cadre légal et éthique, on retrouve de grandes

hétérogénéités de pratiques et de savoirs chez les personnels médicaux et paramédicaux. Regarder de manière objective et comptable sur un instant T ce qui est pratiqué dans un service est indispensable, avec un objectif final d'aboutir à une amélioration de la qualité des soins pour tous les patients.

Selon la Haute Autorité de Santé [16], l'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est « l'amélioration de la qualité des soins qui est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration. »

Il existe de nombreuses méthodes d'évaluation de la qualité des soins (Guide HAS Evaluation des pratiques professionnelles 2005)[16]. Nous avons choisi l'enquête de pratique qui permet de « réaliser un bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art » et donc d'avoir une approche par comparaison à un référentiel.

Il est évident que l'évaluation n'est pas une fin en soi, et que le constat d'écart entre la pratique réelle et la « bonne pratique » doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

4. Ressenti des équipes des neuro-réanimation

Le personnel paramédical, comme dans toute réanimation, est très exposé aux familles et à leurs questionnements. Une étude dirigée par Katherine et al. en 2001[18] a démontré que, dans les situations de fin de vie, les familles perçoivent les conflits qui existent au sein des équipes soignantes. Ces conflits étaient majoritairement liés à des difficultés de communication entre les personnels médicaux et paramédicaux.

Les équipes travaillant de jour relayent les informations à celles de nuit.

Ces dernières ne côtoient pas forcément les médecins ayant pris une décision dans la journée. Il est donc primordial qu'un document trace les décisions prises avec l'argumentaire ayant permis d'aboutir à ce choix.

Lors d'une situation de LAT, le personnel soignant doit aider la famille à accepter une décision éclairée tout en facilitant l'amorce du processus de deuil et ce, souvent en quelques heures [9]. Parmi les paramètres ayant permis l'acceptabilité de la fin de vie par les paramédicaux on retrouve [20] :

- la rédaction d'un protocole manuscrit de LAT,
- le fait d'avoir anticipé le décès,
- la présence de la famille lors du décès ainsi qu'une gestion adaptée de la douleur.

Peu d'études relèvent le ressenti des personnels paramédicaux par rapport aux décisions de fin de vie [21]. Des conflits au sein d'une équipe de réanimation peuvent naître de la difficulté de certaines situations éthiques. Cela entraîne à terme une détresse morale, source d'épuisement professionnel et peut être lié par plusieurs facteurs que sont :

- 1) Le sentiment de solitude voire d'exclusion des personnels paramédicaux lié au sentiment que leur point de vue n'est pas entendu.
- 2) La divergence de vécu : des études montrent que les médecins ont paradoxalement le sentiment que le point de vue de l'équipe paramédicale est écouté alors que l'inverse n'est pas réciproque (Etude RESENTI 2003 [22])

De plus, l'étude MAHO publiée en 2008 [23] détermine que seulement 35.1% des infirmières jugent acceptable la fin de vie de leur patient. Qu'en est-il presque 10 ans plus tard avec l'apport des nouvelles lois ?

Ces discordances entre médecins et paramédicaux reflètent un probable manque de communication. Il est donc important de sonder sa propre action locale afin de proposer une réflexion et des améliorations correspondant aux volontés des personnes interrogées.

Par ailleurs, certains médecins prenant des gardes la nuit dans le service sont des

médecins extérieurs au service. Ils n'ont donc pas pu assister aux discussions éthiques lors de la journée. Il est alors important pour la continuité des soins que les situations et les projets thérapeutiques soient clairement explicités pour ces médecins qui sont seuls dans ce service la nuit.

De par cette volonté commune d'harmoniser les pratiques et d'améliorer le partage d'informations autour d'un patient en situation de fin de vie a été créée en 2013 la fiche LAT au sein du service de réanimation neurochirurgicale (v. Annexes).

Lorsque de tels guides sont mis en place, il existe une amélioration du respect de la procédure collégiale ainsi que de la participation des infirmiers à la décision. Des études de Ferrand [23] et Chastrusse [24] ont montré que la présence d'une fiche LAT permettait un meilleur respect des procédures ainsi qu'un meilleur vécu de la fin de vie par les équipes soignantes. Cette fiche regroupe donc les différents éléments médicaux et éthiques qui doivent être pris en considération lorsqu'une décision de LAT est envisagée.

Nous avons réalisé une étude afin de savoir :

- 1/ si les médecins avaient bien identifié cette fiche comme étant incontournable à chaque décision de LAT
- 2/ s'il existait des freins au remplissage des fiches.

II) Matériel et méthodes

1) Caractéristiques de l'étude :

C'est une étude rétrospective, observationnelle uni centrique réalisée dans le service de Réanimation Neurochirurgicale du CHU de Rouen concernant les patients décédés après procédure de LAT de juin 2013 à juin 2016.

Nous avons réalisé en parallèle une enquête auprès des personnels médicaux et paramédicaux par le biais de questionnaires papiers et informatiques permettant de recueillir leurs ressentis et leurs pratiques concernant les mesures de LAT.

Objectif principal :

Connaitre le taux de fiches remplies pour les patients en LAT.

Objectifs secondaires :

- Identifier les facteurs limitants l'utilisation de la fiche
- Vérifier leur bonne rédaction : items remplis ?
- Mise au point sur la vision des LAT des personnels médicaux et paramédicaux.

2) Critères d'inclusion :

Parmi tous les patients décédés en réanimation neurochirurgicale de 2013 à 2016, une relecture des dossiers médicaux a permis de recenser les patients ayant fait l'objet d'une procédure de LAT. Ces patients étaient ensuite intégrés à l'étude.

Pour nos questionnaires ont été inclus les infirmiers et les aides-soignants de jour et de nuit. Les questionnaires de ressenti des LAT ont été adressés aux infirmiers et aides-soignants, quelques soient leurs quarts de travail. Ces questionnaires ont été diffusés dans le service de réanimation neurochirurgicale lors du mois de mai 2016.

En parallèle, des questionnaires informatisés ont été envoyés aux MAR travaillant dans le service, aux MAR extérieurs prenant des gardes durant les trois dernières années.

3) Répartition de la population

Dans le cadre de l'étude des dossiers de patients avec LAT, nous avons pu former deux groupes distincts :

- Les patients ayant une fiche LAT dans le dossier médical
- Les patients sans fiche LAT retrouvée

4) Caractéristiques étudiées

Pour chaque patient étaient recensés :

- Les données démographiques (âge, sexe)
- Le motif d'hospitalisation ainsi que les antécédents principaux
- Le score de Glasgow initial, le score IGS2, l'état pupillaire lors de la prise en charge initiale, la prise en charge chirurgicale effectuée
- La date d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation
- La présence ou non d'une fiche LAT
- L'initiateur de la décision de LAT (Equipe médicale/ paramédicale/ famille)
- Le degré d'autonomie des patients, la présence de directives anticipées, la qualité de vie.
- La date de la décision de LAT
- La durée entre la décision de LAT et le décès du patient.
- L'apport ou non d'un médecin extérieur dans la décision de LAT
- L'information du patient ou de la famille s'il est inconscient
- La présence de la notion de décision de LAT/AT dans les dossiers médicaux et les comptes rendu d'hospitalisation.
- La collégialité dans la discussion médicale
- Les modalités de LAT et d'AT

Pour les questionnaires des personnels paramédicaux, ont été recensés :

- La fonction et le quart
- La satisfaction concernant l'information sur les LAT ainsi que la prise en compte du point de vue du personnel
- L'information inter-équipe d'une LAT
- Le point de vue concernant le délai entre la décision et l'arrêt/la limitation effective
- Le fait de devoir informer un MAR d'une LAT
- La participation à un staff éthique
- Un désaccord avec une LAT, l'information à l'équipe médicale et la prise en charge qui en découle
- La satisfaction concernant les informations médicales afin de participer aux discussions
- Le fait de percevoir une attitude consensuelle de la part de l'équipe médicale
- Le niveau d'information aux familles
- Les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une LAT
- Les pratiques paraissant choquantes ou difficilement envisageables

Pour les questionnaires des personnels médicaux :

- Le grade
- Le moment d'information au sujet d'un patient concerné par une LAT
- Le fait de trouver ou non la fiche LAT dans les dossiers médicaux, une difficulté face à une fiche insuffisamment remplie.
- La présence d'un consensus d'équipe
- L'influence des paramédicaux sur la prise de décision
- Le niveau de formation concernant les LAT en général
- L'évolution des LAT durant les trois dernières années
- La présence des familles lors de l'arrêt des soins
- Les pratiques réalisées fréquemment concernant les LAT

Un questionnaire informatisé a été envoyé par e-mail aux médecins (v. Annexes)

5) Tests statistiques

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Chi 2 ou d'un test exact de Fisher quand cela était approprié. Les données quantitatives sont exprimées à l'aide de moyennes [intervalle de confiance à 95% (IC95)], ou de médianes [interquartile 25% - interquartile 75% (IQ 25 – IQ 75)]. Ces données quantitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Student ou d'un test de Mann-Whitney.

Le taux de significativité était déterminé par un $p < 0,05$.

