



HAL
open science

Étude des représentations et analyse des repères qui guident les décisions de réanimation chez les patients âgés

Anne-Sophie Lejeau

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Lejeau. Étude des représentations et analyse des repères qui guident les décisions de réanimation chez les patients âgés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569880

HAL Id: dumas-02569880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569880>

Submitted on 10 May 2021

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anne-Sophie BORDIER épouse LEJEAU

née le 08/12/1982 à Saint-Malo

**Etude des
représentations et
analyse des repères qui
guident les décisions de
réanimation chez les
patients âgés**

**Thèse soutenue à Rennes
le 20 Décembre 2019**

devant le jury composé de :

Dominique SOMME

Professeur-CHU Rennes/ président

Jean-Marc TADIE

Professeur-CHU Rennes/ juge

Pierric RENAUT

MC Associé-DMG Rennes/ juge

Daniel BROWN

Docteur- SOS Médecins/ juge

Vincent MOREL

Professeur associé- CHU Rennes/ directeur de
thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 01.09.2018

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Pédopsychiatrie ; Addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Phillippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FICQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Au professeur Dominique SOMME. Je vous remercie d'avoir accepté de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci également pour votre enseignement lors de mon passage dans votre service au cours de mes premiers stages et pour la qualité et la pertinence de vos enseignements qui me servent au quotidien.

Au professeur Jean-Marc TADIE. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie également pour votre dévouement et motivation dont vous avez fait part en participant à mon étude.

Au docteur Pierrick RENAULT. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Je te remercie également pour la qualité de nos discussions et de nos échanges autour des patients.

Au docteur Daniel BROWN. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Un grand merci aussi pour tous les débriefings que nous avons eus lors de nos gardes SOS médecins que nous avons partagées. Tes références m'ont été très utiles et ta bienveillance très appréciée.

Au Docteur Benoît Caron un grand merci pour votre respectable expérience partagée, pour votre disponibilité et pour votre accueil si chaleureux.

Aux docteurs Laurent GRAVOT et Jean-Philippe DUGUEY, merci pour votre accompagnement lors de mon semestre passé à vos côtés et la qualité de nos échanges de pratiques.

Au Docteur Corinne GOBRON, merci de m'avoir permis de faire de la gynécologie et de revenir à mes premières acquisitions et compétences.

Au Docteur Vincent MOREL, je vous remercie de m'avoir aidée à élaborer ce travail et de m'avoir fait part de si nombreuses situations. Vous m'avez appris à prendre du recul et à avoir la patience d'analyser les situations et ce dès le début de mon internat. Merci pour votre temps passé, votre patience et vos si précieux conseils qui m'ont permis de travailler cette thèse avec rigueur.

A mon mari qui m'a accompagnée et encouragée dans cette expérience de reprise d'études. Merci pour ta participation et pour le profond respect que tu m'accorde. Sans ta patience et ton investissement rien n'aurait été possible.

Merci à mes trois petits cœurs **Augustin, Constance et Eléonore** qui illuminent ma vie au quotidien et qui ont été une belle motivation à la réussite de ces études

A mes parents, Papa tu es pour moi un exemple et je suis fière de suivre tes pas en ayant le privilège de devenir moi aussi « médecin de famille ». A toi maman pour toutes ces journées consacrées à garder les enfants et à gérer la maison pour que je puisse réussir ces études.,

A mes beaux-parents, à mes frères et sœurs et à tous les membres de ma famille, merci pour vos encouragements et votre temps passé auprès des enfants.

A mes amis dont les plus précieux se reconnaîtront qui m'ont fait oublier la difficulté de ces études en passant de bons moments ensemble pour ne pas lâcher la barre.

A tous les patients qui nous font aimer la médecine et qui font de notre métier une véritable vocation

Table des matières

1	Résumé	12
2	Mots clés et abréviations	13
3	Introduction	14
4	Matériel et méthode.....	15
5	Résultats	19
	5.1Caractéristiques de la population	19
	5.2Prendre le patient dans sa dimension clinique réelle	22
	5.2.1La notion de l'âge du patient	22
	5.2.2Notion d'autonomie physique et cognitive	22
	5.2.3L'épisode aigu s'inscrit-il dans une maladie chronique évolutive?.....	23
	5.2.4L'évaluation de l'inconfort du patient	23
	5.3Respecter la volonté du patient et de ses proches	24
	5.3.1Les directives anticipée (DA).....	24
	5.3.2Quelle est la place de la famille et des proches dans les décisions de réanimation?	25
	5.3.3Se donner du temps.....	26
	5.4Ce que la prise en charge en réanimation peut apporter... ..	26
	5.4.1« Le doute doit bénéficier au patient »	26
	5.4.2Le risque d'idéalisation de la réanimation.....	27
	5.4.3L'agressivité du passage en réanimation	27
	5.5Influence des paramètres extérieurs au patient dans les prises de décision.....	28
	5.5.1Le poids des représentations personnelles du médecin	28
	5.5.2Les paramètres contextuels qui peuvent influencer les décisions	28
	5.6En pratique comment prendre les décisions ?	29
	5.6.1Des outils d'aide à a décision	29
	5.6.2Une décision collégiale?.....	30
	5.6.3La place du Médecin traitant	30
	5.7Deux cas vignettes	31
6	Discussion	32
	6.1Les critères consensuels	32
	6.2Les points de dissensus.....	34
	6.3La réanimation apparaît-elle comme « toute-puissante » ?	36
	6.4Le patient reste au cœur de nos préoccupations.....	38
	6.5Les soins thérapeutiques actifs chez un patient âgé relèvent d'une décision idéalement collégiale	39
	6.6Les limites de l'étude	41
7	Conclusion.....	42
8	Bibliographie.....	43
9	ANNEXES	46
	9.1ANNEXE 1 : questionnaire.....	46

9.2ANNEXE 2 : guide d'entretien	48
9.3ANNEXE 3 Cas vignettes	49

1 Résumé

Contexte : Les conséquences de l'évolution démographique nous amènent à un vieillissement de la population qui conduit à une forte augmentation des demandes en réanimation des patients de plus de 80 ans. Ce constat soulève des questions sociétales, médicales mais aussi des questions éthiques et déontologiques. Les acteurs de la santé ne sont pas indemnes des représentations que renvoie le spectre du vieillissement.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence comment les médecins qui interviennent dans les décisions d'admission en réanimation chez la personne âgée se positionnent et surtout sur quels éléments de réflexion ils s'appuient pour prendre ces décisions.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle par focus groups.

Résultats : Réalisation de quatre focus groupes en Ile et Vilaine entre Mars et Juillet 2019 à partir de trois populations de médecins différentes. Il s'agissait de médecins généralistes, de médecins réanimateurs et de médecins de soins palliatifs regroupant au total 27 participants sur la base du volontariat. De nombreux points de consensus tels que l'état clinique antérieur, les paramètres objectifs du patient ainsi que la place de son entourage ont été mis en évidence entre les médecins participants. Ils ont fait part de leurs représentations personnelles et professionnelles ainsi que des paramètres divers qui pouvaient influencer les décisions d'admission en réanimation. Enfin, le médecin traitant tient une place considérable auprès du patient et de sa famille mais également auprès des professionnels hospitaliers qui en attendent une véritable aide à la décision.

Conclusion : La plupart des médecins donne de l'importance au temps qui permet à chaque acteur de la situation d'analyser différents paramètres qui amèneront à la décision la plus adaptée. Cette décision idéalement collégiale doit prendre en compte la dimension éthique entre le risque d'un acharnement thérapeutique et celui d'un abandon de soins.

2 Mots clés et abbréviations

Mots clés

Âgé

Directives anticipées

Dignité

Soins palliatifs

Réanimation

Key Word

aged

advanced directives

dignity

erly guidance

elderly emergency medecine

fragility

Abbreviations

LATA	Limitation et arrêt des thérapeutiques actives
MG	Médecin généraliste
SP	Soins palliatifs
HAD	Hospitalisation à domicile
DA	Directives anticipées
ECMO	Oxygénation extra corporelle
IDE	Infirmière diplômée d'état
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
AVQ	Activités de la vie quotidienne
EGS	Evaluation gériatrique standardisée
PTH	Prothèse totale de hanche
HDM	Histoire de la maladie
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
VNI	Ventilation non invasive
CCNE	Comité consultatif national d'éthique

3 Introduction

Le vieillissement de la population conduit à une forte augmentation des demandes d'admissions en réanimation chez les patients de plus de 80 ans. Ce constat nous oblige à réfléchir sur les décisions et les pratiques médicales qui répondent à ces demandes d'admission. Il n'existe actuellement aucune recommandation internationale concernant l'admission ou le traitement des patients âgés de plus de 80 ans gravement malades dans les services de soins intensifs et il n'existe pas de score de sévérité pronostique valable incluant des évaluations gériatriques spécifiques (1). Les données les plus récentes estiment à 15% la proportion des plus de 80 ans en réanimation (2)

L'évolution démographique appelle de nombreuses questions médicales, sociétales, économiques et éthiques (3). Ainsi, l'admission d'un patient âgé dans ce type de service dépend du réanimateur mais aussi du médecin qui présente le patient. Le risque est double : d'une part le risque d'acharnement thérapeutique, d'autre part, le risque d'abandon thérapeutique (4). L'enjeu des thérapeutiques agressives, comme la légitimité des LATA soulèvent de sérieuses préoccupations éthiques et déontologiques. Dans son étude multicentrique Boumendil et al (5) montrent que les patients âgés de plus de 80 ans bénéficient d'un investissement thérapeutique moins important que les autres patients plus jeunes, de même qu'une durée de séjour plus courte. Cette étude met en avant que ces décisions pourraient être la conséquence d'une décision de limitation de soins. Mais on observe qu'actuellement beaucoup de médecins s'intéressent davantage au bénéfice sur la survie du patient à 6 mois ainsi que sa qualité de vie (6).

Le médecin généraliste est l'un des soignants qui connaît le mieux le patient dans sa globalité. Il est plus que légitime de lui demander son avis. Envisager le non-transfert en réanimation, c'est admettre le fait que le malade va sans doute mourir (7), d'où parfois une tendance à optimiser les espoirs et à appréhender une perte de chance en l'absence de transfert.

Il est important de connaître la démarche et le raisonnement des médecins traitants et des médecins qui assurent la permanence de soins lorsqu'ils sont confrontés à une prise de décision devant un épisode aigu chez un patient âgé. De la même façon, quel est le point de vue des praticiens hospitaliers tels que les réanimateurs ou médecins de soins palliatifs ? Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge active de son patient âgé ? Enfin comment ces différents praticiens communiquent-ils dans l'intérêt optimal du patient et de son entourage ?