III) RESULTATS

1) Résultats concernant LAT

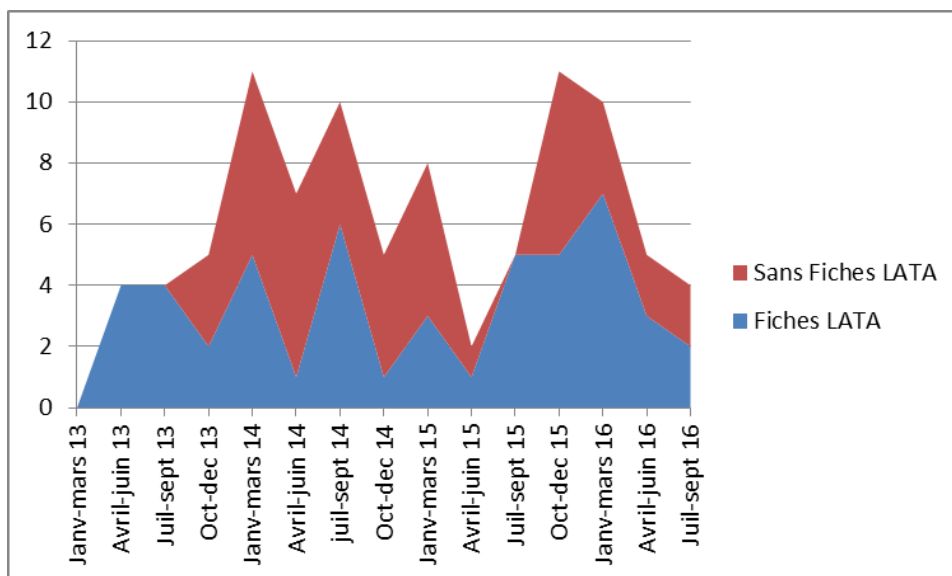
Le nombre de patients décédés suite à une LAT entre mai 2013 et aout 2016 en réanimation neurochirurgicale à Rouen est de 155 sur 959 hospitalisés soit 16,16%.

Parmi ces décès, 91 patients (58,70%), ont fait l'objet d'une procédure LAT.

a) Critère de jugement principal :

Le taux de fiches LAT retrouvées dans les dossiers est de 53,84% (n=49).

b) Critères de jugement secondaires :

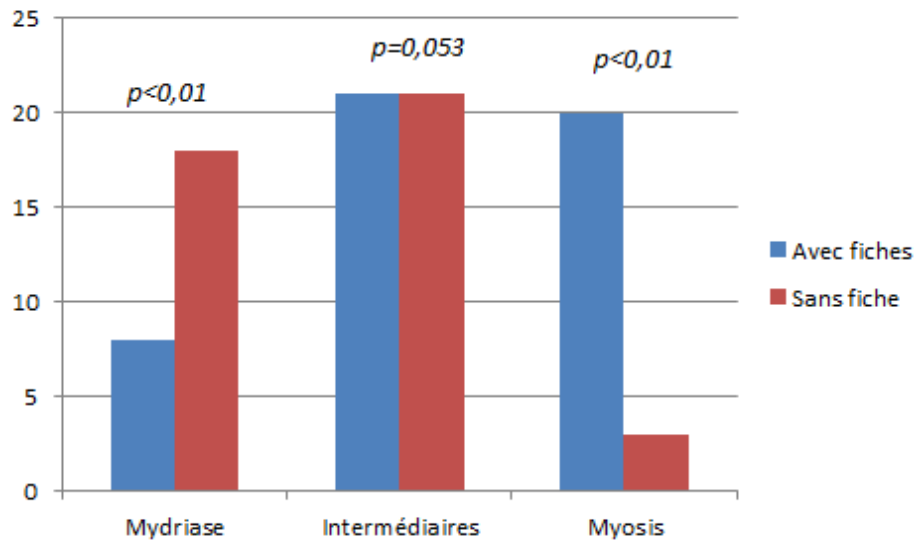


Graphique 1. Evolution du nombre de procédure LAT avec ou sans fiche en fonction temps.

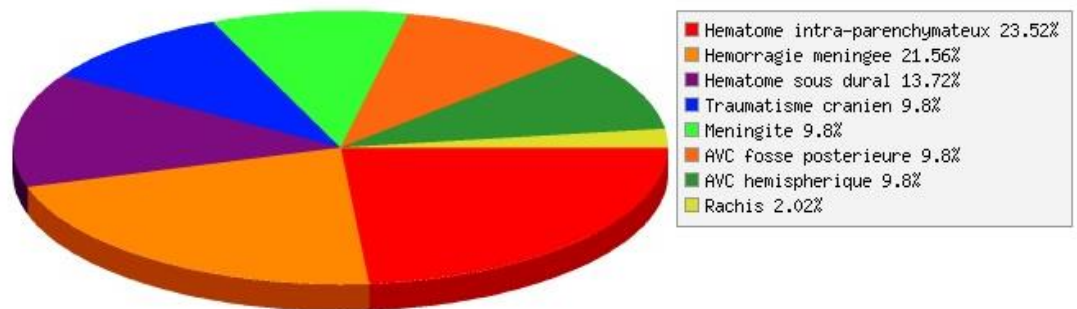
Les taux de procédures LAT et de rédaction de fiche sont stables dans le temps avec en moyenne 4 patients par mois pour qui une décision de LAT est prise.

	Avec fiches LAT	Sans fiches LAT	<i>p</i>
Age en années (moyenne+ écart type)	62,02±11,23	60,9 ± 16,20	0,68
Sexe (% d'hommes)	59,2 (n=29)	66,6(n=28)	0,39
GCS d'entrée (médiane et interquartiles)	6 (4 ; 12)	4 (3 ; 6)	0,018
IGSII (moyenne + écart type)	50,9±14,57	57,9±16,96	0,068
Taux de néoplasies (%)	14,2 (n=7)	26,19(n=11)	0,19
Prises en charges chirurgicales initiales (%)	70,4(n=34)	52,9 (n=22)	0,15
Patients en état de mort encéphalique après décision de LAT (%)	12,2 (n=6)	19,04 (n=8)	0,39
Nombre de jours d'hospitalisation (médianes et interquartiles)	9 (4 ; 20)	4 (2 ; 5)	<0,01
Délais entre hospitalisation et mise en place de LAT (jours) (médianes et interquartiles)	6 (3 ; 15,5)	2 (1 ; 4)	<0,001
Délais entre décision de LAT et décès (jours)(médianes et interquartiles)	2 (1 ; 3)	1 (0 ; 1)	<0,001

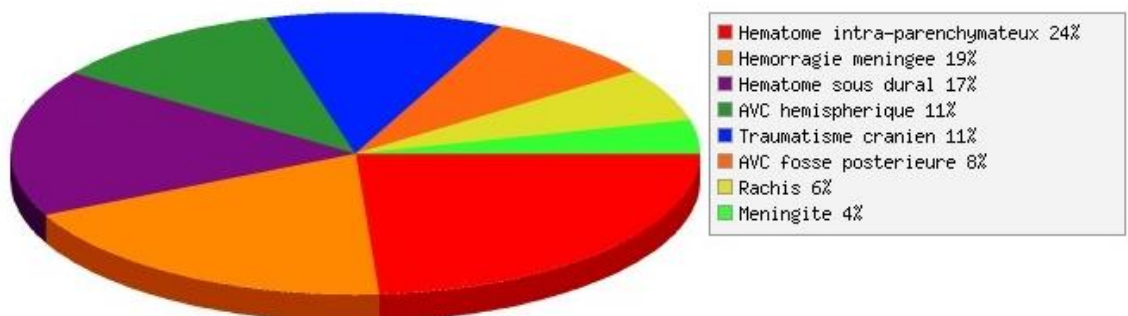
Tableau 1. Caractéristiques des patients avec et sans fiches LAT



Graphique 2. Evaluation des pupilles à l'entrée en réanimation.



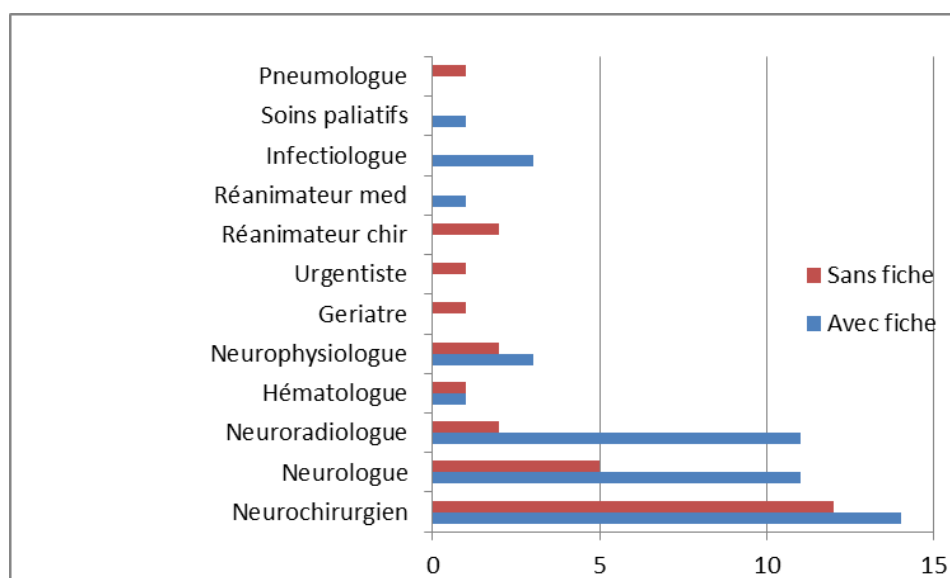
Graphique 3 : Etiologies des patients décédés avec fiches LAT



Graphique 4 : Etiologies des patients décédés sans fiche LAT

	Fiches LAT	Sans fiches LAT	P
Consultation d'un médecin extérieur (%)	61,22 (n=30)	45,23 (n=19)	0,144
Nombre de médecins décisionnaires (moyenne)	3,2	1,7	<0,001
Avis du patient notifié dans le dossier médical (%)	100 (n=49)	40,47 (n=17)	<0,001
Accord/Information des proches notifiés dans le dossier médical (%)	71,4% (n=35)	50% (n=21)	0,051
Prescription d'une sédation-analgésie (%)	87,75 (n=43)	80,95 (n=34)	0,427
Présence d'un protocole d'augmentation des sédations (%)	81,39 (n=35)	64,70 (n=22)	0,045
Patients extubés après LAT (%)	27 (n=13)	21,4 (n=9)	0,639

Tableau 2. Cadre légal des LAT avec et sans fiche.



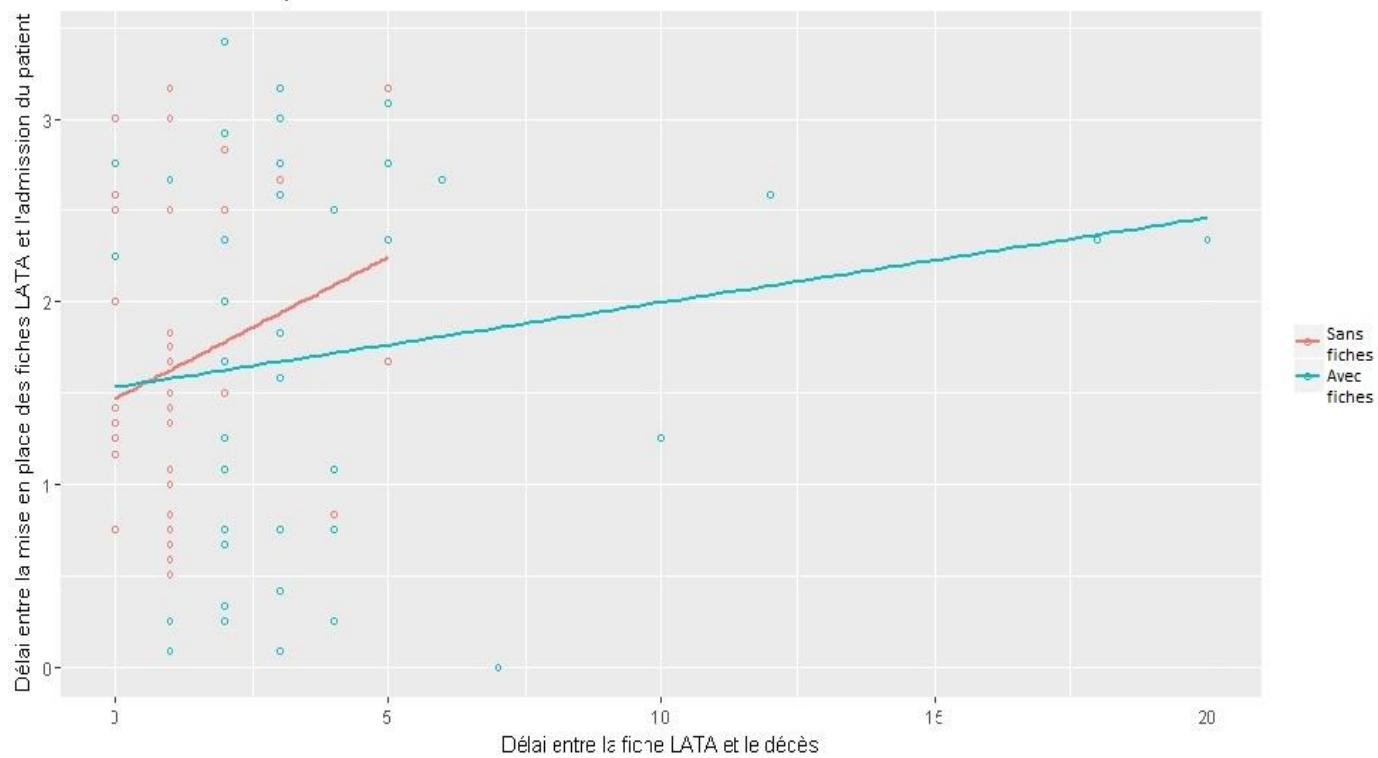
Graphique 4. Spécialités médicales impliquées dans les discussions de LAT (plusieurs spécialités peuvent être impliquées pour un même patient)

Nombre médecins	1	2	3	4	5
Sans fiche	29,7 % (n=15)	43,2 % (n=21)	16,2 % (n=8)	8,1 % (n=4)	2,7 % (n=1)
Avec fiche	4,7 % (n=2)	26,1 % (n=11)	26,1 % (n=11)	26,1 % (n=11)	16,6 % (n=7)
Total avec ou sans fiche	18,6% (n=17)	35,1% (n=32)	20,7% (n=19)	16,4 % (n=15)	8,7 % (n=8)

Tableau 3. Nombre de médecins décisionnaires lors de la mise en place d'une LAT

	Fiches LAT	Sans fiches LAT	P
Proportion de patients ayant bénéficié d'examens complémentaires (%)	79	52	-
Total de TDM effectués	74	30	-
Total d'IRM effectués	10	0	-
Total d'EEG effectués	29	11	-
Total de potentiels évoqués effectués	7	0	-
Nombre d'examens moyens par patients (\pm écart type)	3,99 \pm 4,9	2,25 \pm 2,66	0,08

Tableau 4. Comparaison des examens complémentaires réalisés entre le groupe avec fiche et celui sans fiche LAT



Graphique 5. Corrélation entre l'expérience du service avec les fiches LAT et le délai LAT-décès (en jours). Rho de corrélation= 0,168, $p= 0,10$

2) Résultats des questionnaires adressés aux personnels paramédicaux

Nous avons réalisé un recueil grâce à des questionnaires papiers distribués à toutes les personnes travaillant en tant que paramédicaux au sein du service de réanimation neurochirurgicale de Rouen durant le mois de mai 2016.

Le taux de réponse au questionnaire est de 81,23% (39 réponses sur 48 personnes interrogées).

FONCTION	n=nombre de personnes	% total
Infirmières diplômées d'état	23	58,9
Aides-soignantes	16	41,02

Tableau 5. Répartition des personnels paramédicaux ayant répondu au questionnaire LATA

FONCTION	Quart de jour (n)%	Quart de nuit (n)%
Infirmières	(15) 65.12	(8) 34.78
Aides-soignantes	(10) 62.5	(6) 37.5
Total	(25) 64,10	(14) 35.89

Tableau 6. Répartition des personnels en fonction des quarts de nuit et de jour

QUESTIONS POSEES AUX PERSONNELS PARAMEDICAUX	Infirmières (n)%	Aides-soignantes (n)%	Total (n)%
S'estiment suffisamment informés de la décision d'une LAT pour leurs patients	(13) 53.52	(4) 25.0	(17) 43,58
Estiment que le point de vue du soignant est pris en compte	(7) 30.43	(2) 12.50	(9) 23.07
Se transmettent la notion d'une LAT durant leurs transmissions	(23) 100	(14) 87.50	(37) 93.87
Estiment trop long le délai entre la décision de LAT et l'arrêt des soins	(11) 47.82	(14) 87.50	(25) 64.10
Ont déjà du informer le MAR de garde d'une LAT pour un patient	(11) 47.82	(1) 6.25	(12) 30,76
Ont déjà participé à un staff éthique	(16) 69.56	(7) 43.75	(23) 51,28
Pour ceux ayant <u>participé au staff</u>, celui-ci leur a permis de revenir sur une prise en charge qui leur a posé question	(15) 93.75	(5) 71.42	(20) 86.95
Ont déjà été en <u>désaccord</u> avec une décision de LAT	(8) 34.78	(1) 6.25	(9) 23,07
Ont <u>mentionné leur désaccord</u> à un membre de l'équipe médicale	(6) 75.0	(1) 100	(7/9) 77.77
L'échange avec un membre de l'équipe médicale a permis de modifier la prise en charge	(2) 33.33	(0) 0	(2/7) 28.57
Estiment recevoir suffisamment d'informations médicales pour participer aux discussions collégiales	(8) 34.7	(2) 12.5	(10) 25,64
Estiment qu'il existe une attitude consensuelle au sein de l'équipe médicale	(18) 78.26	(9) 56.25	(27) 69.23

Tableau 6. Perception des LAT en général par les personnels paramédicaux.

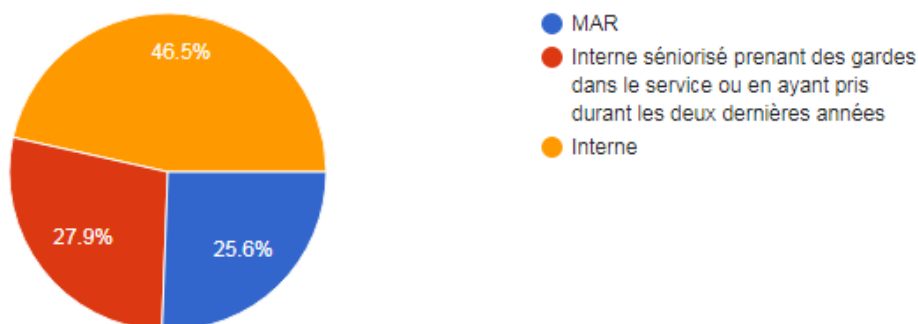
QUESTIONS POSEES AUX PERSONNELS PARAMEDICAUX	Infirmières (n)%	Aides-soignantes (n)%	Total (n)%
Estiment satisfaisantes les informations données aux familles	(20) 86.95	(9) 56.25	(29) 74.35
Se sentent en difficultés lors de l'application des LAT liée à l'absence des médecins	(4) 17.39	(1) 6.25	(5) 12.82
Se sentent en difficultés lors de la mise en place des LAT par des délais de réalisation trop longs	(6) 26.08	(8) 50.0	(14) 35,89
Se sentent en difficultés lors de la mise en place des LAT par des posologies de sédations peu claires/mal expliquées	(5) 21.17	(1) 6.25	(6) 15.38
Envisagent difficilement l'extubation dans le cadre d'une LAT	(10) 43.47	(7) 43.75	(17) 43.58
Envisagent difficilement la majoration des sédations	(0)0	(0)0	(0)0
Envisagent difficilement la décision d'abstention chirurgicale	(1)2.32	(0)0	(1)4.51

Tableau 7. Perception de la mise en application des LAT

3) Résultats des questionnaires adressés aux médecins.