4 Matériel et méthode

Méthode choisie

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens collectifs ou « focus groups ». Nous avons choisi une méthode qualitative car nous nous sommes interrogés sur les critères somatiques, déontologiques et éthiques qui motivent les médecins à transférer les patients âgés en réanimation. Le « focus group » est un entretien qui a l'avantage d'utiliser la dynamique de groupe (9). Il s'agissait de réunir un groupe de personnes pour recueillir des informations sur un ou plusieurs thèmes. La méthode consistait à interroger différents groupes de médecins d'Ille et vilaine. Un animateur modérait l'entretien, en posant des questions ouvertes et un rapporteur se chargeait de prendre en notes l'intégralité de ce qui avait été échangé entre les professionnels au cours des séances. Les entretiens ont été réalisés avec un guide d'entretien, enregistrés et retranscrits en intégralité. Ensuite nous avons analysé les données transcrites intégralement via une analyse thématique à l'aide d'un tableau.

Sélection des participants

Les focus groups ont été constitués à partir de trois populations de médecins différents, c'est à dire des médecins généralistes, des médecins réanimateurs et des médecins de soins palliatifs qui ont des pratiques d'exercice différentes: hospitalier, libéral, urgence pré hospitalière parfois les deux et toutes catégories d'âge confondues. Nous avons défini quatre focus groups constitués de médecins qui ont pu échanger entre eux sur les points de préoccupation et les facteurs de décision qui peuvent les amener à envisager une prise en charge thérapeutique ou plutôt une orientation vers les soins de confort.

Un premier contact par mail a été pris avec les chefs de service pour les réanimateurs et les médecins de soins palliatifs d'une part, et avec un médecin référent pour le groupe des médecins généralistes et SOS médecins d'autre part. Par la suite chacun d'entre eux a proposé la participation à cette étude à différents médecins sur la base du volontariat. Les médecins participants de chaque groupe se connaissaient tous plus ou moins bien.

En fin de séance chaque participant a rempli un questionnaire (annexe 1) qui permettait de classer et catégoriser la population de l'étude.

Les investigateurs et déroulement des séances

L'animateur de chacune des séances était le directeur de la thèse, le Docteur Vincent Morel. Le rapporteur et observateur a été également la même personne pour les quatre entretiens, il s'agissait de l'investigateur de la thèse, Anne Sophie Bordier Lejeau.

Nous avons commencé chaque focus par une présentation de l'animateur et du rapporteur, une présentation du thème de la thèse sur support d'un power point et une présentation de la méthode d'analyse introduisait la séance. Ensuite, chacun des participants s'est présenté à l'ensemble du groupe et nous leur avons précisé que ce qu'ils pouvaient dire au cours de cet entretien collectif resterait anonyme.

Les données ont été recueillies par enregistrement audio par application téléphonique sur smartphone et la totalité du verbatim a été retranscrite par le modérateur sur le logiciel de traitement de texte Open Office. Les entretiens n'ont pas été filmés pour respecter l'anonymat. Le débat a été mené à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 2). Les participants connaissaient le sujet d'étude, mais aucune autre donnée n'avait été fournie avant les entretiens. Le guide d'entretien a été élaboré avant de début des entretiens et n'a pas été modifié. Il s'agissait de questions ouvertes assez générales qui devaient se baser sur les expériences professionnelles des médecins.

Déroulement des entretiens

Les entretiens étaient constitués de deux parties. Une première partie avec une durée au préalable fixée à maximum 80 minutes qui consistait en l'entretien collectif. Une deuxième partie d'une durée au préalable fixée à maximum 30 minutes qui consistait à présenter deux cas vignettes sur support power point et à recueillir les réactions décisionnelles de chacun des participants.

Le tableau 1 présente la répartition du temps au cours des entretiens pour chacun des 4 focus groupes.

	Durée 1ere partie (min)	Durée 2e partie (min)	Durée totale des entretiens (min)
Focus 1	76	17	93
Focus 2	62	20	82
Focus 3	58	15	73
Focus 4	38	13	51

Tableau 1: Répartition du temps en fonction des groupes en minutes

Codage et analyse des données

Après chaque entretien, nous avons retranscrit les données selon un codage spécifique. Dans un premier temps, une analyse verticale a été réalisée afin de faire ressortir les unités de sens (9), qui sont ensuite regroupées en thèmes permettant une description organisée de ces entretiens. Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse horizontale comparant les différents entretiens, faisant ressortir les opinions communes ou spécifiquement divergentes

Un premier codage a été effectué par l'investigateur de la thèse puis un second codage a été réalisé en aveugle par un médecin généraliste qui avait plus de 30 années de pratique de la médecine générale semi rurale. Puis les données ont été échangées et comparées. Cette étape a permis une lecture complète du codage déjà effectué, et de repérer les points de désaccord dans le codage de certaines citations.

L'analyse thématique a été réalisée à partir d'un tableau Excel. Un tableau de codage a progressivement été complété, de la droite vers la gauche avec des codes couleurs pour chacun des focus. Les propos de chaque participant ont été désignés par 2 lettres et 2 chiffres. «F» accompagné d'un chiffre indique l'appartenance au focus group (F1MG, F2Réa, F3SOS, F4SP) et «P» accompagné d'un chiffre représente chaque participant dans le focus group.

Il s'agit d'une analyse à postériori. Au fur et à mesure des entretiens, de nouveaux codes apparaissent, d'autres se répètent. Les codes sont regroupés en sous-catégories, puis en catégories et enfin en thèmes.

Lieu des entretiens

Ils ont tous eu lieu dans des locaux différents qui garantissaient une certaine neutralité mais dans une ambiance plutôt conviviale et détendue.

Le focus 1 constitué de médecins généralistes s'est déroulé dans les locaux de l'hôpital Saint Joseph de Combourg, nous l'appellerons " MG" . Le focus 2 constitué de médecins réanimateurs du CHU de Rennes s'est déroulé dans une salle de réunion du service de réanimation médicale de Ponchaillou, il sera appelé " Réa". Le focus 3 constitué de médecins généralistes et urgentistes a eu lieu dans les locaux professionnels de " SOS médecins" à Saint Malo et sera appelé "SOS". Le focus 4 composé de médecins travaillant dans des services de soins palliatifs de différents établissements d'Ille et vilaine ont eu lieu dans une salle de réunion dans les locaux de l'USP du CHU de Rennes à la Tauvrais et sera appelé " SP".

5 Résultats

Nous retrouvons ici l'analyse des propos des médecins interrogés. Les résultats font état de leurs motivations et analyses à transférer les patients âgés en réanimation.

5.1 Caractéristiques de la population

Les entretiens se sont déroulés entre le 12 mars 2019 et le 6 Juillet 2019. Il y a eu 27 participants à cette étude. Le diagramme de flux présenté sur la figure 1 montre la répartition des différents groupes.

Deux participants du groupe SOS médecins n'ont pas pu se rendre à l'entretien et un participant du groupe des médecins de soins palliatifs ne s'est pas présenté au focus group.

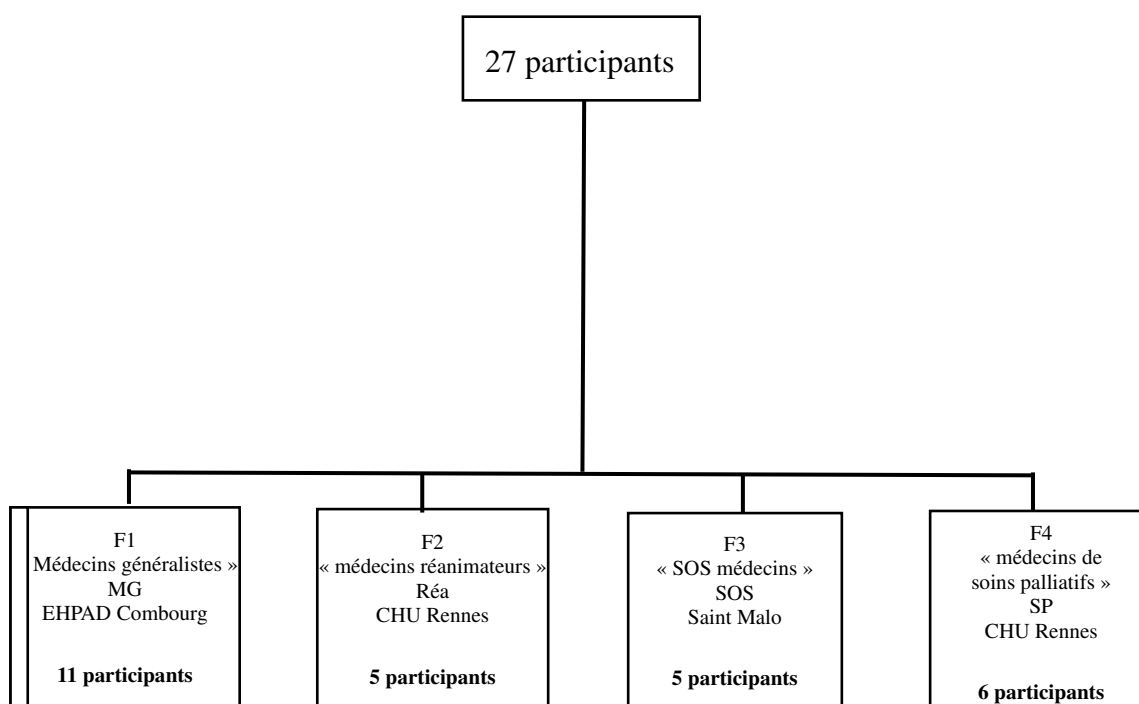


Figure 1 : diagramme de flux

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant participé aux focus group sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

Participants	Sexe	Age	Durée d'exercice	Type d'activité	Aire exercice	Formation complémentaire*
P1	M	39	12	libéral	semi-rurale	non
P2	M	31	3	libéral	semi-rurale	non
P3	F	36	9	libéral	semi-rurale	non
P4	F	32	3	libéral	semi-rurale	non
P5	M	44	17	libéral	rurale	non
P6	M	66	37	libéral/EHPAD	semi-rurale	non
P7	M	69	42	Libéral/EHPAD	rurale	non
P8	F	39	13	Libéral/hospitalier SAU**	rurale	non
P9	F	35	7	libéral	semi-rurale	non
P10	M	58	32	libéral	semi-rurale	non
P11	M	45	17	libéral	semi-rurale	non

* Le paramètre « formation complémentaire » avait pour but de savoir si les participants avaient eu une formation complémentaire en gériatrie, soins palliatifs ou soins d'urgences.