Au total, 43 personnes sur 50 interrogées (86%) ont répondu à notre questionnaire adressé par e-mail avec réponses anonymes collectées entre mai et septembre 2016

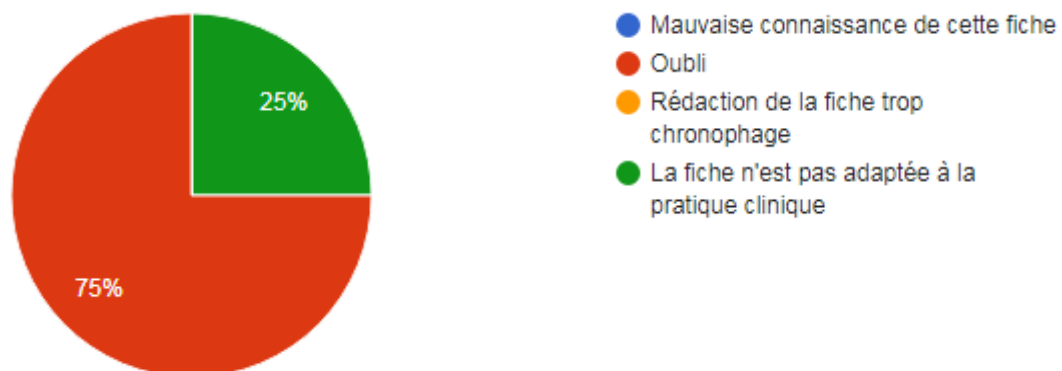
La population étudiée concernait les Médecins anesthésistes-réanimateurs (Praticiens hospitaliers, chefs de clinique et médecins extérieurs prenant des gardes dans l'unité), les internes séniorisés travaillant en journée dans le service et ceux prenant uniquement des gardes, et enfin les internes en stage dans l'unité pour une durée de 3 mois.



Graphique 5. Répartition des médecins interrogés selon leurs grades.

Questions posées aux médecins	OUI	NON
Prise de décision d'une LAT durant une garde	39,5	60,5
Existence d'un consensus d'équipe lors des décisions de LAT	100	0
Recours systématique à une fiche LAT lorsqu'une discussion est initiée	50	50
Mise en difficulté par une fiche LAT insuffisamment remplie	30,2	69,8
Formation éthique suffisante	46,5	53,5
Influence de l'avis des personnels paramédicaux	83,7	16,3
L'extubation semble une pratique envisageable après décision de LAT	92,9	7,1
Se sentent légitimes pour augmenter les doses de sédations-analgésie	100	0
Autorisent la présence des familles lors de la mise en application des LAT	81,4	18,6

Tableau 8. Perception des LAT par les médecins (résultats en %)



Graphique 6. Causes liées à la non-utilisation de la fiche par les MAR

IV) Discussion

1. Critère principal : Présence ou non d'une fiche spécifique LAT

Le taux de fiches LAT retrouvées dans le dossier médical est de 53% pour les patients décédés après décision d'un arrêt ou d'une limitation de soins entre mai 2013 et août 2016. Ce taux coïncide avec les données l'étude multicentrique EPILAT réalisée en 2015 (52%)[25].

Nous avons observé que le nombre de LAT est stable dans le temps ainsi que le taux d'absence de fiche durant la période de notre étude. Les médecins sont donc habitués à cette prise de décision mais l'utilisation de la fiche n'est pas systématique, alors qu'on aurait pu penser que le fait d'utiliser cette fiche au fil des mois la rendrait incontournable.

Ce taux nous a surpris et nous avons cherché pourquoi certains malades n'en bénéficient pas. Les comptes rendus d'hospitalisation stipulent bien une démarche d'arrêt de soins décidée par l'équipe médicale et des mots sont écrits dans l'observation, sans toutefois avoir recours à la fiche spécifiquement dédiée à cet effet. Nous avons dissocié deux facteurs pouvant être à l'origine de l'absence : l'un en lien avec les caractéristiques du patient et l'autre lié à la procédure de rédaction de LAT.

a) Caractéristiques des patients

Une des principales différences observées entre les deux groupes est la gravité neurologique initiale.

Une des hypothèses pour expliquer l'absence de fiche dans la population des patients sans fiche est que les malades sont d'emblée plus graves et avec un pronostic plus sombre dès l'entrée en réanimation.

La gravité paraît évidente lorsque l'on compare les scores de Glasgow initiaux ($p < 0,05$) ainsi que l'état pupillaire avec un taux de mydriases plus important chez les patients sans fiches ($p < 0,01$). La plupart de ces patients sont estimés comme au-delà des ressources thérapeutiques : taux de passage en état de mort

encéphalique après l'admission de 19% (n= 8) et la moitié sont d'emblée récusés pour la chirurgie. Ces patients intubés et ventilés admis en réanimation sont donc pris en charge très rapidement vers un accompagnement de fin de vie car aucune thérapeutique raisonnable ne peut leur être proposée.

Cela implique une possible remise en question de l'argument d'entrée en réanimation s'il semble que l'évolution défavorable est inexorable. Cependant, il existe peu d'alternatives à l'entrée en réanimation pour ces patients. Par exemple où hospitaliser un patient âgé avec une inondation tétraventriculaire massive qui aurait été intubé par le SAMU au domicile en raison d'un score de Glasgow péjoratif en l'absence de diagnostic radiologique?

De ce constat découle la deuxième différence significative entre nos deux groupes qui est le délai entre l'entrée du patient en réanimation et la décision de LAT, 1.13 jours dans le groupe sans fiche versus 3.37 jours dans le groupe avec fiche ($p<0,01$). Ces patients au-delà de toute ressource sont très logiquement vite réorientés vers une LAT une fois la famille vue et informée.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres items expliquant l'absence de rédaction de fiche liés au patient.

Par exemple, la comparaison des scores IGS2 d'entrée n'est pas probante ($p=0.068$) car ce score n'est pas un bon indicateur chez les patients cérébro-lésés. En effet, tout patient ayant une pathologie neurochirurgicale admis en urgence en réanimation et ayant un score de Glasgow < 6 avec une assistance ventilatoire aura au minimum un score IGS à 40 et une mortalité prédite de près de 25% [26]. Ainsi un patient qui entrerait Glasgow 5 pour hydrocéphalie aigue prise en charge en urgence a le même score qu'un patient en mydriase bilatérale et Glasgow 3, sans réflexes du tronc cérébral, alors que leurs pronostics sont totalement différents.

Les autres facteurs tels que l'âge, ou les antécédents de néoplasie ne ressortent pas comme facteurs conditionnant la décision d'une LAT.

b) Causes inhérentes à la procédure de rédaction d'une LAT

Certaines études notamment celle de Signouret et al en 2012 [27] ont constaté des résultats similaires aux nôtres concernant la prévalence des fiches LAT. Elles évoquent la rigidité de ce type d'outil ainsi que la banalisation de la fin de vie dans une discipline qui malheureusement est « habituée » à ce type de situations.

Une autre observation que nous pouvons faire est l'importance du nombre de médecins ayant eu à prendre une décision de LAT durant une garde. Selon notre questionnaire, cela concerne 39,5% des personnes. Cela peut être par méconnaissance de son existence si ce sont des médecins extérieurs au service qui prennent la garde, ou par manque de temps sur une période de garde où le MAR est seul. En effet cette fiche ne figure pas dans le dossier médical papier initial et doit être intégrée secondairement.

Enfin, on constate que 67,5% des médecins ayant répondu à notre étude s'estiment insuffisamment formés à la prise de décision et la mise en application des LAT. C'est pourtant une pratique répandue puisque la majorité des patients décède après ce type de décision. Cela peut être un facteur qui freine les médecins à la réalisation de cette fiche par « peur de mal faire ».

Par ailleurs, en réinterrogeant à distance les MAR de l'équipe, ceux-ci disent ne pas la remplir dans 75% des cas par oubli.

Le questionnement sur la légitimité d'une LAT est particulier en Réanimation Neurochirurgicale. Il existe une différence importante entre les décisions de LAT précoces (<5 jours) et les tardives.

Les LAT précoces sont faites chez des patients en défaillance multi viscérale réfractaires aux traitements, ou ayant des antécédents de néoplasie majeurs ou étant en mydriase persistante avec des scores de Glasgow <4. Chez ces patients, la mort est inévitable. On constate en conséquence un taux de feuilles LAT moins élevé.

Pour les décisions de LAT plus tardives, la décision éthique, indissociable de l'acte technique, amène à plus de discussion.

En effet, la survie de nos patients résulte de multiples actes médicaux et chirurgicaux. Certains sont alors dans un état végétatif ou pauci-relationnel au bout de plusieurs semaines de réanimation. Comme l'a dit le Professeur Puybasset en 2008 « eu égard au concept de proportionnalité des soins, cette réanimation peut être jugée comme un acharnement thérapeutique. Cependant, ce constat ne peut être fait qu'a posteriori » [28]

L'équipe se pose la question d'une LAT au-delà de la phase aigüe, lorsqu'un retour à une vie relationnelle semble impossible. A ce stade, plusieurs semaines après le traumatisme initial, la mort n'est plus inéluctable, et est en « balance avec la survie dans un état neurologique catastrophique » [28]. Il est donc tout à fait logique d'avoir plus d'intervenants et d'actes d'imageries et de neurophysiologie chez ces patients.

2. Critères secondaires :

Il nous a semblé intéressant pour les objectifs secondaires d'utiliser l'intégralité des données recensées, qu'il y ait une fiche ou non au vu des effectifs limités dans chaque groupe.

En effet, même en l'absence de fiche type, nous avons retrouvé des traces écrites en adéquation avec le cadre légal dans le dossier médical des patients.

a. Collégialité :

L'importance d'une collégialité lors d'une décision de soin est une notion connue des professionnels médicaux, mais l'interprétation personnelle du sens de la collégialité est moins consensuelle.

La définition retrouvée dans le dictionnaire de la « collégialité » est : « Forme d'organisation du pouvoir confiant la fonction exécutive à plusieurs personnes » (définition selon le Larousse [29]). Cette notion de « plusieurs » est connue. La procédure collégiale menant à la décision de LAT est définie à l'article 37 du

Code de déontologie médicale [5]. Elle implique, selon une version datant de 2009, « le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soin et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, sans lien hiérarchique avec le médecin en charge. » ; le consultant n'est pas une personne ayant en charge le patient. Cette notion de personne extérieure au dossier est souvent méconnue comme intégrant la collégialité.

Dans le cadre de notre étude, nous allons tout d'abord étudier le personnel médical participant à une décision de LAT.

Le nombre de médecins participant à la décision de LAT diffère entre les deux groupes ($p < 0.001$).

Il y a eu le nom d'un seul médecin décidant la LAT dans 17 dossiers, soit 18,68 % des cas. Dans la majeure partie des cas il n'y avait pas de fiche retrouvée.

Nous n'avons pas pu retrouver dans les dossiers si cela pouvait être expliqué par une décision prise lors d'une garde par un médecin seul car seulement la date est signifiée mais pas l'heure de décision.

Dumont et al en 2010 [30] a évalué les pratiques des médecins anesthésistes-réanimateurs et montre que 49 % ont déjà pris seuls une décision de LAT en situation d'urgence, ce qui est confirmé par nos questionnaires auprès des médecins durant leurs gardes en neuroréanimation

Toute l'ambiguïté et la difficulté de prise de décision lors de gardes est mise en évidence par les recommandations de la SRLF en 2008 [9]: « L'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale, selon les termes définis par la loi, ne permet pas d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements. Néanmoins, ces deux situations ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable (augmentation sans limite des catécholamines, dialyse, etc..) si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance (quelques heures). »

Certaines pathologies ou états cliniques au pronostic sombre (néoplasies évolutives, défaillance neurologique grave avec évolution certaine vers un état de mort encéphalique à court terme) apparaissent aux yeux du praticien comme une

situation pour laquelle la limitation semble plus « évidente » et donc engage moins de discussion et de collégialité. Ceci est confirmé par un taux important de patients passant en état de mort encéphalique rapidement après l'admission (15,38% soit n=14)

Pour tous les autres cas (n=74), il y a eu de 2 jusqu'à 5 médecins intervenants dans la prise de décision.

Intéressons-nous ensuite à la présence du « consultant », tel que l'article 37 le précise [5]. Sans compter l'importante participation des neurochirurgiens, dont certains prenaient part à la prise en charge des patients, les médecins étaient pour la plupart des neurologues ou des neuroradiologues, bien habitués ce type de pathologies.

La majorité des patients concernés par une décision de LAT (59% avec fiche vs et 41% sans fiche) a bénéficié de l'avis d'un médecin extérieur, n'ayant aucun lien de hiérarchie avec le médecin à l'origine de la discussion.

Ce taux de 59% n'est pas en accord avec les dires de Nancy Kentish-Barnes [31] auteur de « Mourir à l'heure du médecin » dans les revues françaises de sociologie, » qui rapporte que l'autonomie et l'autorégulation des services de réanimation ont une influence directe sur la manière de mourir et le processus décisionnel se caractérise par l'exclusion de tiers extérieurs. Les équipes de réanimation se sont appropriées la production de la mort ». Plusieurs éléments peuvent donc être mis en avant : la volonté d'avoir le contrôle exclusif du travail qui leur revient, la remise en cause d'une identité professionnelle et, au fond, l'existence d'un conflit d'intérêts.

Même si ce taux de 59% n'est pas optimal, puisque l'intervention d'un médecin extérieur est stipulée dans la loi, le tiers n'est pas « exclu » dans le service de Réanimation Neurochirurgicale. D'autres études observationnelles ont retrouvé des taux de consultants extérieurs inférieurs (35%) [32].

Le médecin extérieur est le plus souvent un médecin de la structure CHU, et non pas un médecin hors CHU type médecin traitant

A l'avenir, et afin de faire le lien entre médecine de ville et réanimation, ce qui est de plus en plus d'actualité, il serait intéressant d'impliquer dans la discussion les médecins généralistes qui ne sont que trop peu sollicités comme le montre une

étude réalisée en 2006 par E.Ferrand et al.[33]. Celle-ci objective que seulement 14.9% des médecins interrogés avaient été sollicités pour participer à la réflexion amenant à une décision d'arrêt ou de limitation thérapeutique au cours de l'année. Cella est appuyé par la loi du 4 mars 2002 [34] qui a amené une nouvelle perspective à la légitimité du médecin traitant lors de ces décisions, en lui permettant d'être la personne de confiance du patient et de le représenter dans le cas où celui-ci serait hors d'état d'exprimer sa volonté

Ensuite, regardons l'implication de l'équipe de soins, qui fait partie intégrante de la collégialité comme cela est stipulé dans l'article 37 [5].

Le nom de l'infirmier prenant en charge le patient au moment de la décision de LAT est rarement notifié dans les dossiers médicaux ou sur les fiches LAT, même si selon le questionnaire adressé aux médecins l'avis des paramédicaux les influencent.

La mise en place d'une LAT est moins souvent colligée dans les dossiers paramédicaux chez les patients n'ayant pas de fiche. La discussion collégiale n'ayant pas pu être mise en place avec l'équipe de soins, le personnel paramédical est donc peu ou pas informé de la décision et celle-ci n'est pas transmise de façon formelle dans le dossier

b. Ressenti des équipes paramédicales :

Nous constatons en analysant les questionnaires qu'il existe une différence de vécu entre les médecins et le personnel paramédical.

Selon notre questionnaire auprès des personnels paramédicaux du service de réanimation neurochirurgicale, une petite moitié seulement des soignants estiment recevoir suffisamment d'informations au sujet de leurs patients pour lesquels a été décidé une LAT. Plus grave encore est le fait que seulement un quart s'estime écoutés lors d'une décision. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans une étude réalisée en réanimation du CHU de Rouen en 2016 (24,4%) [35]

On peut en premier lieu s'interroger sur la formation du personnel para médical en terme de LAT.

Les données d'une étude menée conjointement entre la SFMU et la SRFL en 2011 [36], faisant un état des lieux de la formation initiale des personnels paramédicaux en France à ce sujet sont intéressantes. Ils notent une volonté marquée dans le nouveau programme de formation d'amener les professionnels infirmiers à une réelle réflexion sur l'éthique. Cependant il n'y a pas de formation à l'implication et l'aide à la prise de décision du médecin. Les paramédicaux sont formés aux transmissions des données recueillies lors de soins et au rôle d'accompagnement du patient en fin de vie uniquement lors des soins palliatifs.

Une enquête réalisée par Breen en 2001 [37] objective que 46% des répondants expriment vivre des conflits lors de la prise de décision d'arrêter le traitement.

Sawatzky et al en 1996 [38], met en évidence les stressseurs les plus fréquents et les plus intenses qui sont: la responsabilité professionnelle, le processus décisionnel et la prolongation non-nécessaire de la vie.

Nous retrouvons cela lorsque nous interrogeons le personnel soignant et que plus d'un tiers d'entre eux (36%) estiment trop long le délai entre la prise de décision et la fin effective des soins c'est-à-dire le décès du patient. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une réduction des délais entre la décision de LAT et le décès, même en présence de fiche.

Il existe régulièrement une différence de points de vue entre médecins et paramédicaux. Faut-il forcément une unanimité dans les décisions ?

Le consensus ne peut être considéré comme une garantie éthique en soi. Ce qu'il importe d'atteindre, c'est l'absence d'opposition nette ou de doute sérieux émis par un ou plusieurs des participants. La loi laisse la possibilité au médecin en charge du malade de prendre une décision qui ne soit pas partagée avec la personne de confiance, les proches ou les membres de l'équipe paramédicale [8].

Il y a une grosse différence de ressenti de l'implication de chacun, selon que l'on appartient au groupe médical ou paramédical : 100% des médecins interrogés estiment qu'il existe une attitude consensuelle de la part de l'équipe alors que seulement 2/3 des paramédicaux le pensent.

Un point intéressant du questionnaire est le fait que ces désaccords ou incompréhension peuvent être formulés lors de staff dédiés, avec l'expression des incompréhensions paramédicales et des explications données en retour par l'équipe médicale.

On note aussi que la plupart des médecins se disent influencés par l'avis des paramédicaux. Ces derniers ont pu manifester régulièrement leur désaccord avec une décision, entraînant une nouvelle prise en charge dans 18% des situations.

Ces données attestent donc de la nécessité d'un dialogue entre l'équipe médicale et paramédicale. Il doit être impérativement être privilégié à l'avenir.

c. Information des proches et implication dans la décision:

Celle-ci est signifiée dans plus de 70% des cas lorsqu'une fiche est rédigée, ce qui est au-dessus des valeurs retrouvées (44%) par l'équipe ayant réalisé l'étude LATAREA en 2001 [39].

En cas de pronostic fatal, l'information des proches, sauf opposition exprimée par le patient, est requise. Dans le cas d'une décision de limitation ou d'arrêt de traitements, la loi du 22 avril 2005 [2] prévoit la consultation des proches mais ne leur attribue pas un rôle décisionnel.