**SAU : service accueil des urgences

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants au Focus F1

Participants	Sexe	Age	Durée d'exercice	Type d'activité	Aire exercice	Formation Complémentaire
P1	M	43	15	hospitalier	CHU	non
P2	M	32	3	hospitalier	CHU	non
P3	F	43	2	hospitalier	CHU	non
P4	M	56	28	hospitalier	CHU	non
P5	F	36	6	hospitalier	CHU	non

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants au Focus F2 Réa

Participants	Sexe	Age	Durée d'exercice	Type d'activité	Aire exercice	Formation complémentaire
P1	F	31	3	libéral	semi-rurale	non
P2	M	46	19	libéral	semi-rurale	DESC* Urgences
P3	M	57	26	libéral	semi-rurale	DESC* Urgences
P4	M	42	14	libéral	semi-rurale	non
P5	M	47	18	libéral	semi-rurale	non

*DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des participants au Focus F3 SOS

Participants	Sexe	Age	Durée d'exercice	Type d'activité	Aire exercice	Formation complémentaire
P1	F	47	17	hospitalier	CHU	DIU SP*
P2	F	59	35	hospitalier	CHU	DIU SP*
P3	F	42	18	hospitalier	CHU	non
P4	F	28	1	hospitalier	CH périphérique	DESC SP*
P5	M	62	36	Hospitalier/ libéral	CH périphérique/ semi-rurale	non
P6	M	43	10	Hospitalier / libéral	CH périphérique/ semi-rurale	non

* DIU SP : diplôme inter universitaire de soins palliatifs, DESC SP : diplôme d'études spécialisées complémentaires en Soins palliatifs

Tableau 5: Caractéristiques sociodémographiques des participants au Focus F4 SP

Les différents entretiens réalisés montrent que les médecins mettent au centre de leurs préoccupations la dimension clinique réelle du patient dans le respect de ses attentes et de celles de ses proches. Ces réflexions mettent en avant les aspects tant bénéfiques que néfastes d'une prise en charge en réanimation ainsi que l'ensemble des paramètres qui influencent les décisions médicales.

Par ailleurs le schéma décisionnel semble toujours être collégial, articulé autour du triangle médecin généraliste, patient, réanimateur.

5.2 Prendre le patient dans sa dimension clinique réelle

La réflexion débute sur la situation médicale du patient en prenant en compte certains paramètres tels que l'âge (5.2.1) pour certains, le degré d'autonomie physique et cognitif (5.2.2), les antécédents médicaux (5.2.3), pour d'autres. Surtout, l'évaluation de l'échelle du confort du patient (5.2.4) est primordiale pour l'ensemble des participants.

5.2.1 La notion de l'âge du patient

Deux des focus, les réanimateurs et les médecins de soins palliatifs se sont plus particulièrement interrogés à l'âge du patient. Un des réanimateurs va définir l'âge comme étant un critère d'admission en réanimation, il va en parler de façon assez convaincante sans mettre de nuance dans ses propos « *Pour moi l'âge est un argument de poids, les patients de plus de 85 ans n'ont pas tellement leur place sur des lits de réanimation* » F2P4. Un des plus jeunes participants de ce groupe rebondit en évoquant le poids de l'âge dans la décision par la statistique qu'il a relevé dans la littérature. : « *au-delà de 80 ans, on retrouve quasiment 100 % de décès dans l'année qui suit le séjour en réanimation, tout motif confondu* » F2P2.

En contradiction, les médecins de soins palliatifs établissent à l'unanimité, en se basant également sur leurs connaissances bibliographiques, « *que l'âge ne constitue pas un facteur décisionnel pour la prise en charge dans les soins thérapeutiques actifs* » F4P3, « *l'âge physiologique étant davantage à prendre en compte que l'âge réel* » F4P1.

5.2.2 Notion d'autonomie physique et cognitive

Il s'agit d'un des thèmes récurrents abordés aux cours des entretiens. Chacun des groupes va s'exprimer sur ce sujet de façon spontanée et redondante à plusieurs reprises dès le début des séances.

Un des MG relate la proximité Médecin/Patient en ces termes : « *en tant que médecin traitant, on connaît bien le patient et on peut justifier de son état cognitif et degré d'autonomie auprès de nos confrères* » F1P4

D'autre part, trois des médecins réanimateurs pensent que la « *perte d'indépendance cognitive et intellectuelle* » est suffisante au refus de la prise en charge en réanimation. Le malade doit comprendre la situation : « *Il faut que la prise en charge thérapeutique ait un sens pour le malade* » F2P3. Ce participant évoque alors aux autres une situation clinique qui leur a porté question sur l'admission d'un patient de 81 ans qui semblait avoir de sérieux troubles cognitifs et qui finalement n'a pas été admis dans leur service mais cette décision avait été prise après de nombreuses

discussions entre les médecins des urgences et de la réanimation.

Les médecins de SOS s'appuient sur un outil d'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées dans leur quotidien (classification AGGIR). Ils définissent sans se contredire qu'un patient présentant un score GIR 2 n'est pas admissible en réanimation. Ils s'intéressent également à la provenance du patient selon « *qu'il vit en EHPAD, en institution ou au domicile avec ou sans aidants* » F3P5. C'est le seul groupe qui va mentionner l'échelle AGGIR comme un critère décisionnel dans la prise en charge et

5.2.3 L'épisode aigu s'inscrit-il dans une maladie chronique évolutive?

De la même façon, chacun des groupes veut savoir s'il existe une pathologie chronique, et si l'épisode aigu est associé à cette pathologie existante. Pour le groupe MG, « *un événement médical nouveau qui ne s'inscrit pas dans la pathologie de base, nécessite une prise en charge hospitalière et ce peu importe l'âge* » F1P4. Pour illustrer cette citation, un exemple de prise en charge d'une situation aiguë, un sepsis sévère à 98 ans est donné par un des médecins généralistes F1P8 qui insiste sur le bénéfice d'avoir pris en charge cette patiente dans ce contexte aigu. Tous les médecins du groupe réagissent alors en acquiesçant et chacun parle spontanément d'une situation vécue identique. Le groupe SOS va également parler du sepsis qui selon eux nécessite une prise en charge réanimatoire quasi systématiquement car ne peut être que bénéfique : « *l'état septique est une des situations qui dégradent beaucoup les fonctions vitales et cognitives d'une personne âgée et qui est assez aisément réversible* » F3P2.

Cet avis n'est pas partagé par les réanimateurs qui abordent également spontanément le sujet du sepsis de la personne âgée en s'arrêtant davantage sur les conséquences à court, moyen et plus long d'une telle prise en charge. Pour eux « *les conséquences de la prise en charge d'un sepsis sont majeures car on observe souvent un état de défaillances multi viscérales* » F2P4.

5.2.4 L'évaluation de l'inconfort du patient

Seul le focus réalisé avec les médecins de SOS évoque la notion d'évaluation du confort du patient et de l'évaluation de la douleur: « *la prise en charge de la douleur est une urgence de prise en charge s'intégrant dans une prise en charge de fin de vie* » F3P3. Les médecins de soins palliatifs vont quant à eux insister sur le fait que : « *lorsque le patient âgé est récusé par les réanimateurs, la prise en charge est souvent hâtée vers une limitation de soins sans réelle évaluation de l'anxiété et de la douleur* » F4P3

5.3 Respecter la volonté du patient et de ses proches

Tous les focus groupes sont unanimes sur le fait qu'il est essentiel de prendre en compte les directives anticipées du patient (5.3.1), l'avis de sa famille (5.3.2) et qu'il faut se donner du temps pour le temps (5.3.3) afin de prendre les meilleures décisions

5.3.1 Les directives anticipée (DA)

Les directives anticipées ont été mentionnées dans les entretiens par chacun des quatre groupes de façon plus ou moins insistante.

Ce sont les MG qui vont en parler le plus. Ils se sentent tous concernés par leur rédaction et aident pour la majorité d'entre eux les patients à les rédiger. Un des médecins mentionne « *je décris et parfois mime les gestes de réanimation pour bien expliquer au patient, par exemple l'assistance respiratoire, la dialyse...* » F1P6. Ce sujet va déclencher de nombreuses réactions entre les médecins du groupe qui justifient comment ils peuvent les utiliser.

On retrouve des propos similaires chez un réanimateur qui mime également souvent les gestes de réanimation pour bien expliquer aux familles qu'il s'agit de gestes invasifs : « *je mime souvent aux familles ce qu'est un cathéter central ou une ECMO par exemple* » F2P4.

Cependant la majeure partie des médecins des quatre focus pensent que les DA ont finalement peu de valeur dans les décisions de réanimation, il ne s'agit que d'un « *support dont on a que rarement accès et auquel on ne pense que de temps en temps* » F3P3. En effet, ils considèrent « *qu'elles sont rédigées à un moment précis de la pathologie* » F1P3, « *qu'elles sont trop rarement réévaluées et réécrites par le patient* » F2P5. Lors des staffs de réanimation, les médecins nous rapportent « *qu'elles sont en général, lorsqu'elles existent dans le dossier, trop rapidement exposées* » F2P3. *Les médecins se jettent alors quelques regards de connivence.*

Les médecins de soins palliatifs s'y intéressent davantage en exprimant le fait « *qu'il s'agit de la volonté du patient* » F4P3 mais ils pondèrent en expliquant qu'en effet elles dépendent de plusieurs paramètres dont « *l'état de communication du patient* » F4P5 et que ce sont souvent les familles finalement qui en sont impactées. Ce qui pose une réserve selon eux car ils observent que « *les gens n'ont pas toujours idée de ce que cela représente vraiment et de ce que les DA peuvent induire* » F4P2.

5.3.2 Quelle est la place de la famille et des proches dans les décisions de réanimation ?

La place de la famille dans les choix de prise en charge constitue le thème majeur qui est rapporté par les différents groupes. Ce thème est un de sujet qui a pris le plus de temps dans les quatre discussions.

En effet pour la majorité des médecins interrogés, nous devons « *toujours prendre avis auprès de la famille de la volonté du patient et de ce qu'il a pu exprimer à ses proches* » F1P7.

Cependant ils ont conscience des limites que cela implique pour les familles « *c'est lourd pour les familles de porter une telle responsabilité et en tant que médecin nous devons les replacer dans leur rôle d'assistant familial et non pas d'aidant médical* » F1P6.