Malgré cela et quel que soit le contexte, nous devons nous attacher à informer toutes les familles.

d. Concernant la précision de l'avis du patient et la recherche de directives anticipées :

Il est noté dans 100% des cas en présence de fiche que l'avis du patient a été recherché. Les éléments retrouvés dans la littérature ne corroborent pas nos chiffres: l'étude LATAREA [39] avance que celui-ci est recherché dans seulement 8% des cas.

Cependant, la recherche de « directives anticipées » dans 100% des cas nous semble un résultat erroné au vu de la pratique clinique, certainement due à une confusion entre directives anticipées au sens légal et souhaits du patients évoqués oralement et/ou projection familiale sur ce qu'aurait dit le patient. En effet, la notion de directives anticipées repose sur des consignes écrites colligées avec un médecin référent. En pratique les souhaits du patient sont recherchés à l'oral avec le patient lui-même ou ses proches.

Selon l'Observatoire national de la fin de vie [40], seuls 2% des français avaient rédigés en 2014 leurs directives anticipées. De plus, le type de patients que nous rencontrons en Réanimation Neurochirurgicale est différent de ceux porteurs d'une maladie neurodégénérative, l'anticipation de la fin de vie est donc une situation extrêmement rare pour l'équipe médicale.

La loi prévoit la consultation de la personne de confiance pour que celle-ci témoigne des souhaits et des préférences du patient. En aucun cas la personne de confiance n'a de rôle décisionnel.

Le principe de la personne de confiance est difficilement applicable en réanimation dans la mesure où, dans la plupart des situations, le patient n'a pas identifié cette personne préalablement à son admission. Pour l'équipe médicale, l'identification d'un interlocuteur référent parmi les proches peut alors être problématique. Selon une enquête réalisée auprès de médecins hauts normands en 2014 [41], ces derniers considèrent qu'un proche non nécessairement désigné avant l'admission en réanimation mais lié affectivement au patient ou connaissant son histoire ou ses souhaits représenterait un interlocuteur adapté.

e. Primauté des mesures de confort et des soins palliatifs :

Les patients ayant été considérés comme non sédatisés sont ceux n'ayant reçu ni morphiniques ni hypnotiques.

14 de nos patients sont dans ce cas.

5 sont passés rapidement en état de mort encéphalique rapidement, ce qui explique l'absence de sédations prescrites.

Nous devons tout de même, rechercher les facteurs qui expliqueraient l'absence de prescription d'une sédation-analgésie chez ses patients en fin de vie. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

La première est la rapidité de la dégradation de l'état du malade après son arrivée en réanimation. Le médecin n'ayant alors pas le temps de mettre en place les sédations adaptées, mais cela ne concerne qu'une infime partie des patients si l'on considère les durées d'hospitalisation moyennes.

Une autre hypothèse est le questionnement de certains sur la légitimité d'introduire une sédation chez des patients dans le coma. En effet, 2/3 des patients étaient au moment de la prise de décision de LAT avec un score de Glasgow à 3.

Les lois en vigueur entre 2013 et 2016 n'étaient pas très explicites sur la sédation à administrer aux malades en fin de vie. Prescrire une sédation à haut risque de dépression ventilatoire chez des patients dont la souffrance physique ou morale est difficile à analyser pouvait être sujet à controverse.

Des travaux conduits en IRM fonctionnelle par l'équipe du Coma Science Group à Liège [42] ont montré que la sensation de douleur était respectée dans les états pauci-relationnels. Elle est amoindrie, mais non abolie chez les patients neurovégétatifs. La diffusion de ces travaux à plus large échelle au sein même de la formation serait utile pour que l'utilisation de sédatifs chez ces malades soit permanente.

La formation des soignants a évolué durant notre étude, avec la mise en place de scores de sédation (BPS et RASS (voir annexes) [43][44]) par des MAR de l'unité. L'arrivée de scores a permis une prescription de sédation de manière plus aisée.

Nous avons observé la présence de protocoles de sédations dans 81.39% des cas avec fiche contre 66% des cas pour les patients sans fiches ($p=0.045$), avec une probable meilleure mise en application des prescriptions par les paramédicaux dans ses cas [9].

f. Pratique de l'accompagnement :

Nous avons pu contraster une grande divergence de vécu concernant la pratique de l'extubation entre les personnels paramédicaux et médicaux. En effet, moins de la moitié des paramédicaux estiment cela envisageable contrairement à une immense majorité des médecins interrogés. Cette divergence met clairement en évidence les différences de perception de chacun face à cette méthode d'arrêt du support ventilatoire.

Cette vision est appuyée par une enquête de pratique prospective publiée en aout 2016 par la SRLF [45] confirme cette divergence d'idées et met en avant les arguments positifs et négatifs relatifs à l'extubation.

Les arguments en défaveur de l'extubation sont :

- l'aspect violent et euthanasique du geste,
- la détresse générée dans l'entourage du patient,
- l'aspect conflictuel de cette pratique au sein des équipes.

Les arguments positifs envers l'extubation sont quant à eux en faveur :

- d'une démedicalisation de la mort,
- d'un temps plus court entre le geste et le décès
- l'absence d'ambiguïté en ce qui concerne le devenir du patient interdisant de ce fait tout faux espoir.

L'étude EPILAT réalisée en 2016 [25] montre que les patients ayant des scores de gravité sévères avec un motif d'admission en réanimation d'origine neurologique sont les patients les plus souvent extubés. En parallèle, une étude observationnelle réalisée dans 43 unités de réanimation françaises [46] tend à démontrer que l'interruption simultanée des techniques de suppléance vitale cardiorespiratoire s'adresse préférentiellement à des patients cérébrolésés.

Dans le cas d'un choix d'une procédure d'extubation en fin de vie, celle-ci doit reposer sur trois éléments : des décisions explicites (Décision de LAT, modalités), une communication de qualité et un soutien important des proches

V.BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

- Il existe un biais de sélection des dossiers. En effet, nous avons analysé les comptes rendu d'hospitalisation des patients décédés afin de statuer si la situation médicale décrite constituait effectivement une LAT. Nous avons ensuite étudié ces dossiers médicaux spécifiés LAT. Il se peut qu'une omission de la LAT spécifiée dans le CRH ait entraîné un défaut de recensement.
- Un second biais existe du fait du caractère rétrospectif de notre étude : Pour les patients dont la fiche LAT n'a pas été retrouvée directement dans les dossiers, les paramètres recherchés se trouvaient dans les dossiers médicaux, paramédicaux et les feuilles de prescriptions. Ces paramètres dépendent donc de la qualité de la tenue de ces documents car il se peut que des feuilles aient été perdues.
- Compte tenu du turn-over important des personnels paramédicaux dans les services de réanimation, nos questionnaires leur étant adressés ne peuvent être interprétés qu'en comparaison au moment où il leur a été diffusé et non pas en parallèle avec l'évolution des fiches LAT sur ces trois dernières années.

VI. Perspectives d'amélioration

La Réanimation Neurochirurgicale doit prochainement être incluse dans la procédure de prélèvements d'organes type Maastricht III. La loi impose un cadre strict aux procédures de LAT dans ce contexte, ce qui nous entraîne à élever le regard sur nos pratiques. Cette étude nous permet de mettre en avant les points principaux à améliorer au sein de l'unité :

- Nous avons constaté que le taux de remplissage des fiches LAT n'est pas optimal. Aux vues du turn over des équipes, cette procédure impérative doit régulièrement être rappelée à l'ensemble du personnel soignant. Des formations sont dispensées dans ce sens pour l'entrée des services dans le Maastricht III [47].
- Une grande perspective d'amélioration réside dans l'informatisation des dossiers médicaux depuis un an. La fiche LAT figure dans ces dossiers. Les pertes de données seront donc minimisées à l'avenir. Les différents items légaux y sont spécifiés. La rédaction de certains paramètres (collégialité notamment) pourraient être signifiée comme indispensable pour que la fiche puisse être validée.
- Les apports récents de la loi Claeys-Leonetti [7] au sujet de la sédation terminale nous aident sur la légitimité de prescrire une sédation adaptée à des patients n'exprimant pas leur douleur.
- La régularité des staffs éthiques doit être à l'avenir de mise. Ils permettent une information régulière des soignants au sujet des LAT, notamment des nouveaux arrivants. Ces staffs permettent aussi un temps de parole dédié autour de ce sujet, ce que les temps de transmissions ou de visite ne donnent pas. L'instauration d'un planning trimestriel de ces staffs serait à envisager, afin que chacun puisse se rendre disponible pour y participer.

VII. Conclusion

Plus de la moitié des patients qui meurent en Réanimation Neurochirurgicale décèdent après une décision de LAT. Ces décisions font partie du quotidien des équipes.

Malgré un cadre légal strict, on constate sur un relevé de dossiers durant 3 ans qu'il reste des pistes d'amélioration. Nous avons relevé que le taux de remplissage de fiches est moins élevé lorsque la prise de décision de LAT est précoce face à des malades dont la mort semble inéluctable. Il est utile de noter ces décisions, afin de marquer les réflexions prises autour de ces dossiers. L'inclusion probable de certains de ces malades dans des protocoles Maastricht III nous forcera à y être plus vigilants.

Des décisions amenant à accompagner des patients vers une fin de vie relèvent évidemment d'une implication humaine majeure. L'outil que représente la fiche LAT assisté de l'apport technique qu'est l'informatisation sont de belles perspectives d'amélioration pour assurer la rédaction et le suivi.

Il faut cependant régulièrement privilégier les contacts humains. Ils sont les seuls garants d'une bonne transmission d'informations, d'une compréhension des situations et d'un vécu partagé au sein des équipes.