Tous les focus groupes mentionnent que le médecin traitant tient toute sa place auprès des familles et qu'il « *doit aider les familles à réfléchir en amont car il est souvent trop difficile pour eux de se prononcer en aigu, les sentiments étant dominés par la sidération, la colère et la peur de ne pas prendre la bonne décision* » F1P4.

Les MG vont être l'unique groupe à mentionner l'importance de la personne de confiance, ils expliquent qu'en médecine « *on ne prend pas en charge un patient mais on prend en charge le patient dans sa globalité car il s'intègre dans un environnement social et familial* » F1P8.

Pour les réanimateurs, le sujet avec les familles n'est pas suffisamment abordé par les médecins traitants, les mettant alors en difficulté car ils ont selon eux « *moins de place dans l'intimité des familles pour pouvoir faire le point* » F2P7 Ils vont mettre en avant la difficulté de ces discussions devant « *l'ambivalence des sentiments de la famille* » F2P5. L'un d'entre eux va mentionner le fait que « *parfois après avoir longtemps discuté d'une situation vraisemblablement sans issue thérapeutique active, la famille va approuver la discussion et au moment de se dire au revoir ils disent au médecin -'en tous cas docteur on compte sur vous, vous faites le maximum pour le sauver ?* » F2P5. Cette citation qui parle à chacun fait sourire les participants.

Un médecin du groupe MG ne considère pas important de prendre l'avis de la famille pour les décisions de transfert hospitalier car il « *est médecin pour défendre la vie, et ne peut se donner le pouvoir décisionnel quant à l'arrêt des soins* » F1P10 Pour lui « *nous devons toujours proposer une prise en charge optimale thérapeutique* ». Mais ces propos ne vont pas en provoquer d'autres dans le groupe.

5.3.3 Se donner du temps

La notion de temporalité est également un thème abordé par chacun des groupes mais majoritairement par les médecins de soins palliatifs qui considèrent que *« le temps est un appui pour les familles » F4P4*. Le focus des SP a essentiellement porté sur le bénéfice de ce *« temps réanimatoire »*.

Pour les MG, *«la réanimation permet de donner le temps à la famille de se réunir et de prendre les bonnes décisions » F1P11*, *« Prendre ce temps permet également une qualité de prise en charge pour la fin de la vie » F1P4*, *« en tant que médecin, nous devons aussi réussir le processus de la mort » F1P4*

Pour les médecins de soins palliatifs, une réanimation peut se faire en deux temps : *une première phase de conservation des fonctions vitales pour permettre aux médecins de prendre du recul et aux familles de se préparer » F4P4*. Le temps *« permet souvent de mieux accompagner les familles dans la décision de non réanimation » F4P2*.

Pour les réanimateurs le temps *« réanimatoire »* est un temps bénéfique pour optimiser les décisions médicales en permettant *«de regrouper les éléments de vie du patient, d'expliquer la situation plus précisément à la famille et de refaire le point sur la pertinence et le bénéfice des traitements invasifs mis en place » F2P4*.

5.4 Ce que la prise en charge en réanimation peut apporter...

Lorsqu'un patient âgé est amené en réanimation (5.4.1), la majorité des médecins imaginent souvent que cette prise en charge est bénéfique (5.4.2) Ils ne pensent pas suffisamment aux effets délétères (5.4.3) que cela peut engendrer.

5.4.1 « Le doute doit bénéficier au patient »

Au cours des entretiens, les médecins qui interviennent en première ligne sur les épisodes aigus, c'est à dire les médecins des groupes MG et SOS disent tous que *« dès qu'il y a un doute, il faut faire le maximum pour le patient, que le doute soit du côté de la famille ou du médecin » F1P8*. Les médecins de SP parlent à ce moment-là de façon assez tranchée et convaincue.

Les réanimateurs rejoignent ces propos en disant que *« le doute doit bénéficier au patient et que s'il y a un doute, nous devons prendre en charge les patients en réanimation ou équivalent de soins » F2P3*.

5.4.2 Le risque d'idéalisation de la réanimation

Les médecins réanimateurs vont mettre en avant la méconnaissance des MG vis à vis des services hospitaliers et des prises en charge qui en découlent. Pour eux, le passage en réanimation n'est pas toujours un bénéfice et les « *MG idéalisent l'hôpital sans prendre forcément la mesure des conséquences que ça peut entraîner comme par exemple la dénutrition, l'état confusionnel, les chutes, le syndrome de glissement, la défaillance chronique...* » F2P5.

Pour eux, les MG et les familles s'arrêtent souvent au bénéfice que ça peut apporter à court terme négligeant les conséquences au long terme. Lorsqu'ils abordent ce sujet, on ressent de la part des réanimateurs une certaine préoccupation.

Quant aux médecins de soins palliatifs, ils essaient d'expliquer aux familles mais aussi au corps médical que ce soit en libéral ou en hospitalier que les « *SP ne veut pas dire forcément 'arrêt des soins' mais véritablement 'soins efficaces'* » F4P1. Ils essaient de travailler avec les MG et les familles sur un rôle plutôt pédagogique ayant pour but la compréhension de la situation. Par conséquent, ils peuvent ainsi proposer aux patients des « *soins alternatifs et personnalisés* » F4P2.

Pour les réanimateurs, ils répondent à la demande des MG à court terme en « *limitant le potentiel d'aggravation majeur du patient via des moyens techniques qui sont souvent plus adaptés* » F2P1

5.4.3 L'agressivité du passage en réanimation

Évidemment, dans une démarche de soins optimal du patient âgé, vient immédiatement à l'esprit l'hospitalisation mais les réanimateurs insistent sur les conséquences que cela implique à moyen et long terme.

Pour eux, les inconvénients majeurs de la réanimation qui peuvent accélérer le processus de la mort sont majoritairement cités à plusieurs reprises par 3 d'entre eux « *le bruit, la lumière, la perturbation du cycle nyctéméral, les douleurs physiques et les douleurs psychologiques* » F2P3 . « *Passer en réanimation est de toute façon pour les personnes âgées une véritable agression qui est souvent négligé par les MG* » F2P4.

L'un des réanimateurs nous fait part de sa démarche pour les admissions des patients âgés, « *le bénéfice de la réanimation est-il un bénéfice pour vivre ou bien est-il un bénéfice pour mourir ?* » F2P2. Cette question reste en suspens dans la salle, on ressent bien qu'elle pose le cadre de la réflexion.

Un autre réanimateur parle de l'impact à long terme des souvenirs construits qui découlent des séjours en réanimation ou soins intensifs « *les soins peuvent provoquer une véritable confusion*

voire un état de dépression par la suite très difficile à prendre en charge » F2P3. Tous les autres participants du groupe acquiescent en évoquant quelques exemples partagés.

5.5 Influence des paramètres extérieurs au patient dans les prises de décision

Des paramètres extérieurs interviennent également dans les prises de décision, tels que le vécu et les émotions des médecins (5.5.1), le contexte et la charge de travail lors de la demande d'avis (5.5.2).

5.5.1 Le poids des représentations personnelles du médecin

Un des médecins généralistes insiste sur ce point « *le sens de la vie pour moi n'est peut-être pas le sens de la vie pour mon patient* » F1P8. Un autre intervient en s'interrogeant sur le poids des représentations sur nos propres projections. Pour elle, au début de sa pratique de la médecine, le décès d'un patient était toujours vécu difficilement comme un échec personnel peu importe l'âge de ce dernier. Elle affirme qu'après une dizaine d'années de pratique de la médecine générale, elle « *accepte mieux la mort* » mais que « *la mort de ses patients jeunes reste une épreuve difficile à vivre qui lui fait douter de ses compétences de soignant* » F1P9.

Les réanimateurs vont également aborder ce sujet en disant que « *les idées de la mort et de la vieillesse sont différentes entre les jeunes et plus vieux médecins* » mais aussi en fonction des événements de vie personnels de chacun d'entre nous face à la mort » F2P4

Les médecins de SOS vont parler du poids de l'expérience de chacun dans ces prises de décision de transfert ou non. En effet selon eux, chaque médecin se fie d'abord à son expérience professionnelle et personnelle et part déjà sur des idées qui ne correspondent pas forcément à celles du patient et ou de sa famille. Sans oublier la notion de « *contre transfert* » F3P5 qui peut véritablement influencer les conduites à tenir de chacun. « *Souvent on se dit et si c'était mon père ou ma mère...* » F3P2. « *Nous sommes souvent confrontés à la question : si c'était vous Docteur, vous feriez quoi...* » F3P4 . Lorsque ce sujet est abordé on ressent de l'émotion chez l'un d'entre eux. Lors des prises de décision chacun s'accorde sur le fait qu'il faut donc essayer d'enlever ses propres représentations personnelles

5.5.2 Les paramètres contextuels qui peuvent influencer les décisions

Les réanimateurs et les médecins de SOS vont mentionner le fait que la prise en charge des patients peut être influencée par l'état de fatigue du médecin mais aussi de son humeur et de sa

charge de travail. Les décisions ne sont pas les mêmes si *« je suis en fin de garde et que je n'ai pas dormi pendant plus de 24 heures avec un état d'épuisement tel que je ne peux plus supporter de prendre des décisions »* F2P1.

Les médecins réanimateurs vont également parler de la façon dont le patient est présenté par le médecin des urgences ou par le MG *« je ne supporte pas quand les MG te disent faites ce que vous pouvez, faites le maximum, il ou elle était bien avant »* F2P4. Selon eux cela conditionne déjà leur thérapeutique.

Un autre paramètre mis en avant par les 4 focus groupes est *« l'état de tension des lits »*. En effet la disponibilité des lits mais également du personnel est un élément décisif pour l'orientation du patient. Les choses *« ne sont pas les mêmes lorsqu'on est en pleine épidémie de grippe qui touche essentiellement la population âgée et que les lits de tous les hôpitaux sont saturés »* F2P3

De la même façon, les médecins de SOS vont parler de *« la pression du personnel des EHPAD majoritairement la nuit qui les amène peut être parfois hâtivement à transférer leur patient alors qu'ils pourraient bénéficier de soins tout à fait adaptés dans leur lieu de vie »* F3P3.

5.6 En pratique comment prendre les décisions ?

Il existe certains outils qui peuvent aider les médecins (5.6.1) dans cette décision qui doit être collégiale (5.6.2) La place du médecin traitant est essentielle (5.6.3) dans ces décisions.