VIII. Bibliographie

1. Robert G. Holloway and Timothy E. Quill, “Treatment Decisions after Brain Injury Tensions among Quality, Preference, and Cost,” n-perspective, May 12, 2010 NEJM p0907808.
2. “LOI N° 2005-370 Du 22 Avril 2005 Relative Aux Droits Des Malades et À La Fin de Vie,” 2005-370 (2005).
3. “Fiche de décision en vue d’une limitation ou arrêt des traitements,” SFAR - Société Française d’Anesthésie et de Réanimation, <http://sfar.org/espace-professionnel/outils-professionnels/boite-a-outils/fiche-de-decision-vue-dune-limitation-arret-traitements/>.
4. “Le Serment d’Hippocrate | Conseil National de l’Ordre Des Médecins,” <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>.
5. Code de La Santé Publique - Article R4127-37.
6. Rapport d’information fait au nom de la mission d’évaluation de la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005 Relative aux droits des malades et à la fin de vie. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287-t2.asp>.
7. “LOI N° 2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, 2016-87 .
8. E. Ferrand, “Les Limitations et Arrêts de Thérapeutique (s) Active (s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française,” *Réanimation* 11, no. 6 (2002): 442–449.
9. Actualisation des recommandations de la SRLF concernant les limitations thérapeutiques https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2008_-

[actualisation des-
recommandations de la SRLF concernant les limitations therapeutiques.pdf.](#)

10. A. Lienhart, L. Puybasset, S. Beloucif, G. Boulard. Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Ann Fr Anesth Réanimation*. nov 2006;25
11. D. Devictor, "Déterminants de la décision médicale," in *Enjeux éthiques en réanimation* (Springer Paris, 2010), 169–75
12. Moigne, "La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ?" 2010
13. Nicolas Weiss et al., "Clinical Review: Prognostic Value of Magnetic Resonance Imaging in Acute Brain Injury and Coma," *Critical Care* 11, no. 5 (2007): 230, <https://doi.org/10.1186/cc6107>.
14. Catherine Fischer et al., "Predictive Value of Sensory and Cognitive Evoked Potentials for Awakening from Coma," *Neurology* 63, no. 4 (August 24, 2004): 669–73.
15. N Kentish-Barnes "CAESAR : un nouvel instrument pour décrire l'expérience de la fin de vie en réanimation " *Réanimation* (2014) 24:S18-S21
16. "Haute Autorité de Santé - Élaborer et mettre en oeuvre des critères de qualité," https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1650474/fr/elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-criteres-de-qualite.
17. Philippe Colombat, Laurence Mitaine, and Séverine Gaudron, "Une Solution À La Souffrance Des Soignants Face À La Mort : La Démarche Palliative," *Hématologie* 7, no. 1 (March 16, 2001): 54–59.

18. Katherine H. Abbott, BA; Joni G. Sago, MD; Catherine M. Breen et al. Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support . *Crit Care Med* 2001; 29:197–201
19. P. A. Miller, S. Forbes, and D. K. Boyle, “End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Challenge for Nurses,” *American Journal of Critical Care* 10, no. 4 (July 1, 2001): 230–37.
20. Colombat P, Mitaine L, and Gaudron S, “Une Solution À La Souffrance Des Soignants Face À La Mort : La Démarche Palliative,” *Hématologie* 7, no. 1 (March 16, 2001): 54–59.
21. Paul Jenny, “La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs, Summary,” *InfoKara* 22, no. 1 (June 1, 2007): 3–12.
22. Edouard Ferrand et al., “Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions,” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 167, no. 10 (May 15, 2003): 1310–15
23. Edouard Ferrand et al., “Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses’ Perceptions: French Multicenter Mort-a-l’Hôpital Survey,” *Archives of Internal Medicine* 168, no. 8 (April 28, 2008): 867–75,
24. Mélanie Chastrusse et al., “[The law number 2005-370 of April 22, 2005 concerning the patients’ rights at the end-of-life: improvement of the withholding and withdrawing treatment decision-making process by an educational program. A monocenter prospective and retrospective pilot study],” *Presse Medicale (Paris, France: 1983)* 41, no. 10 (October 2012): e539-546,
25. Olivier Lesieur et al., “Withholding or Withdrawal of Treatment under French Rules: A Study Performed in 43 Intensive Care Units,” *Annals of Intensive Care* 5 (June 19, 2015)

26. J. R. Le Gall, S. Lemeshow, and F. Saulnier, "A New Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) Based on a European/North American Multicenter Study," *JAMA* 270, no. 24 (December 22, 1993): 2957
27. Thomas Signouret "Mise en place d'un protocole de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives dans un service de réanimation" Service de Réanimation HAP/HPD <http://slideplayer.fr/slide/448821/>.
28. "N° 1287 Tome 2 - Rapport D'information Fait Au Nom de La Mission D'évaluation de La Loi n°2005-370 Du 22 Avril 2005 Relative Aux Droits Des Malades et À La Fin de Vie."
29. Éditions Larousse, "Définitions : Collégialité - Dictionnaire de Français Larousse," <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coll%C3%A9gialit%C3%A9/17189>.
30. R. Dumont et al., "[Withholding or withdrawing of life sustaining therapies in emergency context. Perception by anaesthesiologists]," *Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation* 29, no. 6 (June 2010): 425–30, <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.01.019>.
31. Nancy Kentish-Barnes, "« Mourir à l'heure du médecin »,» *Revue française de sociologie* 48, no. 3 (October 4, 2007): 449–75.
32. Hugues Soufflet « Extubation en fin de vie : étude pilote monocentrique rétrospective » Thèse de doctorat en médecine – Faculté de médecine de Nantes 2015
33. E Ferrand et al., "Participation of French General Practitioners in End-of-life Decisions for Their Hospitalised Patients," *Journal of Medical Ethics* 32, no. 12 (December 2006): 683–87

34. “LOI N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,” 2002-303 § (2002).
35. Charlotte Godeberge « Limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation chirurgicale/ mise en place et évaluation d’une fiche d’aide à la décision de LAT » Thèse de Doctorat en médecine 2016. Faculté de médecine de Rouen.
36. Y. CROGUENNEC et al., “L’équipe soignante dans la décision de limitation ou d’arrêt des traitements. Rôle et implication des paramédicaux,” http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/L_equipe_soignante_dans_la_decision_de_limitation_ou_d_arret_des_traitements-_Role_et_implication_des_paramedicaux.pdf.
37. C. M. Breen et al., “Conflict associated with decisions to limit Life-Sustaining Treatment in Intensive Care Units,” *Journal of General Internal Medicine* 16, no. 5 (May 2001): 283–89.
38. Jo-Ann V. Sawatzky, “Stress in Critical Care Nurses: Actual and Perceived,” *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 25, no. 5 (September 1, 1996): 409–17, [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(96\)80084-7](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(96)80084-7).
39. E. Ferrand et al., “Withholding and Withdrawal of Life Support in Intensive-Care Units in France: A Prospective Survey. French LATAREA Group,” *Lancet (London, England)* 357, no. 9249 (January 6, 2001): 9–14.
40. Rapports CNSPFV : <http://www.spfv.fr/connaitre-donneessur-fin-vie/rapports>.
41. JB Hardy , S Gelinotte , PL Declercq et al. « Interlocuteur référent en réanimation : le point de vue des professionnels exerçant en réanimation » *Réanimation* (2014) 24:S18-S21

42. Mélanie Boly et al., “Perception of Pain in the Minimally Conscious State with PET Activation: An Observational Study,” *The Lancet. Neurology* 7, no. 11 (November 2008): 1013–20, [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70219-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70219-9).
43. J. F. Payen et al., “Assessing Pain in Critically Ill Sedated Patients by Using a Behavioral Pain Scale,” *Critical Care Medicine* 29, no. 12 (December 2001): 2258–63.
44. E. Wesley Ely et al., “Monitoring Sedation Status over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS),” *JAMA* 289, no. 22 (June 11, 2003): 2983–91, <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>.
45. “Fin de Vie : Extubation Ou Sevrage Ventilatoire ? Une Enquête Pour Tenter de Répondre À La Question.,” *SRLF* (blog), <http://www.srlf.org/reactu/fin-de-vie-extubation-sevrage-ventilatoire-enquete-tenter-de-repondre-a-question/>.
46. O Lesieur , M Leloup , N Girard , MF Mamzer « Limitation ou arrêt des thérapeutiques en réanimation : l’interruption simultanée des techniques de suppléance vitale cardio-respiratoire est préférentiellement mise en œuvre chez les patients cérébrlésés », *Epilat study group Réanimation* (2014) 24:S18-S21
47. Kootstra G, Daemen JH, Oomen AP. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc* 1995; 27: 2893-2894

IX. Annexes

1) Fiche LAT utilisée en Réanimation Neurochirurgicale

Service de réanimation neurochirurgicale. CHU de Rouen

PROCEDURE LATA

Identité patient (étiquette):

Date

Date d'entrée dans le service :

Rédigé par :

Motif d'hospitalisation :

Référent chirurgical :

Médecin traitant :

Initiation de la démarche (équipe médicale/paramédicale, famille, personne de confiance) :

Directives anticipées (oui/non, si oui préciser):

Personne de confiance :

I- CONTEXTE DE REFLEXION SUR L'INTENSITE DES TRAITEMENTS EN COURS

● Résumé du séjour :

● Comorbidités :

● Autonomie, qualité de vie avant l'admission en réanimation :

● Contexte socio-familial :

Date(s) de discussion (préciser niveau de soins engagé avant et après discussion : poursuite thérapeutique, limitation thérapeutiques actives ou arrêt des thérapeutiques actives):

-
-
-

Service de réanimation neurochirurgicale. CHU de Rouen

II- FICHE DE DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES TRAITEMENTS (n°)

Rappel identité patient :

Date :

● Personnes présentes (préciser la fonction) :

● Situation actuelle du patient à la date de la discussion :

● Discussion :

● Avis d'un médecin extérieur :

● Avis du médecin traitant :

● Volonté/ressenti des proches :

● Aptitude du patient à s'exprimer (oui/non, si oui préciser) :

● **Synthèse :**

Décision finale :

- Poursuite des thérapeutiques actives**
- Limitation des thérapeutiques actives**
- Arrêt des thérapeutiques actives**

Information à la famille (date information :):

- En accord avec la décision**
- En désaccord**

Non vue

Service de réanimation neurochirurgicale. CHU de Rouen

III- MODALITES DE LA DECISION DE LATA

Soins à poursuivre quelque soit la décision :

Nursing/soins de confort

Antalgiques/sédation

Tous les soins nécessaires au confort du patient...