5.6.1 Des outils d'aide à la décision

Le sujet des fiches SAMU PALLIA est abordé pour mettre en avant le fait que la prise en charge décisionnelle est pluridisciplinaire. Le problème relevé est que *« cette fiche est non sécurisée et accessible à tous »* F1P7. Sur le groupe des MG, seulement quatre personnes connaissent l'utilité de ce support. Ils demandent ce qu'elle apporte et deux d'entre eux vont donner des explications assez claires qui montrent qu'ils connaissent assez bien cet outil.

Parallèlement le support de l'HAD paraît *« comme une alternative de prise en charge thérapeutique maximale lorsqu'on considère que le transfert en réanimation n'est pas nécessaire, garantissant ainsi prise en charge de la douleur, de la fin de vie et de la famille »* F3P2. Mais est également souligné par les MG que *« l'HAD pose des difficultés de mise en place rapide »* F1P6 et *« une certaine inertie organisationnelle »* F1P6.

5.6.2 Une décision collégiale ?

A plusieurs reprises les MG et les médecins de SOS considèrent que la décision de ne pas transférer un patient âgé aux urgences et ou en réanimation ne peut pas être une décision personnelle mais impérativement une décision collégiale entre plusieurs médecins.

Un des réanimateurs pense que la décision du MG « *est probablement très influencée par le médico-légal, ce qui n'était pas le cas il y a 30 ans ou l'on faisait davantage de prises en charge de fin de vie à domicile sans avis des urgentistes ou réanimateurs* » F2P4. Pour eux, le médecin traitant recherche « *une réassurance et une décharge de responsabilités car il ne peut assumer aux vues de l'attachement à son patient et à sa famille* » F2P1

5.6.3 La place du Médecin traitant

Les MG considèrent qu'ils ont un poids dans ce type de décision. L'un d'entre eux met en avant la place complémentaire des médecins traitants et des médecins hospitaliers. « *Les urgentistes et réanimateurs ont les moyens et connaissances techniques, nous, nous connaissons les attentes des patients ; leur souhait et leurs pathologies chroniques* » F1P5.

Chacun des quatre groupes place le médecin traitant au cœur de la décision certifiant que son avis est très important mais regrettant pour la plupart le manque de disponibilité. En effet les médecins du groupe soins palliatifs trouvent qu'il est difficile de joindre les médecins traitants par téléphone à cause des barrières des consultations ou des secrétaires. Les réanimateurs ont des propos similaires « *on arrive rarement à les joindre et il y a le problème des soirs et des week-end* » F2P3.

Les MG rapportent quant à eux le manque de sollicitation de la part des hospitaliers « *c'est souvent les urgentistes qui nous appellent mais plutôt pour récupérer des informations telles que les traitements ou les pathologies de base* » F1P10. Sur l'ensemble du groupe des MG seuls quatre d'entre eux ont déjà été contactés par des réanimateurs pour le recueil de leur avis. On perçoit au cours des échanges une certaine lassitude quant à ces difficultés de communication.

Les médecins de soins palliatifs se basent parfois sur les avis des équipes paramédicales qui connaissent souvent très bien patients et familles « *Si le médecin traitant n'est pas joignable, il nous arrive de joindre les IDE et ou kiné et leur avis pèsera tout autant dans nos décisions* » F3P1.

5.7 Deux cas vignettes

Les cas vignettes présentés en fin de séances (annexe 3) ont provoqué des réactions similaires pour les quatre focus groups. Nous avons choisi deux cas avec des pathologies différentes, des âges différents et des entourages familiaux également opposés.

Le premier cas présentait une patiente de 93 ans veuve sans famille, autonome pour toutes les activités de la vie quotidiennes et qui avait été adressée par son médecin traitant aux urgences pour une chute. Finalement cette patiente présentait un tableau de douleurs abdominales aiguës avec des diarrhées aiguës et un syndrome inflammatoire biologique marqué. Cliniquement elle présente rapidement des signes de choc.

Malgré l'âge avancé de la patiente et les troubles de la conscience tous les médecins pensent qu'il faut soigner et prendre en charge cette patiente avec les thérapeutiques adaptées sans limitation de soins. Ils ne parlent pas systématiquement de transfert en réanimation mais d'une prise en charge thérapeutique active qui permettrait aux soignants de recueillir les informations nécessaires à la suite de la prise en charge.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 85 ans qui présente une BPCO et de multiples facteurs de risques cardiovasculaires. Il est entouré, sa femme est très présente et demandeuse d'une prise en charge thérapeutique optimale. Il est adressé aux urgences pour une quatrième décompensation de BPCO en 6 mois.

La majorité des médecins considèrent qu'il faut prendre ce patient en réanimation afin qu'il puisse bénéficier d'une VNI alors que les réanimateurs s'accordent eux à récuser ce patient dans le service. Pour eux, cet épisode récurrent s'inscrivant dans une pathologie chronique évolutive, nécessite une réflexion quant à la poursuite des soins. Ils considèrent qu'on peut proposer une VNI de confort mais que le plus important est de préparer le patient et sa famille à une évolution péjorative de la situation.

6 Discussion

Cette étude a permis de connaître le raisonnement des médecins lorsqu'un patient de plus de 80 ans présente une situation clinique relevant d'une prise en charge thérapeutique active et de savoir comment se positionne le MG, comment les autres médecins hospitaliers le voient et comment chacun peut communiquer.

6.1 Les critères consensuels

La décision d'hospitaliser un patient dans un service de réanimation est difficile à prendre pour les médecins. Pour diverses raisons, l'admission dans un tel service de soins nécessite une régulation qui ne concerne pas uniquement les médecins réanimateurs mais qui existe à plusieurs niveaux et tous les médecins ayant participé à notre étude le mettent en avant.

Les pratiques d'admission des patients âgés en réanimation

Les différents corps de médecins interrogés dans notre étude étaient tous d'accord avec les critères essentiels qui sont à analyser et prendre en compte lors des admissions. Il s'agit notamment des comorbidités somatiques mais également intellectuelles et psychologiques ainsi que l'existence d'une pathologie chronique antérieure. Ces critères sont en effet pris en compte lorsque l'on aborde les cas vignettes où le patient présentant un épisode récurrent de BPCO est récusé par les réanimateurs principalement pour ce motif. De la même manière c'est ce que l'on retrouve dans la littérature, où les critères d'admission favorables sont : une bonne autonomie, un état nutritionnel satisfaisant et l'absence de cancer évolutif (5). La notion également de troubles cognitifs est mentionnée dans plusieurs articles scientifiques (10), (4), (11). Les critères d'admission défavorables quant à eux sont un état de gravité où la réanimation est déraisonnable, de lourdes comorbidités, et le risque de dépendance définitive aux techniques de suppléance (2). Ces techniques de suppléance sont d'ailleurs abordées dans notre étude par les MG et les Réanimateurs qui considèrent qu'il est important de bien les expliquer aux patients et à leurs familles pour qu'ils connaissent les conséquences prévisibles.

De la même façon, dans une étude prospective observationnelle qui est l'étude ICE CUB 1, impliquant 15 centres hospitaliers et 2646 patients d'au moins 80 ans, la proportion de patients proposés aux réanimateurs par les médecins urgentistes et celle finalement admise en réanimation était évaluée au regard d'une liste de critères d'admission «formels» et «équivoques» préalablement

établis (12). Ces critères étaient un âge élevé, un cancer actif, une gravité faible de la maladie aiguë et un score faible sur l'échelle des activités de la vie quotidienne (échelle des AVQ)

L'ensemble des critères mentionnés par les médecins interrogés sont retrouvés dans les critères de concept de la fragilité (3). La fragilité consiste en un repérage des facteurs de risque de mortalité, de perte d'indépendance, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. Une évaluation gériatrique standardisée EGS permet de définir le type de vieillissement du patient et ainsi de cette évaluation va dépendre la prise en charge. Cette EGS comprend le recueil des comorbidités, le statut nutritionnel, l'évaluation de l'échelle de dépendance (AGGIR), la vie sociale, les traitements médicamenteux, les fonctions sensorielles, la cognition, l'équilibre.

Recueillir les informations nécessaires

Nous avons vu que la décision d'admettre un patient en réanimation nécessite la présence de critères relativement objectifs. Le recueil de ces informations complémentaires demande du temps. D'après tous les médecins ayant participé aux différents focus, le temps est nécessaire et indispensable à la fois pour permettre aux médecins de pouvoir regrouper les critères d'admission mais également pour permettre d'écarter tout risque de perte de chance pour le patient.

C'est ainsi qu'ils considèrent à l'unanimité que « le doute doit bénéficier au patient » et ils mettent en avant que dès lors qu'une réserve est émise par le patient ou un de ses proches il est indiscutable de transférer ce dernier pour une prise en charge optimale pour le moins dans un premier temps.

De la même manière, dans la littérature, les auteurs admettent qu'il est souvent difficile de prendre une décision au risque d'une perte de chance du patient en l'absence de données complètes et, il apparaît licite, dans le doute, d'admettre le patient en réanimation, d'évaluer sa réponse aux premiers traitements et de recueillir les informations sur son « curriculum médical antérieur » (13)

Pour les médecins de soins palliatifs interrogés dans notre étude, ils considèrent dans ce cas qu'il s'agit d'« une réanimation d'attente » et que celle-ci évite la perte de chance et est bénéfique pour le patient, sa famille mais aussi nous médecins.

Enfin, la pertinence de la prise en charge des personnes âgées, que ce soit à l'admission ou la poursuite de soins actifs pendant le séjour en réanimation, doit être évaluée à partir de critères objectifs si possible à distance de l'hospitalisation (3 mois, 6 mois, 1 an) et en intégrant d'autres variables de résultats que la mortalité en particulier l'autonomie de vie et la qualité de vie (2).

Quelle place donner à l'avis des familles ?

Dans la plupart des cas, le patient n'est pas capable de prendre lui-même une décision concernant la poursuite d'une prise en charge thérapeutique ou une LATA. Dans notre étude Focus group, tous les médecins insistent sur le fait que la décision d'admission en réanimation d'un patient âgé doit être partagée avec le patient, sa famille et les différents intervenants médicaux qui le connaissent bien. Mais les médecins soulèvent également quelques problèmes de communication avec les familles. De cette façon, ils insistent bien sur le fait que lorsqu'un membre de la famille émet le souhait d'une prise en charge thérapeutique active, le corps médical doit finalement y consentir.

On peut parfois se poser la question de savoir s'il s'agit de l'avis réel du patient ou bien des propres convictions de la famille influencée par des facteurs religieux, financiers et psychologiques (14). L'un des médecins interrogés mentionne cette phrase qui pour chacun d'entre nous est finalement familière car déjà rencontrée à plusieurs reprises : « Docteur, faites tout ce que vous pouvez pour le sauver ».

La douleur renvoyée par la pensée de la mort d'un proche ne peut être comprise et il est parfois compliqué dans ce cas d'aborder avec les familles les questions techniques. Certaines études psychologiques mettent en avant les sentiments contradictoires éprouvés par les proches dans ces situations. Malgré la soi-disant acceptation de la fin de vie de leur membre familial, ils vont espérer et sont dans l'attente de la toute-puissance de la technique (14). Cependant même si l'avis des familles nous confronte à des limites qui nous dépassent, nos décisions de prise en charge thérapeutique en sont quand même très dépendantes.

6.2 Les points de dissensus

L'âge du patient doit-il être un paramètre à considérer ?

Certains des participants à notre étude vont évoquer l'âge du patient comme étant un critère d'admission ou non en réanimation. D'autres vont à l'inverse mentionner que l'âge ne doit pas peser dans la balance décisionnelle mais qu'il faut davantage s'attacher aux comorbidités pour pouvoir faire une évaluation pertinente. Certains des médecins généralistes au cours de nos échanges vont faire part au groupe de situations professionnelles qu'ils ont vécues et il n'est pas rare que la question de prise en charge active se pose chez parfois des patients de 96 ou 97 ans. C'est ainsi que lors de

la présentation des cas cliniques, tous les médecins décidaient dans un premier temps d'admettre la patiente de 98 ans en unité de soins actifs.

La majorité des études mentionnent désormais que l'âge ne doit pas être considéré comme un facteur de refus de prise en charge (1) (12). Il faut davantage se pencher sur la fragilité qui est un paramètre plus pertinent que l'âge et également les comorbidités du patient via une évaluation gériatrique appropriée (3) .

Dans son étude, Viricel et al se sont intéressés au taux de survie à 3 mois d'un passage en réanimation. L'étude incluait 70 patients de plus de 80 ans. A trois mois de la sortie de réanimation, le taux de survie était de 57% et les patients survivants avaient été évalués. Ainsi les auteurs s'accordaient pour dire que l'âge ne devait pas être un critère justifiant à lui seul un refus dans le service de réanimation (6).

De la même façon, Guidet, Boumendil et al (10) ont mis en évidence dans leur étude que l'âge est un facteur décisionnel pour l'admission des patients âgés en réanimation. Plusieurs articles scientifiques font référence à une étude sur un cas hypothétique qui avait été réalisé chez des médecins. Il leur avait été demandé de choisir entre deux patients pour une admission en réanimation pour un problème de syndrome coronarien aigu alors qu'il ne restait qu'un seul lit disponible. L'un était âgé de 56 ans et l'autre de 82 ans. Au départ, ayant connaissance de peu d'éléments en dehors de l'âge, les médecins réanimateurs acceptent le patient le plus jeune dans 80 % des cas, mais lorsque l'on apprend que le patient plus jeune est alcoolique, fume, et ne fait pas de sport alors que le patient plus âgé est professeur à la retraite, les médecins admettent à peu près autant le patient âgé que le patient jeune en réanimation (13).

La représentation illusoire des DA chez le médecin traitant ?

Les recommandations éthiques internationales préconisent de prendre en compte l'avis du patient avant une admission en réanimation (16). Depuis la loi Léonetti de 2002, les directives anticipées peuvent être rédigées par une personne qui le souhaite. Elles sont redéfinies par les alinéas 11 et 12 de l'article L 1111 de la loi du 4 février 2016.

Dans la plupart des cas, surtout chez les personnes âgées celles-ci sont rédigées sous la motivation de leur médecin généraliste souvent même en sa présence. Nous avons pu relever dans notre étude que les médecins généralistes se sentent concernés et souvent même obligés de veiller à la rédaction de ces dernières. Ils y consacrent du temps et considèrent qu'elles constituent un guide et une ligne d'aide pour les réanimateurs. Pour la majorité d'entre eux, les DA s'imposent à eux et témoignent du

respect de la volonté du patient influençant alors les instructions de réanimation, les conditions de poursuite, la limitation, et l'arrêt des traitements. Par ailleurs elles peuvent constituer un paramètre décisionnel pouvant guider les médecins de première ligne.

Cependant on se rend compte en interrogeant les réanimateurs que finalement elles sont souvent survolées car considérées comme inappropriées à la situation. Dans la commission de réflexion sur la fin de vie en France, le CCNE mentionne que les DA devraient être pour le médecin de réanimation un élément déterminant de sa réflexion et devraient permettre de limiter les obstinations déraisonnables (17). Or la majorité des études montrent que le concept de « réanimation d'attente » est également une façon de ne pas suivre les DA en se donnant le temps d'analyser et de se donner le droit de juger de la pertinence ou non de ces dernières (18).

Les réanimateurs mettent en avant que les DA sont l'expression d'une volonté ponctuelle qui risque de figer la situation et que ni le patient ni le médecin traitant ne peut finalement anticiper. On retrouve cet avis dans l'étude de Zeisser et al (19) qui met en avant l'échec des DA et qui pense qu'il serait intéressant de les intégrer dans un système plus vaste de planification centrée sur la personne et ses valeurs et non sur les seuls traitements.

6.3 La réanimation apparaît-elle comme « toute-puissante » ?

Ce que les médecins peuvent en attendre

La qualité de vie des sujets après un séjour en réanimation est plutôt bonne, sauf pour les plus âgés (17). Les réanimateurs interrogés dans notre étude pensent que les soins de réanimation sont idéalisés par la plupart des gens, le patient, les proches, mais aussi par le médecin traitant. Les médecins généralistes vont quant à eux mentionner le fait qu'ils n'ont pas à ce stade d'évolution de la pathologie, les connaissances techniques nécessaires qui peuvent leur permettre de juger du bénéfice ou non de la réanimation.

Ils vont aussi mettre en avant le fait qu'ils sont souvent très voire trop impliqués émotionnellement auprès du patient et de sa famille pour réussir à prendre la responsabilité de juger de la pertinence ou non de la réanimation. En effet les effets secondaires et l'impact des soins de réanimation chez un patient âgé ont des conséquences à court, moyen et long terme. Cette notion va renvoyer celle qui est abordée à la fois par les médecins généralistes et les médecins de SOS c'est à dire l'influence de nos représentations personnelles et l'impact de nos expériences de vie dans nos

choix. On perçoit une réelle difficulté chez ces médecins à se détacher du transfert ou du contre transfert qu'ils craignent souvent, pouvant les amener à prendre ce qu'ils considèrent comme « une mauvaise décision ».

Dans une thèse de médecine générale rédigée par Antoine Boisson (20), dix médecins ont été interviewés. Les participants ont ressenti des difficultés pour déterminer ce qui pouvait être entendu, pour accepter les mécanismes de défense et gérer l'espoir des malades. Ils ont également souligné que face à leurs patients, il leur était parfois difficile de gérer l'incertitude et d'assumer l'impuissance médicale.

Les effets délétères de la réanimation

Les réanimateurs vont mentionner que leurs décisions dépendent également de paramètres personnels. Pour eux, le passage en réanimation peut parfois accélérer le processus de mort notamment par les conséquences de l'agressivité induite par la technicité, les douleurs physiques, psychologiques, la iatrogénie, la perte du rythme nyctéméral et l'apparition d'un syndrome confusionnel qui souvent va entraîner le patient dans une perte d'indépendance qui peut lui être fatale. D'autres effets indésirables apparaissent plutôt à long terme, résultant de cette perte d'indépendance et de troubles cognitifs induits. L'étude ICE CUB 2 est une étude multicentrique qui a été menée dans 24 hôpitaux Français chez 3000 patients qui avaient plus de 75 ans. Bien que les résultats de cet essai ne montrent pas de bénéfice d'une admission systématique, les auteurs s'accordent sur la nécessité, pour la personne âgée gravement malade, d'une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque de l'admission en réanimation (15).

Dans une étude de cohorte prospective menée dans 22 hôpitaux canadiens, 610 patients âgés de 80 ans et plus admis en réanimation pour au moins 24 h avaient été recrutés. Une évaluation gériatrique complète avait été réalisée pour déterminer leur survie et leur fonction physique à 12 mois. Sur 505 patients évaluables à 12 mois, 26% avaient récupéré physiquement et étaient revenus à leur état de base à un an (21). D'autres études mentionnées déjà un peu plus haut (3), (4),(5),(10) confirment également le fait que le taux de survie et la récupération ad integrum de l'état de base d'un patient âgé avant son admission en réanimation est faible. Les réanimateurs de notre étude mentionnent spontanément cette littérature comme argument de poids pour leur refus d'admission de certains patients

Une étude a montré que même si la mortalité du patient âgé en réanimation était importante,

l'autonomie et la qualité de vie à long terme restait satisfaisantes et que la mortalité était plus importante dans les 3 mois qui suivaient l'admission en réanimation. Ce qui met en avant l'importance de l'évaluation précoce gériatrique et l'intérêt d'une filière de soins entre différents médecins incluant les gériatres (22). De la même façon, une étude observationnelle de Peigné et al (23) portant sur 23578 patients admis en soins intensifs tout âge confondu a montré que l'âge ne doit pas être un critère d'abandon de soins. On observe que quel que soit la pathologie prise en charge et l'intensité des soins prodigués, la mortalité passe de 13% pour une tranche d'âge de 40 ans à 38% pour une tranche d'âge supérieure à 80 ans. Par contre la progression d'intensité des soins augmentera davantage le pourcentage de décès chez les personnes de moins de 40 ans par rapport aux personnes de 80 ans et plus.

Les paramètres techniques pouvant limiter l'admission en réanimation

Les conditions personnelles et institutionnelles sont également mentionnées par tous les groupes de médecins interrogés. L'argument d'indisponibilité de lits en réanimation est un argument de poids pour limiter une prise en charge d'un patient en réanimation Cet argument est souvent accepté par les médecins traitants mais également par les familles. Mais des solutions de repli sont souvent envisagées avec quand même une attitude qui peut rester optimale sur le plan thérapeutique.

La disponibilité des lits est un critère mentionné dans les articles scientifiques pour admettre ou non un patient âgé en réanimation, de même que le coût sociétal que cela peut engendrer (12).