Niveau de soins instauré (cocher la case correspondante) :

POURSUITE DES SOINS

LIMITATION DES THERAPEUTIQUES ACTIVES :

	Oui	
Oui		
Pas de massage cardiaque/CEE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas d'épuration extra-rénale
Pas de trachéotomie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas d'intubation
Pas d'oxygénothérapie (si non intubé) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de kinésithérapie
Pas de ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de VNI
(FiO2 max :)		(FiO2 max :)
Pas de médicaments dérivés du sang <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de nutrition
Pas de maintien de la DVE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de repose de DVE
Pas d'instauration d'inotropes d'antibiothérapie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas d'instauration

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Pas de maintien des inotropes | <input type="checkbox"/> | Pas de maintien des antibiotiques | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | déjà instaurés | |
| (si non dose max :) | | Allègement des surveillances | |
| Pas d'examens complémentaires : | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| - Radio pulmonaire | <input type="checkbox"/> | (si oui toutes les | h) |
| - TDM | <input type="checkbox"/> | | |
| - Bilans sanguins | <input type="checkbox"/> | | |

ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | |
| Massage cardiaque externe | <input type="checkbox"/> | |
| Arrêt/limitation de la ventilation mécanique | <input type="checkbox"/> | |
| (modalités à réévaluer selon évolution) | | |
| VSAI (FiO2 0,21) | <input type="checkbox"/> | |
| Extubation/décanulation | <input type="checkbox"/> | |
| Pas d'épuration extra-rénale | <input type="checkbox"/> | |
| Pas de médicaments dérivés du sang | <input type="checkbox"/> | |
| Pas d'oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> | |
| Pas de traitement inotrope | <input type="checkbox"/> | |
| Pas d'examens complémentaires | <input type="checkbox"/> | |
| Clampage/Ablation de la DVE | <input type="checkbox"/> | |
| Surveillances allégées (si oui toutes les | h) | <input type="checkbox"/> |
| Arrêt d'autres traitements | <input type="checkbox"/> | |
| si oui préciser lesquels : | | |

Remarques éventuelles :

Date :

Nom et signature du médecin

référent :

2) Questionnaires adressés aux personnels paramédicaux.

Questionnaire LATA

Bonjour à tous,

Depuis maintenant environs deux ans, une "Fiche LATA" à été mise en place dans le service de réanimation neurochirurgicale afin d'améliorer la prise en charge des patients, la continuité des soins ainsi que la communication au sein de l'équipe soignante.

Dans le cadre de mon travail de thèse encadré par le Dr Marie Gilles-Baray , s'intéressant à l'évaluation de cette fiche et des LATA en général, il me faut votre point de vue en tant que soignants. Il est important que je puisse avoir vos réponses afin d'être exhaustive et de pouvoir réaliser les améliorations correspondantes.

Les questions qui suivent ne concernent pas un patient donné mais doivent être interprétées sur votre ressenti global de la prise en charge des patients durant ces deux années.

Je vous remercie par avance de vos réponses et je reste disponible à toutes questions via mon mail : bailleul.a@gmail.com

1) Vous êtes:

- IDE - de jour - de nuit
- AS - de jour - de nuit

2) Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informés de la décision de LATA ?

- OUI
- NON

3) Avez-vous le sentiment que votre point de vue en tant que soignant est pris en compte ?

- OUI
- NON

4) Etes-vous informés des LATA en général :

- Lors de la visite/contre-visite (matin, midi, soir)
- Au cours de la journée
- Lors d'entretiens avec les familles

5) Vous transmettez vous l'information entre vous lors des transmissions ?

- OUI

- NON

6) Comment trouvez-vous le délai entre la décision de LATA et la prise effective de l'arrêt des soins ?

- Trop long
- Trop courts

7) Avez-vous déjà du informer le MAR de garde d'une LATA ?

- OUI
- NON

8) Avez-vous déjà eu l'occasion de participer à un staff éthique ?

- OUI
- NON

9) Si oui, a-t-il été l'occasion de revenir sur une prise en charge qui vous a posé question ?

- OUI
- NON

10) Avez-vous déjà été en désaccord avec une décision de LATA ?

- OUI
- NON

11) Si oui, l'avez-vous dit à un membre de l'équipe médicale?

- OUI
- NON

12) Si oui, cela a-t-il permis de modifier la prise en charge ?

- OUI
- NON

13) Recevez-vous assez d'informations médicales afin de participer aux discussions de LATA ?

- OUI
- NON

14) Trouvez-vous une attitude consensuelle de la part de l'équipe médicale au sujet de ces décisions ?

- OUI
- NON

14) Pensez-vous que l'information faite aux familles est généralement :

- Satisfaisante
- Incomplète

15) Etes-vous en difficultés lors de la mise en place des LATA ? Cela peut être à cause de (plusieurs choix possibles) :

- Médecins absents
- Délais de réalisation trop longs
- Posologies peu claires/mal expliquées

16) Y a-t-il des pratiques concernant les LATA qui vous paraissent choquantes ou difficilement envisageables ?

- Extubation
- Majoration des sédations
- Abstention d'un geste chirurgical

3) Questionnaires adressés aux médecins

Bonjour à tous,

Depuis maintenant environs trois ans, une "Fiche LATA" a été mise en place dans le service de réanimation neurochirurgicale afin d'améliorer la prise en charge des patients, la continuité des soins ainsi que la communication au sein de l'équipe soignante.

Dans le cadre de mon travail de thèse encadré par le Dr Marie Gilles-Baray , s'intéressant à l'évaluation de cette fiche, j'aimerais recueillir votre point de vue en tant que soignants.

Les questions qui suivent ne concernent pas un patient donné mais doivent être interprétées sur votre ressenti global de la prise en charge des patients durant ces deux années ou lors de vos gardes en tant qu'internes séniors.

Je vous remercie par avance de vos réponses et je reste disponible à toutes questions via mon mail : bailleul.a@gmail.com

- 1) Votre grade :
 - MAR
 - Interne séniorsé prenant des gardes ou en ayant pris dans le service de réanimation neurochirurgicale durant les deux dernières années
 - Interne
- 2) Avez-vous recours systématiquement à la mise en place d'une fiche LAT lorsqu'une discussion est initiée ?
 - OUI
 - NON
- 3) Si non, pour quelles raisons ne l'utilisez-vous pas ? (plusieurs réponses possibles)
 - Mauvaise connaissance de cette fiche
 - Oubli
 - Fiche peu adaptée à la pratique clinique
 - Rédaction de la fiche trop chronophage
- 4) Avez-vous déjà dû prendre la décision d'une LAT durant une garde ?
 - OUI
 - NON
- 5) Trouvez-vous un consensus d'équipe concernant ces décisions ?
 - OUI
 - NON
- 6) L'avis des personnels paramédicaux influence-t-il votre décision ?
 - OUI
 - NON
- 7) Vous sentez vous suffisamment formés vis-à-vis des LAT (Cadre légal et éthique ?)
 - OUI
 - NON
- 8) Un staff éthique a-t-il été l'occasion d'éclaircir une situation qui vous a posé question ?
 - OUI
 - NON
- 9) Extuber les malades après décision de LAT vous paraît-il être une pratique :

- Envisageable
- Inacceptable

10) Cela vous paraît-il légitime d'augmenter les posologies de sédatifs/analgésiques après décision de LAT ?

- OUI
- NON

11) La présence des familles lors de la mise en application des LAT vous paraît-elle :

- Envisageable
- Gênante pour la réalisation des soins

RESUME

Introduction: Les décisions de limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) actives sont une pratique courante en réanimation neurochirurgicale. Elles bénéficient d'un cadre juridique et éthique ainsi que de fiches dédiées.

Objectif: Cette étude avait pour objectif de connaître le taux de fiches remplies pour chaque patient et d'analyser les facteurs limitants l'utilisation de cette fiche.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique. Ont été inclus tous les patients décédés entre 2013 et 2016 et ayant la notification d'une limitation thérapeutique au sein du dossier médical. En parallèle, un audit des personnels médicaux et paramédicaux a été réalisé afin de connaître leur vision de la pratique des LAT. Le critère de jugement principal était le taux de fiches remplies pour les patients ayant une LAT. Les critères secondaires étaient de connaître les facteurs limitant l'utilisation de la fiche, de vérifier leur bonne rédaction et de faire une mise au point concernant la vision du personnel concernant les LAT.

Résultats: Entre mai 2013 et août 2016, 58,70% des patients décédés ont fait l'objet d'une procédure de LAT. Parmi eux, 53,84% (n=49) ont bénéficié de la rédaction d'une fiche. Les facteurs identifiés comme limitant l'utilisation de la fiche sont la gravité neurologique initiale (Glasgow: 6 vs 4; $p < 0,05$) et des causes inhérentes à la procédure de rédaction d'une LAT en elle-même (collégialité notamment).

Conclusion: L'utilisation de la fiche permet d'améliorer les pratiques et doit devenir systématique pour chaque patient faisant l'objet d'une décision de LAT. Connaître les facteurs qui restreignent son utilisation permettra, à l'avenir, de limiter le nombre patient sans fiche et d'avoir une meilleure adéquation au cadre éthique et légal recommandé dans ces situations.

Mots clés: Limitations et arrêt des thérapeutiques, Réanimation neurochirurgicale, éthique