Dans la littérature, les études qui s'intéressaient aux facteurs de refus d'admission des patients âgés en réanimation avaient retenues qu'une unité de réanimation sans lit disponible augmentait la probabilité de refus (10).

Une étude (22) s'est interrogée sur la question de savoir si le fait d'être âgé était associé à un traitement moins intensif. Les résultats de cette étude appuient le fait que l'augmentation de la mortalité chez les patients âgés n'est pas liée à une augmentation de la gravité. Ils se posent alors la question de savoir si l'augmentation de la mortalité chez les patients âgés en soins intensifs serait liée à un sous traitement ou bien une moins bonne réception au traitement

6.4 Le patient reste au cœur de nos préoccupations

Malgré les points de dissensus mis en évidence entre les différentes spécialités médicales ayant participé à l'étude, le patient reste au cœur des préoccupations et finalement l'avis de la famille

semble être le critère le plus important qui intervient dans la balance. On remarque le respect de la tension éthique entre le risque d'acharnement thérapeutique et le risque d'abandon. Chaque médecin mentionne l'avis des familles comme étant un élément indispensable de la discussion.

Mais l'avis des familles évolue au fur et à mesure du temps ce qui met en avant le fait que pour prendre la bonne décision il faut se laisser le temps de la réflexion mais aussi le temps d'essayer une thérapeutique active et de la réévaluer.

La mort devient ce qui « échappe » à la médecine, et beaucoup de médecins qui interviennent en première ligne transfèrent facilement leur patient âgé pour qu'il soit « soigné » sans forcément prendre le recul sur les conséquences que cela pourrait entraîner à plus ou moins long terme.

Dans notre étude, si les réanimateurs et les médecins de soins palliatifs insistent sur le bénéfice du temps réanimatoire, les médecins de première ligne devraient également prendre le temps de recueillir les arguments qui pèseraient déjà en faveur d'un bénéfice du transfert.

6.5 Les soins thérapeutiques actifs chez un patient âgé relèvent d'une décision idéalement collégiale

Le médecin traitant en est un des acteurs principaux

Pour ces raisons il semble essentiel que ces décisions d'admission en réanimation d'un patient soient des décisions collégiales. On se rend compte que finalement l'admission en réanimation du patient âgé est une décision individuelle du ressort du réanimateur à la phase aiguë. Mais étant donné que ce médecin ne connaît pas le patient dans toutes ses composantes, ce dernier doit s'appuyer sur une décision large nécessairement collégiale.

Dans notre étude nous avons pu mettre en évidence que c'est une attente partagée d'une part par les médecins généralistes et par les médecins hospitaliers d'autre part. Mais la communication est parfois difficile notamment à cause de paramètres extérieurs qui seront le manque de temps, les difficultés techniques de mise en relation entre les professionnels médicaux. Les réanimateurs vont dire que c'est quand même le médecin traitant qui connaît le mieux le patient et la famille et que lorsqu'ils obtiennent son avis les choses sont plus faciles à mener sur le plan thérapeutique. Les médecins de soins palliatifs vont avoir les mêmes attentes vis à vis du médecin traitant.

La prise en charge des personnes âgées s'intègre dans une filière de soins. Comme l'ont montré les travaux du groupe ICE CUB (12), l'accès à la réanimation des personnes âgées est un sujet éthique et difficile. L'identification des patients âgés capables d'aller en réanimation doit reposer sur des outils d'évaluation objectifs en dehors de l'âge et des comorbidités connues. Dans notre travail,

les réanimateurs considèrent que ce sont les médecins traitants qui peuvent le mieux transmettre les informations tant sur le plan fonctionnel, cognitif que social et familial.

Le médecin traitant est souvent rassurant pour les familles et peut parfois servir de médiateur entre celles-ci et les médecins hospitaliers notamment en cas de conflits pendant l'hospitalisation et même après le décès du patient (20).

L'étude de Pochard et coll. a mis en avant le rôle du médecin généraliste qui apparaît comme un facteur de satisfaction des familles lorsque leur parent âgé est admis en réanimation (24). Dans notre travail les médecins généralistes, se disent être régulièrement sollicités par les familles pour avoir des informations détaillées sur l'évolution du séjour hospitalier de leur parent âgé.

Cependant, dans notre étude, les médecins généralistes disent bien qu'ils ne peuvent pas prendre individuellement la décision de mettre en place d'emblée des soins de confort. Il est de leur devoir que leur patient soit dans un premier temps adressé à l'hôpital et soumis à la décision de spécialistes tels que les urgentistes ou réanimateurs. Pour eux, il ne peut s'agir d'une décision individuelle et ils interviennent plutôt pour soutenir une décision prise au sein de l'hôpital.

Comment améliorer la communication entre les différents intervenants médicaux ?

La SRLF rappelle que le médecin généraliste est un intermédiaire entre les familles et les hospitaliers (25).

Dans notre étude, « le manque de temps » était évoqué de manière récurrente par beaucoup de médecins interrogés. Des rencontres médecins généralistes-praticiens hospitaliers ne sont actuellement pas envisageables compte tenu de leur charge de travail respective.

Mais les médecins traitants de notre étude disent qu'ils sont peu sollicités par les réanimateurs et les médecins de soins palliatifs et qu'ils ne participent que rarement aux décisions prises pour leurs patients âgés admis en réanimation. Cependant les réanimateurs ont montré un grand intérêt et une volonté à les solliciter.

Le Comité Consultatif National d'éthique recommande d'encourager les médecins en amont de la réanimation, en particulier pour les patients à risque de décompensation dont les patients âgés, à recueillir leurs souhaits si leur état s'aggrave et à les transmettre aux réanimateurs (26).

Il pourrait être intéressant d'évaluer une procédure de réflexion concertée (réanimateur-médecin généraliste-patient-famille) avec l'implication systématique du médecin généraliste lors des décisions de réanimation ou de limitation thérapeutique chez leurs patients âgés. Pour faire référence

à cette idée, certains médecins ont abordé la "fiche samu pallia" qui semble peu convaincre les praticiens qui ne les utilisent pas sous couvert d'un manque de sécurisation avant tout.

6.6 Les limites de l'étude

Cette étude a permis de recueillir en utilisant la méthode des focus groups, les opinions et les échanges directs des médecins entre eux. L'étude comporte néanmoins certains biais.

Il existait un biais de sélection car les médecins étaient recrutés sur la base du volontariat après avoir reçu un e-mail de présentation du projet.

Il existe également des biais externes, certains membres du groupe étaient plus « leaders » que d'autres, ayant pu être parfois influencés ou limités l'expression d'autres membres.

Enfin, il existait un biais d'investigation car il n'y a pas eu de groupe focus témoin. L'animation des groupes a été modifiée au fur et à mesure que l'animateur et le modérateur étaient plus à l'aise avec le sujet de l'étude.

7 Conclusion

Cette étude met en avant les préoccupations éthiques, sociétales et déontologiques de la prise en charge médicale du patient âgé. Elle permet de se rendre compte qu'il s'agit d'une problématique qui touche à la fois le patient, les familles, le corps médical hospitalier et libéral. Nous avons rencontré dans les focus group des personnes intéressées, conscientes de leurs responsabilités, et nous avons assisté à des prises de paroles sincères et profondes.

Nous avons conscience que l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement des populations de plus de 80 ans posent des problèmes majeurs aussi bien sur le plan médico-social, sanitaire que sur le plan moral. Or le vieillissement, la fin de vie et la confrontation à la mort n'appartiennent nullement exclusivement à la médecine. Ce sont des entités qui appartiennent avant tout à l'individu, à ses proches, à ce qu'il est et ce qu'il a pu être.

Il n'y a pas d'attitude univoque ou consensuelle. Par contre beaucoup d'intervenants sont impliqués dans la décision : médecins généralistes en amont de l'hospitalisation, urgentistes, réanimateurs, gériatres et médecins de soins palliatifs en aval. On remarque le rôle important du médecin traitant auprès du patient mais aussi auprès de ses confrères avec qui il partage les informations. Il paraît donc indispensable d'établir un document clair, concis et facile d'utilisation qui suivrait le patient dans son parcours de soins. De même ses volontés doivent apparaître même si elles peuvent être reconsidérées dans les moments aigus. On pourrait alors se poser la question d'inclure le partage de ces informations à travers le dossier médical partagé.

8 Bibliographie

- (1) Andersen FH, Flaatten H, Klepstad P, Follestad T, Strand K, Krüger AJ, et al. Long-Term Outcomes After ICU Admission Triage in Octogenarians. *Critical Care Medicine* Avr 2017;45(4) :363-71
- (2) Guidet B, Vallet H, Boddaert J, de Lange DW, Morandi A, Leblanc G, et al. Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. *Ann Intensive Care* 26 nov 2018;8.
- (3) Taurand S, Loustau M, Batchy C, Taurand P. Appréhender l'incertitude en gériatrie et médecine palliative du sujet âgé : genèse du modèle FRAG. *Médecine Palliative* : Juin 2017;16(3):152-60.
- (4) Société de réanimation de langue. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. déc 2010;19(8):679-98.
- (5) Boumendil A, Aegerter P, Guidet B, CUB-Rea Network. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. *J Am Geriatr Soc*. janv 2005;53(1):88-93.
- (6) Viricel L, Auboyer C, Sauron C, Mathern P, Gonthier R. Devenir et qualité de vie d'une population âgée de plus de 80 ans trois mois après un séjour en réanimation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1 oct 2007;50(7):590-9.
- (7) Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Population Societes*. 2015;N° 524(7):1-4.
- (8) Marty L, Philippe Vorilhon, Helene Vaillant-Roussel, Pierre Bernard, Clémentine Raineau, Benoit Cambon. « Recherche qualitative en médecine générale. Expérimenter le focus group ». *Exercer*, 2011;98:129-35
- (9) Touboul P. La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Mars 2013.
- (10) Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M, Pateron D. Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux. *Réanimation*. 1 déc 2008;17(8):790-8
- (11) Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, et al: Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: A multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Med* 2015; 41:1911–1920
- (12) Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, Aegerter P, Somme D, Simon T, et al. Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. *Critical Care Medicine*. nov 2009;37(11):2919.
- (13) Sprung CL, Baras M, Iapichino G, Kesecioglu J, Lippert A, Hargreaves C, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I—European Intensive Care Admission Triage Scores. *Critical Care Medicine*. janv 2012;40(1):125.
- (14) Suzanne D. Réflexions sur l'annonce d'un décès et le deuil des familles en réanimation. *Le praticien en anesthésie réanimation*. Févr 2004 ;8 (1) :5-7

- (15) Boumendil A, Woimant M, Quenot J-P, Rooryck F-X, Makhlouf F, et al. Designing and conducting a cluster-randomized trial of ICU admission for the elderly patients: the ICE-CUB 2 study. *Ann Intensive Care*. déc 2016;6(1):74
- (16) Escher M, Perneger TV, Heidegger CP, Chevrolet J-C. Admission of incompetent patients to intensive care: doctors' responsiveness to family wishes. *Crit Care Med*. févr 2009;37(2):528-32.
- (17) Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexions sur la fin de vie. La Documentation française, 2012.
- (18) Venturini P-J. Complexité et incertitudes de l'anticipation de la fin de vie avec démence. nov 2019
- (19) Zeisser M, Weber J-C. Les directives anticipées : un semi-échec transitoire ? *Éthique & Santé*. sept 2016;13(3):156-63.
- (20) Boisson A. Aborder la fin de vie avec son patient [Thèse] Paris VI, Univ, 2017.
- (21) Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Avances en Enfermería*. janv 2015;33(1):47-54
- (22) Vallet H, Riou B, Boddaert J. Réanimation du sujet âgé : revue de la littérature et point de vue du gériatre. *Journal européen des Urgences et de Réanimation*. Dec 2017 ;29(4) : 305-312
- (23) Peigne V, Somme D, Guérot E, Lenain E, Chatellier G, Fagon J-Y, et al. Treatment intensity, age and outcome in medical ICU patients: results of a French administrative database. *Ann Intensive Care*. déc 2016;6(1):7.
- (24) Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005 Mar;20(1):90-6.
- (25) B. Guidet · C. Thomas · D. Pateron · C. Pichereau · N. Bigé · A. Boumendil · M. Garrouste-Orgeas · Y.-L. N'guyen "Personnes âgées et réanimation " SRLF et Springer-Verlag France 2013
- (26) Garré C. *Le Quotidien du médecin*. « EHPAD : une mise en œuvre variable des directives anticipées », 21 Avril 2019.
- (27) Eloi M, Martin P. *Ethique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations ;2016.*

9 ANNEXES

9.1 ANNEXE 1 : questionnaire

Objet du travail : Étude des représentations et analyse des repères qui guident les décisions de réanimation chez les patients âgés

➤ Durée : 1h45/ 2heures

➤ Plan d'analyse

- 1er temps : ◦ identifier les représentations que les participants ont du sujet en s'appuyant sur les cas cliniques exposés par PPT ◦ Identifier les besoins et les attentes de chacun
- 2 e temps ◦ pour chaque besoin identifier, lister les pistes d'action concrète à réaliser :

quoi, quand, ou, comment, quels acteurs

➤ Le guide d'entretien

- introduction : objectif principal et secondaire de l'étude
- But du focus groupe ◦ faire appel à l'expertise de chacun
 - Discussion, échange, débat, échange d'idées (il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses)
 - connaître votre avis et vos expériences

➤ Déroulement

- 1er temps sous forme d'un tour de table rapide : A quel évènement avez-vous déjà participé Quelle a été votre place au sein de la décision
- 2e temps : discussion ouverte à partir des cas cliniques exposés
- Synthèse du débat

Recueil de données des participants du focus groupe

Il s'agit d'un recueil de données personnelles anonymes visant à caractériser plus précisément les participants de l'étude. Je vous remercie de bien vouloir compléter le questionnaire

Age : _____

Sexe :

Durée d'exercice (toutes activités confondues)

Type d'exercice

- Liberal
 - Rural
 - Semi rural
 - Urbain

- Hospitalier

Quel service ?

Avez-vous une formation spécifique se rapportant à la gériatrie ?

- Oui
- non

Si oui quel type de formation ?

Avez-vous une formation spécifique se rapportant aux soins palliatifs ?

- Oui
- non

Si oui quel type de formation ?

DEROULEMENT DES SEANCES

PRESENTATION

« On explore des représentations, on n'émet pas de jugement. On se tutoie et on s'appelle par nos prénoms. »

« On va chercher à découvrir ce qui sous-tend les repères qui vont pouvoir vous guider pour dire dans une situation ou une autre que le patient pourrait justifier d'un transfert et d'une prise en charge active ou non.

Dans cette étude il y aura 4 focus groups. L'objectif secondaire est de mettre en évidence la place du médecin traitant dans ces prises de décisions et en miroir comment les réanimateurs pourraient voir notre travail d'analyse croisée »

« Le focus groupe va se dérouler en deux temps. Il y aura un premier temps de 80 minutes portant sur une discussion entre vous sur la base de questions générales que je vais vous poser et qui vont vous faire réagir.

Le deuxième temps va nous permettre de vous faire réagir à partir de 2 vignettes cliniques extraites de cas cliniques de patients du service de gériatrie aigüe du CHU de Ponchaillou RENNES au cours du mois de Décembre 2018 »

PREMIERE PARTIE DU FOCUS

QUESTION 1

Dans une situation d'un patient âgé de 80 ans ou plus, qu'est ce qui pour vous devrait favoriser une prise en charge en réanimation ?

QUESTION 2

Quels sont les éléments qui devraient inciter à la réanimation et en miroir quelles seraient les limites à un transfert ou une prise en charge en réanimation ?

Peut-être en repensant à une situation à laquelle vous avez pu être confronté.

QUESTION 3

Quelle serait votre place de médecin traitant dans ce processus décisionnel et quelles sont vos attentes ?

Ou

Quelle serait la place du médecin traitant dans ce processus décisionnel et sont vos attentes ?

SECONDE PARTIE DE L'ENTRETIEN

Présentation d'un power point à propos de 2 cas cliniques

Quelles est votre conduite à tenir ? Quelles sont vos réactions face à ce type de situation ?

**TRAVAIL DE THESE DE MEDECINE
ETUDE FOCUS GROUPE**

**« Étude des représentations et analyse des repères
qui guident les décisions de réanimation chez les
patients âgés »**

- ◆ ATCD :
 - ◆ diverticulite sigmoïdienne
 - ◆ carcinome mammaire il y a 20ans: tumorectomie, radiothérapie, hormonothérapie
 - ◆ PTH droite sur coxarthrose
- ◆ Traitement :
 - ◆ uvedose
 - ◆ paracetamol

CAS CLINIQUE 1

- ◆ Madame X 93 ans
- ◆ veuve depuis 20 ans vit en appartement 1er étage avec ascenseur
- ◆ pas d'enfant autonome pour toutes les AVQ, aucune aide

- ◆ HDM
 - Chute a domicile et propos incohérents
 - Adressée aux urgences par médecin traitant
 - Tableau de douleurs abdominales et diarrhée
 - Bilan bio retrouve : CRP 314 HPPN 10 G/L Natrémie 125 mmol/L créatininémie 120 mmol/L urée 27 mmol/L

- ◆ Très vite la patiente se dégrade et présente un état de choc Hypo TA 8/4 tachycardie sinusale 135 bpm
- ◆ Pas de famille sur place

◆ Quelle est votre attitude ?

- ◆ Soins de confort d'emblée
- ◆ Réhydratation IV
- ◆ Antibiothérapie
- ◆ Imagerie médicale
- ◆ Plus ou moins avis chirurgical
- ◆ Abstention thérapeutique
- ◆ Autre proposition

CAS CLINIQUE 2

- ◆ Monsieur D 85 ans
- ◆ Ancien boulanger, marié, 3 enfants vit à domicile avec son Épouse
- ◆ ATCD :
 - ◆ IDM en 1998 avec pose de stent IVA
 - ◆ Cardiopathie ischémique
 - ◆ BPCO post tabagique
- ◆ TTT
 - ◆ Bisocé
 - ◆ Kardegic
 - ◆ Statine
 - ◆ Seretide

◆ HDM

Adressé aux urgences par médecin traitant pour nouvelle décompensation de BPCO, la 6e en 6 mois
 Dyspnéique depuis 3 jours
 Fébricule 37,8 ce jour
 Asthénie, anorexie depuis 3 jours
 Escarre sacré stade 2

- ◆ L'épouse insiste sur le fait que jusqu'ici il s'en sort à chaque fois

◆ Quelle est votre attitude ?

- ◆ Antibiothérapie
- ◆ Perfusions
- ◆ Soins palliatifs curatifs
- ◆ Abstention thérapeutique
- ◆ Oxygenothérapie
- ◆ Corticothérapie
- ◆ Autres propositions

BORDIER LEJEAU Anne Sophie .- Étude des représentations et analyse des repères qui guident les décisions de réanimation chez les patients âgés

feuilles.,1 figure.,5 tableaux.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Résumé français

Contexte: Les conséquences de l'évolution démographique nous amènent à un vieillissement de la population qui conduit à une forte augmentation des demandes en réanimation des patients de plus de 80 ans. Ce constat soulève des questions sociétales, médicales mais aussi des questions éthiques et déontologiques. Les acteurs de la santé ne sont pas indemnes des représentations que renvoie le spectre du vieillissement.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence comment les médecins qui interviennent dans les décisions d'admission en réanimation chez la personne âgée se positionnent et comment se basent leurs réflexions

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle par focus groups.

Résultats : Réalisation de quatre focus groupes en Ille et Vilaine entre Mars et Juillet 2019 à partir de trois populations de médecins différentes. Il s'agissait de médecins généralistes, de médecins réanimateurs et de médecins de soins palliatifs regroupant au total 27 participants sur la base du volontariat. De nombreux points de consensus ont été mis en évidence entre les médecins participants mettant au cœur du débat l'intérêt du patient et de ses proches. Ils ont fait part de leurs représentations personnelles et professionnelles ainsi que des paramètres diverses qui pouvaient les influencer dans leur décision d'admission en réanimation. Enfin, le médecin traitant tient une place considérable auprès du patient et de sa famille mais également auprès des professionnels hospitaliers qui en attendent une véritable aide à la décision .

Conclusion : La plupart des médecins donne de l'importance au temps qui permet à chaque acteur de la situation d'analyser différents paramètres qui amèneront à la décision la plus adaptée. Cette décision idéalement collégiale doit mesurer le risque double d'acharnement thérapeutique versus abandon de soins.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-c Agé
directives anticipées
dignité
concept de fragilité
triage

Mots-clés anglais MeSH Aged
advanced directives
dignity
fragility
early guidance

Président : Monsieur Dominique SOMME

JURY Assesseurs : M Vincent MOREL [directeur de thèse]
M Jean-Marc TADIE
M Pierrick RENAULT
M Daniel BROWN